



Здравеопазване и медицинска етика в затвора



Ръководство за здравни работници
и други служители в местата за
изтърпяване на наказания,
отговарящи за благосъстоянието
на лишените от свобода

Андрес Лехтмец
Йорг Понт

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE

Здравеопазване и медицинска етика в затвора

Ръководство за здравни работници
и други служители в местата за
изтърпяване на наказания,
отговарящи за благосъстоянието
на лишените от свобода

Андрес Лехтмец
Йорг Понт

Съвет на Европа

Мненията в настоящия документ са на авторите и е възможно да не отразяват официалната политика на Съвета на Европа.

Всички искания за възпроизвеждане или превод на целия документ или на части от него следва да се отправят към дирекция „Комуникация“ (F-67075 Strasbourg Cedex или publishing@coe.int). Кореспонденцията по всички други въпроси, свързани с документа, да се адресира до Генерална дирекция „Права на човека и върховенство на закона“.

Корици и оформление: Отдел „Издателство на документи и публикации“ (SPDP), Съвет на Европа
Снимки на кориците: Shuttercock
© Съвет на Европа, ноември 2014 г.
Печат: Съвет на Европа

Заглавие на българския превод:
Здравеопазване и медицинска етика в затвора
© Съвет на Европа, януари 2018 г.
Български превод

Отпечатано в София, България, от
„Ди Ем Ай Дивелопмънт“ ЕООД

Текстът е създаден от и използван с разрешението на Съвета на Европа. Този превод се публикува по споразумение с Съвета на Европа, но под отговорността на преводача.

Превод от английски език:
АГИЛА

Автори:

Г-н Андрес Лехтмец (Andres Lehmetz) –

психиатър в Централна болница на Западен Талин, Естония и бивш заместник-председател на Европейския комитет за предотвратяване на изтезания или нечовешко или унижително отнасяне или наказание

Г-н Йорг Понт (Jörg Pont) –

бивш медицински съветник към Министерството на правосъдието на Австрия

СЪДЪРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	4
ИЗПОЛЗВАНИ АБРЕВИАТУРИ	6
ГЛАВА 1 – МЕДИЦИНСКА ЕТИКА В ЗАТВОРА	7
1.1 Равнища на здравно обслужване в затвора	8
1.2 Хигиена и опазване на здравето	9
1.3 Опазване на медицинската тайна	11
1.4 Медицински консултации	12
1.5 Медицинска документация и досиета	21
1.6 Други въпроси от етичен характер	25
ГЛАВА 2 – ПСИХИАТРИЧНИ ГРИЖИ И ТЕРАПЕВТИЧНИ ПЛАНОВЕ – ТЕРАПЕВТИЧНИ И РЕХАБИЛИТАЦИОННИ ПСИХОСОЦИАЛНИ ДЕЙНОСТИ В ЗАТВОРА	30
2.1 Психиатрична служба в затвора	31
2.2 Психиатрични отделения в затвора	33
2.3 Терапевтичен план	35
2.4 Съгласие за лечение в психиатрия	38
2.5 Предотвратяване на самоубийства	41
2.6 Други психиатрични проблеми в затвора	44
2.7 Двойна диагноза в затвора	51
2.8 Лишени от свобода с личностни разстройства	54
ГЛАВА 3 – ПРЕДОВАРЯВАНЕ НА РАЗПРОСТРАНЕНИЕТО НА ХИВ/СПИН И НА ХЕПАТИТ ТИП В И С В ЗАТВОРА	57
3.1 Епидемиологичен фон	57
3.2 Международни документи	58
3.3 Подобряване на нагласите и познанията	59
3.4 Ограничаване на предлагането и търсенето на наркотици	62
3.5 Ограничаване на вредите от рисково поведение	65
3.6 Превантивни медицински интервенции	69
ГЛАВА 4 – ДВОЙНАТА ЕПИДЕМИЯ: ХИВ/СПИН И ТУБЕРКУЛОЗА	70
ГЛАВА 5 – ПСИХОАКТИВНИ ПРЕПАРАТИ И МЕДИЦИНСКО УПРАВЛЕНИЕ НА ЛИШЕНИ ОТ СВОБОДА С НАРКОМАНИИ	76
5.1 Психоактивни препарати	76
5.2 Зависимост от наркотици и пристрастяване към наркотици	79
5.3 Медицинско управление на лишените от свобода, пристрастени към наркотици	82
СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ ПУБЛИКАЦИИ В ИНТЕРНЕТ	87

ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящото ръководство е предназначено за здравни работници и други служители в местата за изтърпяване на наказания, които носят отговорност за благосъстоянието на лишените от свобода. То съдържа практическа информация по редица въпроси, свързани с психиатричните грижи, предотвратяването на разпространението на трансмисивни (предавани) заболявания (като например **синдром на придобита** имунна недостатъчност, хепатит и туберкулоза), психоактивните препарати и медицинското лечение на лишени от свобода, пристрастени към наркотици. Разгледани са важни етични стандарти и са предложени отговори на етични дилеми, отнасящи се до теми като достъп до лекарска помощ, еквивалентност на здравните грижи, съгласие на пациента и опазване на тайната, превантивно здравеопазване, хуманитарна помощ, професионална независимост и компетентност.

Ръководството съдържа добри практики от редица страни в Европа. Авторите са използвали резултатите от многостранната среща по медицинска етика и здравеопазване в затвора, проведена в Страсбург през м. май 2012 г. На тази среща висши служители и специалисти, отговарящи за здравеопазването в затворите от няколко държави членки на Съвета на Европа, споделиха своя опит и обсъдиха начини за практическото прилагане на стандартите на Съвета на Европа и на препоръките, дадени от Комитета за предотвратяване на **изтезания** или нечовешко или унизително отнасяне или наказание (КПИ).

Ръководството е замислено така, че да предоставя цялостни насоки по формулирането на политики и едновременно с това да служи като инструмент за управление. То ще бъде използвано в помощ на обученията, включени в дейностите по техническо сътрудничество, провеждани от Съвета на Европа. Здравното обслужване на хората, лишени от свобода, има пряко отношение към мандата на КПИ. От една страна, недоброто здравно обслужване може бързо доведе до ситуации на нечовешко или унизително отнасяне, а от друга – наличието в затвора на медицински и немедицински персонал с по-добри професионални познания и умения означава по-здравословна и безопасна среда за лишените от свобода и служителите, и по-добро опазване на обществото чрез намаляване на рисковете за пренасяне на здравни проблеми от затвора в общността.

Бих желал да благодаря на авторите – г-н Андерс Лехтмец, психиатър в Централна болница на Западен Талин, Естония и бивш заместник-председател на КПИ и г-н Йорг Понт, бивш медицински съветник към Министерството на правосъдието на Австрия – чиито отличен професионализъм и дългогодишен опит са отразени в настоящото ръководство. Благодаря също така на колегите си Лулета Каса (Luljeta Kasa) и Таня Ракушич-Хаджич (Tanja Rakusic-Hadzic), чиито усилия направиха възможна настоящата публикация.



*Филип Бойлат (Philippe Voillat)
Генерален директор*

Генерална дирекция
„Права на човека и
върховенство на закона“
Съвет на Европа

ИЗПОЛЗВАНИ АБРЕВИАТУРИ

CDC [ЦКПЗ]	Centers for Disease Control and Prevention [Центрове за контрол и превенция на заболяванията (САЩ)]
КМ	Комитет на министрите на Съвета на Европа
КПИ	Европейския комитет за предотвратяване на изтезания или нечовешко или унижително отнасяне или наказание
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (APA, 1994) [Наръчник по диагностика и статистика на психичните разстройства, Американска психиатрична асоциация, 1994 г.]
ЕКПЧ	Европейска конвенция за правата на човека
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [Европейски център за наблюдение на наркотиците и наркоманиите]
ЕПЗ	Европейски правила за затворите
МКБ-10	Международна класификация на болестите, ревизия 10 (СЗО, 2010 г.)
МКЧК	Международен комитет на Червения кръст
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence [Национален институт за високи здравни и клинични постижения, Обединено кралство]
ТВСТА	Tuberculosis Coalition for Technical Assistance [Коалиция за техническа помощ по туберкулозата]
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/Aids [Обединена програма на Обединените нации по ХИВ и СПИН]
UNDOC	United Nations Office on Drugs and Crime [Служба на Обединените нации за борба с наркотиците и престъпността]
СЗО	Световна здравна организация
СМА	Световна медицинска асоциация

ГЛАВА 1

МЕДИЦИНСКА ЕТИКА В ЗАТВОРА

Здравеопазването в затвора се ръководи от същите етични принципи като общественото здравеопазване. Основните принципи са установени в Женевската декларация на Световната медицинска асоциация (1948 г., последна редакция 2006 г.), Международния кодекс за медицинска етика (1949 г., последна редакция 2006 г.)¹, Резолюция на Общото събрание на ООН № 37/194 (от 18 декември 1982 г.) и Препоръка № R (1998) 7 от 8 април 1998 г.² на Комитета на министрите на Съвета на Европа относно етичните и организационните аспекти на здравеопазването в затвора.

Основната задача на лекаря и другите здравни работници в затвора е здравето и благосъстоянието на лишените от свобода. Зачитането на човешките права на лишените от свобода включва осигуряването им с превантивни и здравни грижи, като и двата вида следва да са еквивалентни на тези, предоставяни на останалото население.

Здравното обслужване на лишените от свобода има също така пряко отношение към предотвратяването на малтретирането. Вследствие на недоброто здравно обслужване може бързо да се развият ситуации, попадащи в обхвата на понятието „нечовешко или унижително отнасяне“³. Недопустимо е задължаването на лишени от свобода да пребивават в институции, където не могат да получат необходимото лечение поради липсата на подходящи заведения или поради това, че такива заведения отказват да ги приемат. В няколко подобни случая Европейският съд по правата на човека констатира нарушение на член 3 на Европейската конвенция за правата на човека⁴.

1. Женевска декларация на СМА (1948 г.), Международен кодекс на СМА за медицинска етика (2006 г.).

2. ООН: Принципи на медицинската етика от значение за задачите на здравния персонал, особено лекарите, по защитата на затворници и задържани лица от нечовешко или унижително отнасяне или наказание (1982 г.); КМ: Етични и организационни аспекти на здравеопазването в затвора, Препоръка № R (1998) 7.

3. Европейски комитет за предотвратяване на изтезания или нечовешко или унижително отнасяне или наказание (КПИ), Стандарти на КПИ от 2002 г. (ред. 2011 г.).

4. *Khudobin v. Russia* 59696/00, *Mouisel v. France* 67263/01, *Kaprykowski v. Poland* 23052/05.

1.1 Равнища на здравно обслужване в затвора

Очевидно е, че затворот не може самостоятелно да отговори на всички здравни потребности на лишените от свобода. Това е особено вярно за специализираната помощ. Здравните грижи, които не могат да бъдат предоставени в затвора, следва да бъдат осигурени съгласувано с близки обществени болници. Общата рамка на организацията на здравното обслужване в затворнически условия е описана в специализираната част на Третия общ доклад на Европейския комитет за предотвратяване на **изтезания** или нечовешко или унижително отношение или наказание (КПИ)⁵. Здравната служба в затвора следва да е в състояние да осигурява като минимум следното:

- редовни консултации с общопрактикуващи лекари и специалисти,
- извънболнично лечение под наблюдение,
- стоматологични грижи,
- стационар (лазарет),
- пряка поддръжка от напълно оборудвана служба от обществена или затворническа болница,
- интервенции за спешни случаи.

Наблюдава се нарастваща тенденция за интегриране на затворническото в общественото здравеопазване по места. Съветът на Европа разглежда това развитие като стъпка в правилната посока. Когато здравната служба на затвора разчита на специализирани грижи от изпълнител извън затвора, достъпността в достатъчна степен на тези грижи може да е проблем. Затворническата служба трябва да направи необходимото, така че работното време и квалификацията на лекуващите лекари да отговарят на потребностите на затвора. Наличният сестрински състав трябва да е в състояние да осигурява всички необходими сестрински грижи. Например, препоръчително е лекарствени средства винаги да се раздават от сестрински състав. При липса на такава възможност властите следва поне да съставят списък на медикаментите, които във всички случаи се раздават само под надзора на медицински персонал, например психотропни и антивирусни препарати като минимум. За случаите, когато липсва медицински персо-

5. CPT/Inf (2012)21.

нал на място, през нощта и през почивните дни, персоналът трябва да бъде обучен за предоставяне на първа помощ. Като правило, трябва да има доктор на повикване за спешни случаи.

Еквивалентност на грижите

Здравната служба в затвора следва да е в състояние да осигурява медицинско лечение и сестрински грижи, както и съответните хранителни режими, рехабилитации и други необходими специализирани грижи, в условия, съпоставими с тези на пациентите в общността. Осигуряването с медицински, сестрински и технически персонал, както и на помещения, инсталации и оборудване, трябва да е съобразено с това изискване.

Лечение на лишени от свобода в градски болници

Както бе посочено по-горе, затворът не може да гарантира самостоятелно всички необходими специализирани грижи. За решаването на по-трудни медицински проблеми често се налага използването на близки болници. При прехвърлянето в градска болница възниква въпросът за сигурността. Неотклоняването на лишените от свобода, изпратени за лечение в болница, не трябва да се осигурява посредством физическо привързване към болничните им легла или към други мебели. Могат и трябва да бъдат намерени други средства за задоволително изпълнение на изискванията за сигурност, едно възможно решение е обособяването на охраняеми отделения в тези болници⁶.

1.2 Хигиена и опазване на здравето

Задачите на здравната служба в затвора не трябва да се свеждат до лечението на болни пациенти. При липсата на специализиран персонал, тази служба отговаря също така, в сътрудничество с компетентните органи, за надзора върху изхранването (качество, количество, приготвяне и раздаване на храната) и върху хигиенните условия (чистота на облеклото и завивките, достъп до течаща вода, санитарни възли), както за отоплението, осветлението и вентилацията на килиите.

⁶СРТ/Inf(2012)13.

На нейното внимание трябва също така да бъдат условията за работа и за упражнения на открито. Медицинското осигуряване в затвора трябва да обхваща и психичната хигиена, особено предотвратяването на вредните психологични ефекти на някои от аспектите, свързани с лишаването от свобода. Нездравословните условия, пренаселеността, продължителната изолация и обездвижване могат да изискват индивидуална медицинска помощ за някои лишени от свобода и/или общи медицински действия от страна на отговорния орган⁷.

Достъп до лекар

Когато са в условия на задържане, лишените от свобода трябва да имат достъп до лекар по всяко време, независимо от режима, под който са поставени в затвора. Това е особено важно, когато едно лице е поставено в режим на изолация. Здравната служба трябва да направи необходимото, така че исканията за консултация с лекар да бъдат удовлетворявани без ненужно забавяне. Извънболничното лечение трябва да се осъществява под наблюдението на здравен персонал – в много случаи не е достатъчно предоставянето последващи грижи да зависи от искането на лишения от свобода. Медицинското проследяване следва да бъде планирано по съответен начин.

Достъп до лекарства

На лишените от свобода следва да се предоставят лекарства, съответстващи на тяхното здравно състояние. Принципът на еквивалентност на грижите важи и в този случай. Финансовите средства, предоставени на затворите, следва да са достатъчни за осигуряването на безплатни лекарства на лишените от свобода, които нямат здравна осигуровка или средства, за да ги заплатят сами. За да се осигури непрекъснатост на дългосрочните лечения, не трябва да се допуска тяхното прекъсване (при прехвърляне от едно заведение в друго)⁸.

⁷ CPT/Inf (2012)4.

⁸ CPT/Inf (99)18.

1.3 Опазване на медицинската тайна

С изключение на спешните случаи, всички медицински прегледи или консултации следва да се извършват в медицински кабинет, за да се създаде атмосфера на доверие, поверителност, лична неприкосновеност и достойнство. Медицинската тайна следва да бъде гарантирана и опазвана със същата строгост, както за населението като цяло. Лишените от свобода следва да бъдат преглеждани индивидуално, а не в групи. В кабинета за прегледи не трябва да присъстват трети немедицински лица (други лишени от свобода или немедицински персонал). По време на прегледа или консултацията лишените от свобода не трябва да са с белезници, а охранителният персонал трябва да е на разстояние, от което може да чува, но не може да вижда, освен ако лекарят или сестрата поиска друго по причини, свързани с безопасността и сигурността⁹. В няколко неотдавнашни доклада на КПИ за посещения по страни бяха критикувани практики, които не отговарят на тези правила¹⁰. Европейският съд по правата на човека констатира нарушение на член 3 от ЕКПЧ, т.е. нечовешко и унижително отношение¹¹, в случаи, когато на лишени от свобода са били поставяни белезници по време на медицински преглед или лечение.

Алтернативни решения могат и трябва да бъдат намирани, за да се съвместят легитимните изисквания за сигурност с принципа на медицинската тайна. Една възможност е инсталирането на система за повикване, чрез която лекарят своевременно да известява служителите на затвора в редките случаи, когато лишен от свобода буйства или заплашва по време на медицинския преглед¹².

Окончателното решение по етично неиздържаните практики, свързани с използването на белезници и събеседвания зад стъкло, следва да бъде оставено на медицинския персонал. Кабинетите за медицински прегледи трябва да бъдат сигурни и оборудвани така, че да ограничават риска от бягство, което също помага за преодоляване на безпокойствата във връзка със сигурността.

⁹ *Стандарти на КПИ от 2002 г. (ред. 2011 г.)*.

¹⁰ *CPT/Inf (2007)47; (2008)3; (2010)1; (2011)20; (2012)17; (2012)32*.

¹¹ *Mouisel v. France 67263/01 и Tarariyeva v. Russia 4353/03*.

¹² *CPT/Inf (2007)47*.

Ако и когато на надзорния състав може да се довери раздаването на лекарства сред затворниците, медицинският персонал следва да подготвя индивидуалните дози в кутии за лекарства. За да се опази медицинската тайна, раздаващите лекарства не трябва да знаят наименованието и дозировката на лекарството.

За воденето и съхраняването на медицинските досиета на лишените от свобода отговаря лекарят. В случай на прехвърляне досието трябва да бъде изпращано по поверителен начин – чрез сигурен протокол за пренос на данни – на лекарите в приемащата институция.

Тайната между лекар и пациент – крайъгълен камък на медицинската етика

Опазването на тайната има първостепенно значение за гарантирането на атмосфера на доверие, която е необходима за взаимоотношенията между лекаря и пациента; лекарят трябва да се грижи за поддържането на тези взаимоотношения и да решава как правилата за опазване на тайната да бъдат спазвани във всеки отделен случай. Затворническият лекар действа като личен лекар на лишения от свобода. На лишените от свобода следва да се осигури възможност да се обръщат към здравната служба в условия на поверителност, например чрез бележки в запечатани пликове. Служителите на затвора не трябва да правят опити да проверяват исканията за консултации с лекар.

Трудна ситуация може да възникне, когато решението на пациента е в разрез с лекарския дълг на доктора. Такава ситуация може да възникне, когато пациентът действа под влияние на лични убеждения (например отказва кръвопреливане) или дори прибегва до самоизмъчване, за да настоява върху свое искане, да протестира срещу властите или да демонстрира подкрепа за дадена кауза.

1.4 Медицински консултации

В съответствие с Препоръка на Съвета на министрите REC (2006) 2 относно Европейските правила за затворите (ЕПЗ) и по-конкретно параграф 42.1-3 („Задължения на медицинския специалист“), медицинският специалист трябва да прегледа всеки затворник възможно

най-скоро след неговото приемане, при всяко оплакване от болест, след понасяне на телесни повреди или насилие и преди освобождаване. Ако не може лично да прегледа новия или болния затворник своевременно, лекарят трябва да си осигури заместник в лицето на друг лекар или квалифицирана сестра¹³. Ако това не е възможно поради недостиг на здравен персонал и/или пренаселване на затворите, ще бъде възпрепятствано спазването на първия от седемте основни принципа на КПИ – достъп до лекар. Задължение на здравния персонал е до поиска допълнителен персонал, когато е необходимо, и да документира това искане. При своите посещения КПИ многократно констатира, че в редица страни затворите не са достатъчно осигурени със здравен персонал. Последствията от недостига на медицински персонал – липса или забавяне на медицински прегледи, консултации или грижи – могат да представляват нечовешко отнасяне, т.е. нарушение на член 3 от ЕКПЧ¹⁴.

Съгласие на пациента

Като правило, здравните специалисти не трябва да извършват прегледи или лечения без съгласието на пациента. Истинското съгласие изисква надлежно информиране („информирано съгласие“), при което трябва да се вземат предвид фактори като неграмотност, трудно разбиране и езикови бариери, често срещани сред затворническата популация – проблем, отбелязван от КПИ при няколко посещения по страни. Ако съгласие липсва или е отказано, лекарят трябва да се увери, че пациентът разбира последствията от своето решение и знае, че може да оттегли това решение по всяко време. Всяко изключение от принципа за съгласие на пациента е оправдано само ако е в съответствие със закона, например в случая на психичноболни пациенти, които са неспособни да разберат последствията, или при спешната помощ за пациенти в безсъзнание. При своите посещения КПИ постоянно наблюдава случаи на неспазване на този етичен принцип¹⁵. Европейският съд по правата на човека констатира нарушение на член

13. КМ: Препоръка REC (2006) 2 относно Европейските правила за затворите (преработена).
14 *Pavalache v. Romania* 38746/03; *Khudobin v. Russia* 59696/00, *Hummatov v. Azerbaijan* 9852/05.
15 *CPT/Inf* (2008)26, (2009)13, (2010)1, (2011)1, (2011)20.

З от ЕКПЧ¹⁶ в случаи на медицински интервенции без съгласието на пациента.

Правото на съгласие за лечение

Всеки пациент, който е способен да разсъждава, е свободен да откаже лечение или всяка друга медицинска интервенция. Всяко изключение от този фундаментален принцип трябва да е в съответствие със законодателството и да се прилага само при ясни и строго определени изключителни обстоятелства, които са приложими и за останалото население.

Много предпазливо трябва да се подхожда в случая на биомедицински изследвания със затворници. Винаги има риск съгласието за участие да бъде повлияно от изтърпяването наказание. Необходимо е да съществуват предпазни механизми, които гарантират, че всеки засегнат затворник е дал свободно и информирано съгласие. Правилата трябва да са еднакви с тези, прилагани при останалото население.

Медицинска консултация при постъпване

Необходимо е да се подчертае важноста на медицинския преглед при постъпване – неговата основна цел е ранното откриване на критични здравни състояния, които могат да изискват незабавни мерки за опазване на здравето на новопостъпилия затворник, а в случая на трансмисивни заболявания – за опазване на здравето на затворническата популация. Ето защо, освен при изключителни обстоятелства, прегледът трябва да се извършва в деня на постъпването на затворника¹⁷. В няколко неотдавнашни доклада за посещения по страни КПИ констатира необосновани забавяния на медицинските прегледи при приемане¹⁸ или провеждане на такива прегледи по повърхностен и непълнен начин¹⁹.

Медицинският преглед при приемане предоставя също така на

¹⁶ *Nevmerzhitsky v. Ukraine* 54825/00; *Jalloh v. Germany* 54810/00.

¹⁷ *Стандарти на КПИ от 2002 г. (ред. 2011 г.)*.

¹⁸ *CPT/Inf* (2009)38; (2011)20; (2012)17; (2012)32.

¹⁹ *CPT/Inf* (2011)33; (2011)24; (2012)17; (2012)34.

здравните специалисти много добра възможност да спечелят доверието на новопостъпилия затворник и да предоставят информация относно:

- задълженията на здравните специалисти за опазване на тайната и тяхната професионална независимост,
- правата и задълженията на лишените от свобода по отношение на тяхното здраве,
- организацията на здравното обслужване и как, кога, къде и от кого да се получи медицинска помощ и съвет,
- риска от трансмисивни заболявания в затвора и начините за предотванване от него,
- прегледите за откриване на инфекции с туберкулоза, ХИВ и хепатит В/С,
- всякакви специални лечения и програми за опазване на здравето, осъществявани в затвора.

Тази информация следва да се предостави по начин, напълно разбираем за лишения от свобода. Специално внимание трябва да се обърне на когнитивните дефицити и неграмотността, които често се срещат сред затворническата популация, а също и на езиковите бариери. Допълнителна помощ в това отношение могат да предоставят графични листовки с подходящо оформление, включително с превод на съответните езици.

По време на прегледа при постъпване лекарят или сестрата трябва да се представи пред новия лишен от свобода, включително със своето име и длъжност, и да положи усилия за създаване на атмосфера на уважение, доверие, лична неприкосновеност и достойнство. Медицинският преглед при постъпване, както всеки друг първи медицински преглед сред останалото население, следва да включва снемане на пълна анамнеза и физикален преглед. С оглед на евентуалната необходимост от незабавни мерки след медицинския преглед при постъпване в затвора, особено внимание следва да се обърне на следното:

- признаци на тежки психични разстройства,
- фактори, сочещи към риск от самоубийство (суициден риск),
- история и признаци на зависимост от алкохол или наркотици,

симптоми на абстиненция,

- документация и/или признаци на насилие или малтретиране,
- заразни болести,
- психични или физически увреждания, водещи до състояние на особена уязвимост в затвора.

Пациентите, страдащи от остри психози или големи депресии, се нуждаят от незабавно лечение в психиатрична институция. Лишените от свобода със суициден риск се нуждаят от незабавна медицинска подкрепа и следва да бъдат държани под специално наблюдение.²⁰ В свои доклади за посещения по страни КПИ критикува случаи на пренебрегване на необходимостта от идентифициране на тези пациенти и/или невземане на подходящи мерки²¹. В подобни случаи Европейският съд по правата на човека констатира нарушения на ЕКПЧ, по-конкретно на член 2 (право на живот) и/или член 3 (забрана на изтезание и на нечовешко или унижително отнасяне или наказание)²².

Пациентите, които са зависими от психоактивни препарати, са изложени на риск от развитие на потенциално застрашаващ живота им абстинентен синдром през първите дни след влизането им в затвора. Следователно, необходими са подходящи медицински грижи. В няколко свои доклада за посещения по страни²³ КПИ установява недостатъци в това отношение. Имало е и поне един случай на абстинентен синдром с фатален изход, а съгласно практиката на съда в Страсбург, това се разглежда като нарушение на член 3 от ЕКПЧ (забрана на изтезание и на нечовешко или унижително отнасяне или наказание)²⁴.

Съгласно законодателствата на много страни, както и стандартите на КПИ²⁵, параграф 42.3с от ЕПЗ²⁶, декларациите на Световната меди-

20 Стандартите на КПИ от 2002 г. (ред. 2011 г.). КМ: Етични и организационни аспекти на здравеопазването в затвора, Препоръка № R (1998) 7.

21 СРТ/Inf (2006)3; (2006)24; (2012)11.

22 Keenan v. UK 27229/95; Güveç v. Turkey 70337/01; Riviere v. France 33834/03; Renolde v. France 5608/05; De Donder and De Clippel v. Belgium 8595/06; Dybeku v. Albania 41153/06; Ketreb v. France 38447/09; Mouisel v. France 67263/01; Tarariyeva v. Russia 4353/03.

23 СРТ/Inf (2004)20; (2006)14; (2007)42; (2012)32.

24 McGlinchey and others v. UK 50390/99.

25 Стандартите на КПИ от 2002 г. (ред. 2011 г.).

26 КМ: Rec (2006) 2 относно Европейски правила за затворите.

цинска асоциация (СМА)²⁷ и Протокола от Истанбул²⁸, затворническият лекар е длъжен да документира признаците на насилие и особено всякакви признаци на малтретиране, за които узнае, и да ги докладва на властите със съгласието на пациента. Документацията следва да се изготви без забавяне, тъй като физическите признаци на насилие изчезват с времето, и надлежно да се предостави на съда²⁹. Тези признаци следва да бъдат незабавно докладвани на властите, за да не се допусне продължаването на актовете на насилие и малтретиране. Оглеждане за признаци на насилие и малтретиране трябва да се извършва и по време на физикалния преглед при приемане. КПИ критикува повтарящи се случаи на несъблюдаване на това изискване, установени по време на посещения по страни³⁰. Обвиненията в малтретиране следва да бъдат записвани от затворническият лекар и заедно с обективните констатации от медицинския преглед и заключенията на лекаря относно съответствието между съобщеното и констатираното да бъдат незабавно довеждани до знанието на компетентния прокурор³¹.

Отсяването (скрининг) за трансмисивни (предавани) заболявания по време на медицинския преглед при постъпване е изключително важно за идентифицирането на пациенти, които трябва да бъдат изолирани, и за предотвратяването на разпространението на заболявания като туберкулозата, които се предават по въздушен път. Лишените от свобода трябва да бъдат изолирани заради инфекциозен риск по същия начин като останалите граждани³² и следователно няма никаква причина затворници да бъдат изолирани заради инфекция с ХИВ

27 Световна медицинска асоциация: Декларация от Токио, озаглавена „Насоки за лекари относно изтезание и друго жестоко, нечовешко или унижително отнасяне или наказание във връзка със задържане под стража и лишаване от свобода“, Токио 1975 г., ред. Дивон Ле-Бен (2005 г.); Световна медицинска асоциация: Декларация относно подкрепата на лекари, които отказват да участват в или да оправдаят използването на изтезание и друго жестоко, нечовешко или унижително отнасяне, Хамбург (1997 г.); Световна медицинска асоциация: Резолюция относно отговорността на лекарите за докладването на станали им известни актове на изтезание и друго жестоко, нечовешко или унижително отнасяне, Хелзинки (2003 г.).

28 ООН, Протокол от Истанбул. Ръководство за ефективно разследване и документиране на изтезание и друго жестоко, нечовешко или унижително отнасяне или наказание (Ню Йорк/Женева 2004 г.).

29 Стандарти на КПИ от 2002 г. (ред. 2011 г.).

30 СРТ/Inf (2009)1; (2009)13; (2009)37; (2010)1; (2010)33; (2011)24; (2012)1.

31 Стандарти на КПИ от 2002 г. (ред. 2011 г.).

32 СРТ/Inf (2009)38; (2011)20; (2012)17; (2012)32.

или хепатит В или С. От друга страна, образоването и информацията за рисковете от придобиване на такива инфекции в затвора — включително мерки за намаляване на вредностите, предлагане на напътствия в условия на поверителност, покани за доброволно подлагане на изследвания и, ако е необходимо, на ранно лечение – трябва да са част от медицинската консултация при постъпване. Във връзка с няколко неотдавнашни посещения по страни КПИ критикува отсъствието или недоброто провеждане на скрининг за трансмисивни заболявания по време на първични медицински прегледи³³.

Лицата с психични или физически увреждания са особено уязвими в условия на лишаване от свобода. Поради своите недъзи те не могат да разбират и/или да се справят със строгите и безкомпромисни условия в една „тотална институция“ като затвора и са изложени на риск от психологически и физически тормоз от нехаещи за проблемите им служители или от други лишени от свобода. Задача на здравните специалисти е да идентифицират лицата с увреждания при тяхното приемане, за да им предложат хуманитарна помощ³⁴ и да препоръчат подходящи мерки за закрилата им. Европейският съд по правата на човека констатира нарушение на член 3 от ЕКПЧ³⁵ във връзка с неспазването на това задължение, като счита това неспазване за унижително отнасяне.

Предвид горепосочените отговорности на здравните специалисти по време на медицинските консултации при постъпване, става ясно, че за да се изпълнят всички задачи, трябва да бъде осигурено достатъчно време за тези консултации. Като се добави и изискването за провеждане на консултацията точно в деня на постъпване, здравният екип задължително трябва да разполага с достатъчно персонал в зависимост от среднодневния брой приемания в затворите и особено в следствените институции. Този въпрос е поставян многократно от КПИ, включително при неотдавнашни посещения по страни³⁶.

Колкото и да е важен медицинският преглед при постъпване, трябва да се има предвид, че както за всяка медицинска интервенция, за

33 *CPT/Inf* (2011)26; (2012)1; (2012)4; (2012)11; (2012)15; (2012)17; (2012)32.

34 *Стандарти на КПИ от 2002 г. (ред. 2011 г.)*.

35 *Price v. the United Kingdom* 33394/96.

36 *CPT/Inf* (2012)1; (2012)9; (2012)17; (2012)19; (2012)21; (2012)32.

този преглед също се изисква съгласието на пациента³⁷. Медицинският персонал е длъжен да предложи такъв преглед, обаче лишеният от свобода има право да го откаже. Отказът от преглед трябва да бъде отразен в медицинското досие на затворника.

Медицински преглед след инциденти с насилие

В съответствие с Препоръка на Комитета на министрите R (1998) 7 и със стандартите на КПИ, здравномедицинската служба в затвора трябва да помага за предотвратяването на насилието срещу затворници, като систематично регистрира телесните увреждания и при необходимост предава редовно обща информация до компетентните органи по проблема с насилието в затвора³⁸.

Медицинските прегледи след инциденти с насилие са предпазна мярка от фундаментално значение за предотвратяването на малтретирането и безнаказаността, както и на насилието между затворници. Това се отнася не само до оглеждането за признаци на насилие по време на медицинските прегледи при приемане, а и до медицинските прегледи след всеки инцидент с насилие през срока на лишаване от свобода. Всяко обвинение в насилие или малтретиране следва да бъде регистрирано, проверено чрез щателен медицински преглед с отразяване на констатациите и заключението на лекаря в медицинската документация, и всичко това трябва да бъде предадено на компетентния прокурор, със съгласието на пациента, за да послужи като доказателство пред съда³⁹. Освен това, всеки инцидент с насилие трябва да бъде отразяван в систематична статистическа документация на насилието, водена от здравните специалисти, за да могат властите да оценят равнището на насилие в затворите и да разработят превантивни мерки срещу насилието. По време на няколко посещения по страни КПИ критикува пренебрегването на тези препоръки⁴⁰.

Медицински преглед преди освобождаването

В съответствие с параграф 33.6 от ЕПЗ, медицинският преглед е

37 *Стандарти на КПИ от 2002 г. (ред. 2011 г.).*

38 *Стандарти на КПИ от 2002 г. (ред. 2011 г.); CPT/Inf (2011)33; (2011)24; (2012)17; (2012)34.*

39 *Стандарти на КПИ от 2002 г. (ред. 2011 г.).*

40 *Slawomir Musial v. Poland 28300/06, Aerts v. Belgium 25357/94.*

част от подготовката на затворника за освобождаване. Този преглед трябва да бъде предложен колкото се може по-близо до датата на освобождаване⁴¹, но също така трябва да се осигури достатъчно време за надлежното му организиране. Моментът, в който лишеният от свобода получава поверителния медицински доклад, предоставящ медицинска информация на лекаря, който ще се грижи за него след освобождаването, може да се използва за предоставяне на медицински съвети относно грижите за неговото здраве в бъдеще. Особено важно е лишените от свобода, пристрастени към наркотици, да бъдат информирани за значителния риск от поемане на смъртоносни свръхдоза, ако се върнат към наркотиците след освобождаването⁴². Безпрепятственото преминаване към медицински грижи след освобождаване е особено важно за пациентите на антимикубактериално или антиретровирусно лечение, тъй като прекъсванията водят до развитието на лекарствено-резистентна туберкулоза и лекарствено-резистентни вирусни щамове при пациентите, лекувани с медикаменти за психиатрична поддръжка, или тези на опиятна **заместваща** терапия (ОПЗТ). Доказано е, че продължаването на ОПЗТ намалява значително високата смъртност сред употребяващите наркотици в първия ден след освобождаването им от затвора.⁴³ Продължаването на медицинските грижи по време на прехода от затворнически към живот в обществото, съчетано с психосоциални грижи, отскоро наричани „последващи грижи“ или „съпровождащи грижи“⁴⁴, трябва да бъде планирано много преди освобождаването, но медицинският преглед преди освобождаването играе важна роля в този процес.

41 КМ: Препоръка REC(2006)2 относно Европейските правила за затворите (преработена).

42 WHO Europe: *Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate postrelease period* [СЗО Европа: Превенция на смъртността поради остра употреба на наркотици сред затворнически популации в периода непосредствено след освобождаване] (2010 г.).

43 Стандарти на КПИ от 2002 г. (ред. 2011 г.).

44 *Throughcare Working in Partnership: Throughcare services for prisoners with problematic drug use – a toolkit* [Съпровождащи грижи в партньорство: Съпровождащи грижи за затворници с проблематична употреба на наркотици – набор от инструменти], под редакцията на М. MacDonald и сътрудници, Европейска комисия (2012 г.).

1.5 Медицинска документация и досиета

Може би не е нелишено от смисъл да се твърди, че предвид недостига на здравни специалисти и тяхната претовареност, оскъдното им време трябва да се използва за непосредствено обгрижване на пациентите, а не за попълване на документи и отчети. Щателното водене на документация и досиета обаче е изключително важно за качествено здравно обслужване на пациентите и за приемствеността на това обслужване в интерес не само на самия пациент, а и на здравните специалисти и администрацията на затвора. Ако не е налична надлежна медицинска документация, в Европейския съд по правата на човека могат да бъдат повдигнати обвинения в ненадлежни медицински грижи⁴⁵.

За всеки пациент следва да се състави медицинско досие, съдържащо диагностични данни и всички записи от анамнезата на пациента, включително специалните прегледи, които лицето може да е преминало. Здравните екипи трябва да водят ежедневни регистри с посочване на конкретни инциденти, свързани с пациента. Тези регистри са полезни, защото създават обща представа за здравеопазването в затвора и насочват вниманието към специфични проблеми, които могат да възникнат.

На лишения от свобода трябва да бъде позволено да прави справки със своето медицинско досие, освен ако това е противопоказано по терапевтични съображения, както и да иска информацията от досието да бъде предавана на семейството или на адвоката му. При прехвърляне на лишения от свобода от една институция в друга досието се изпраща на лекарите в приемащата институция⁴⁶.

Индивидуално медицинско досие

В съответствие със здравното законодателство в повечето държави и с принципа на еквивалентност на грижите, здравните специалисти в затвора са длъжни да образуват и водят медицинско досие за всеки лишен от свобода.

45 Malenko v. Ukraine 18660/03.

46 CPT/Inf (2009)38.

Досието следва да съдържа пълната медицинска анамнеза, резултатите от медицинския преглед при постъпване, всички налични медицински записи, свързани с пациента, включително всички консултации, проведени по негово искане, констатациите на лекаря, дадените съвети и приложените лечения. Всички вписвания трябва да бъдат подписани. Случаи на непълна и дори липсваща медицинска документация са установени и критикувани от КПИ при няколко посещения в затвори⁴⁷. В цялата система от затвори на страната трябва да се използват уеднаквени медицински досиета за улесняване на предаването на медицинска информация между затворническите лекари при прехвърлянето на лишен от свобода от една затворническа институция в друга. Особено важно е внимателното и подробно документиране на:

- прегледа при постъпване,
- информация за диагнози, предполагащи сериозни последствия, свързани с прогнозата, лечението или предаването на заболявания,
- спешни медицински случаи,
- информация за прегледи или лечения с възможни нежелани странични ефекти,
- информирани съгласия или несъгласия, или неприемане на препоръчани прегледи или лечения,
- записи, отнасящи се до признаци на насилие,
- случаи, в които е нарушена медицинската тайна или не е поискано информирано съгласие от пациента.

Пациентите следва да получават обяснения за диагнози, прогнози, препоръчани лечения, алтернативни лечения, странични ефекти от лечения и всички рискове от неприлагането на лечение, за да могат да дадат информирано съгласие или несъгласие. Информацията, предоставена на лишения от свобода, следва да бъде отразена в неговото досие. За инвазивни медицински процедури или лечения с определени нежелани странични ефекти трябва да се иска писмено съгласие от пациента.

47 CPT/Inf (2004)36; (2006)24; (2007)47; (2009)25; (2009)38; (2012)19 29) CPT/Inf (2004)21; (2004)36; (2010)29; (2010)20.

Само лекари, сестри и други здравни специалисти, които са обвързани със задължение за опазване на медицинската тайна, могат да имат достъп до медицинските досиета, които трябва да бъдат заключвани и държани отделно от индивидуалните административни досиета на лишените от свобода. Затворническите лекари и сестри не трябва в никакъв случай да допускат разкриването на медицински данни, отнасящи се до пациента, на пенитенциарната администрация или на трети лица без изричното съгласие на пациента. Изключения от това правило са: разпореждане от съда (в такъв случай лекарят следва да предостави информацията непосредствено на съдията) и редките случаи, когато лекарят е принуден да наруши тайната, за да защити фундаментално право, като например спасяването на здравето или живота на друго лице. И в двата случая лекарят следва да уведоми лишения от свобода пациент. При посещенията си по страни КПИ постоянно подчертава необходимостта от по-добро опазване на поверителността на медицинските досиета на лишените от свобода⁴⁸. Понастоящем няколко държави въвеждат електронни медицински досиета, но в тези системи трябва да се заложат предпазни механизми, които гарантират, че само медицински персонал може да има достъп до медицински данни за отделните пациенти.

Искането на лишен от свобода пациент за достъп до неговото медицинско досие трябва да бъде прието от лекаря. При прехвърляне запечатано копие на медицинско досие трябва да придружава лишения от свобода и да бъде предадено на здравния екип в приемащата институция. При освобождаване лишеният от свобода пациент получава медицински доклад. Медицинската информация в доклада ще се използва за бъдещото лечение от лекари извън затвора и може да включва данни от досието, ако е необходимо. Медицинската документация на вече освободения затворник се съхранява от службите на затвора за сроковете, определени в приложимото национално законодателство.

Затворническият лекар е длъжен да преглежда и документира всички признаци на физическо, психологическо и сексуално насилие. Възможно е по време на медицинския преглед при постъпване ли-

48 CPT/Inf (2004)36; (2006)24; (2007)47; (2009)25; (2009)38; (2012)19 29) CPT/Inf (2004)21; (2004)36; (2010)29; (2010)20.

шеният от свобода да съобщи за полицейско насилие. Следователно, важно е всички такива сведения да бъдат предоставяни на властите. Ако лишеният от свобода отказва да даде съгласие за това, лекарят трябва да потърси начини, чрез които самоличността на жертвата няма да бъде разкрита пред нарушителя. Протоколът от Истанбул⁴⁹ дава насоки за документирането по начин, който е валиден професионално и юридически, както и за нетравмиращи методи на преглеждане в случаите на насилие и малтретиране.

Достъп до медицински досиета и друга медицинска информация

На лишените от свобода следва да бъде предоставяна цялата относима информация – ако е необходимо, във вид на медицински доклад – за тяхното състояние, курса на лечение и предписаните им лекарства. Препоръчително е да имат правото да разглеждат съдържанието на своите медицински досиета, освен ако това е нецелесъобразно по терапевтични съображения. Трябва също така да им е позволено да искат информацията да бъде предавана на техните семейства и адвокати или на лекари извън затвора.

Статистическа (несвързана с пациента) медицинска документация

В съответствие с националното законодателство и в сътрудничество с здравните власти извън затвора, затворническите лекари следва да водят статистическа документация по всички аспекти на здравното обслужване в затвора, по-конкретно за броя на консултациите и разпространението на патологии, измерено по брой диагнози съгласно Международната класификация на болестите (МКБ), включително конкретни данни за подлежащи на докладване заболявания, като например туберкулоза – използвайки стандартизираните дефиниции и терапевтичните категории на Световната здравна организация (СЗО) – дизентерия, хепатит и ХИВ. Тези статистически данни се обработват много по-лесно чрез системи за електронни медицински досиета и помагат за съставянето на бюджети и за прилагането и оценяването на програми за опазване на здравето и превенция.

⁴⁹Стандарти на КПИ от 2002 г. (ред. 2011 г).

Както бе посочено по-горе, затворническите лекари трябва да водят статистически данни за всички телесни увреждания и техните причини (насилие между затворници и малтретиране) и редовно да докладват данните на пенитенциарните власти. Систематичните статистически данни за насилието улесняват оценяването на ситуацията и разработването на превантивни мерки, и дори могат да имат превантивен ефект. По време на своите посещения в затвори⁵⁰ КПИ постоянно препоръчва систематичното регистриране на всички случаи на насилие.

1.6 Други въпроси от етичен характер

Участие на затворническите лекари във въпроси, свързани със сигурността и дисциплинарни мерки

Медицинските специалисти в затвора трябва да действат като лични лекари на лишените от свобода и да установяват с тях позитивни взаимоотношения, типични за тези между лекаря и неговия пациент. Практиката, при която затворническият лекар удостоверява дали лишен от свобода е годен да бъде поставен в карцер като наказание (или в друг вид изолация против неговата воля), не помага за утвърждаването на тези взаимоотношения. Върху този въпрос е акцентирано в ЕПЗ. Медицинският персонал никога не трябва да участва във вземането на решения, които водят до един или друг вид изолация, освен ако мярката се налага по медицински съображения.

От друга страна, здравният персонал следва да обръща особено внимание на положението на всички лишени от свобода, поставени в изолация. Здравният персонал трябва да бъде уведомяван за всяко такова поставяне и да посещава лишения от свобода веднага след поставянето и след това редовно, поне веднъж дневно, и при необходимост да предоставя незабавна медицинска помощ и лечение. Когато здравето на лишения от свобода е сериозно застрашено поради поставянето му в изолация, здравният персонал следва незабавно да докладва това на директора на затвора.

Затворническият лекар не трябва да извършва претърсвания или

50 CPT/Inf (2009)13; (2010)3; (2010)27; (2010)33; (2011)3; (2011)20; (2012)1; (2012)9.

прегледи на тялото по искане на властите, освен в спешни случаи, когато не може да бъде повикан друг лекар. В много редките случаи, когато претърсването на телесни кухини е неизбежно, то трябва да се осъществява от лекар с подходящо медицинско обучение. Но в интерес на опазването на взаимоотношенията между лекаря и пациента, това лице не трябва да е лекарят, който се грижи за здравето на лишения от свобода. Този аспект се изтъква също така от СМА в нейното Заявление относно телесното претърсване на затворници.⁵¹

В специфични случаи могат да са необходими специални мерки за сигурност, но систематичното поставяне на лишени от свобода в клетки при поставянето на инжекции е съвсем неоправдано. Този подход може да се разглежда като унизителен както за затворниците, така и за засегнатия здравен персонал⁵².

Професионална независимост на здравния персонал в затвора

Здравните специалисти във всеки затвор са потенциално изложени на риск. Дългът им за обгрижване на техните пациенти – болни лишени от свобода, често може да противоречи на съображенията, свързани с управлението и сигурността в затвора. Това може да породни трудни етични въпроси и дилеми. За да се гарантира тяхната независимост по въпросите на здравеопазването, важно е здравните специалисти да бъдат приравнявани в максимална степен с колегите им в общественото здравеопазване.

Независимо от институционалната организация на здравеопазването в затвора, изключително важно е затворническите лекари да вземат своите клинични решения водени единствено от медицински критерии, а качеството и ефективността на тяхната работа да бъдат оценявани от квалифициран медицински орган⁵³.

⁵¹ СМА, „Заявление относно телесното претърсване на затворници“, Будапеща (1993 г., ред. 2005 г.).

⁵² CPT/Inf (2011)29.

⁵³ CPT/Inf (2004)36.

Лекари, грижещи се както за лишените от свобода, така и за персонала на затвора

Съществуват резерви относно практиката затворническите лекари да се грижат както за лишените от свобода, така и за служителите на затвора⁵⁴. Ресурсите, заделени за медицинско обслужване на лишените от свобода, често са ограничени и общото използване на работното време на лекаря може да е за сметка на качеството на това обслужване. В изключителните случаи, когато това се налага от особеностите на институцията, тази двойна отговорност трябва да се придружава от много конкретни предпазни мерки, гарантиращи еднакъв подход. Може например предварително да се определи каква част от работното време на лекаря е отредена за персонала. Желателно е също така двата запаса от медикаменти (за лишените от свобода и съответно за персонала) да бъдат съхранявани отделно един от друг. Могат дори да се предвидят два отделни кабинета, в които лекарят да провежда консултации.

Лишени от свобода, работещи като здравен персонал

Използването на лишени от свобода в здравната служба на затвора трябва да се разглежда като последна възможност, дори ако тези лишени от свобода притежават медицинска квалификация. Затворници не следва да участват в изпълнението на дейности по здравеопазване, които изискват специализирано обучение, и при никакви обстоятелства не трябва да им се възлага раздаването на лекарства.

Даването на предписани лекарства и поставянето на инжекции не е в компетенциите на служителите на затвора. Лекарства могат да се дават само от сестра или обучен фармацевт, а инжекции могат да се поставят само от обучен медицински персонал⁵⁵.

Хуманитарна помощ

Съществуват някои специфични категории особено уязвими лишени от свобода и здравната служба в затвора трябва да обръща особено внимание на техните потребности, тъй като те невинаги са в

⁵⁴ CPT/Inf (2006)11.

⁵⁵ CPT/Inf (2011)19.

състояние да отстояват своите интереси в условията на лишаване от свобода. Следните групи са специално посочени от КПИ по различни поводи⁵⁶.

Майки с деца в затвора

Общоприет принцип е, че децата не бива да бъдат раждани в затвора и този принцип като цяло се спазва. Майката и детето трябва да могат да останат заедно поне за определен период от време и да бъдат поставени в условия, осигуряващи им подкрепа от персонал, специализиран в неонаталната помощ и обгрижването на новородени. Решения по дългосрочните мерки, включително прехвърлянето на детето в извънзатворническа среда, което означава и отделянето му от майката, следва да се вземат според обстоятелствата във всеки конкретен случай и в светлината на медицинските и социалните потребности на детето.

Непълнолетни

Когато са в условия на задържане, препоръчително е непълнолетните да са в едни и същи помещения и да могат да държат личните си вещи при себе си. Рисковете от дългосрочна социална дезадаптация трябва да бъдат минимизирани. Прилаганият спрямо тях режим трябва да е базиран на интензивни дейности, включително възпитателни срещи, спорт, образование, професионално обучение, излети под конвой и предлагане на подходящи дейности по избор.

Лишени от свобода, които са уязвими поради тяхното здравно или социално състояние

Сред пациентите на затворническата здравна служба има много маргинални индивиди с история на фамилни травми, трайна наркозависимост, конфликти с властите и други социални несгоди. Някои от тях са склонни към насилие или самоубийство, или се характеризират с неприемливо сексуално поведение, и през по-голямата част от времето са неспособни да се контролират или да се грижат за себе си. Потребностите на тези лишения от свобода не са строго медицин-

⁵⁶ Стандарти на КПИ от 2002 г. (ред. 2011 г).

ски, но затворническият лекар може да насърчава разработването на социално-терапевтични програми за тях в отделения на затвора, които програми са сходни с тези за групи извън затвора и са внимателно наблюдавани. Такива отделения могат да намалят униженията, обидите и омразата към тези лишени от свобода, да им създадат чувство за отговорност и да ги подготвят за реинтеграция. Друга пряка полза от тези програми е, че се осъществяват с активното участие и ангажираност на затворническият персонал.

Има също така лишени от свобода, които са негодни за продължително задържане поради обстоятелства като сериозно заболяване, чието адекватно лечение в затворнически условия е невъзможно, прогноза за скорошен летален изход, тежко увреждане или напреднала възраст. В тези случаи задължение на затворническият лекар е да изготви доклад до компетентния орган, за да бъдат взети подходящи алтернативни мерки.

ГЛАВА 2

ПСИХИАТРИЧНИ ГРИЖИ И ТЕРАПЕВТИЧНИ ПЛАНОВЕ – ТЕРАПЕВТИЧНИ И РЕХАБИЛИТАЦИОННИ ПСИХОСОЦИАЛНИ ДЕЙНОСТИ В ЗАТВОРА

В сравнение с населението като цяло, психиатричните симптоми са често явление сред лишените от свобода.

Лицата, настанени в сигурни психиатрични болници, и обитатели-те на затвора имат много общо помежду си. И двете групи са особено уязвими към развитието на проблеми с психичното здраве. Тормоз, лишения, бездомничество, безработица и предишни взаимодействия с психиатричните служби са част от житейските истории на мнозина. Много лишени от свобода имат проблеми с писането, четенето и смятането, а повечето са с коефициент на интелигентност (IQ) по-нисък от средния⁵⁷. Предполага се, че средно един от седем лишени от свобода има психотично заболяване или сериозна депресия, а близо половината мъже и една от пет лишени от свобода жени имат анти-социално личностно разстройство.⁵⁸ Разпространението на тежкото психично разстройство е непропорционално високо, като най-сериозните нива на заболяемост се наблюдават сред задържаните под стража като мярка за неотклонение и жените затворнички. Психично разстройство (включително диагностицирана злоупотреба с вещества) се установява при 37 % от мъжете, осъдени на лишаване от свобода, 63 % от мъжете, задържани под стража като мярка за неотклонение, 57 % от жените, осъдени на лишаване от свобода и 76 % от жените, задържани под стража като мярка за неотклонение. Често

57 Singleton N., Meltzer H. и Gatward R: *Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales* London: Office for National Statistics [Психиатрична заболяемост сред затворниците в Англия и Уелс. Лондон, Национална статистическа служба] (1998 г.); *Her Majesty's Inspectorate of Prisons: Unjust deserts: a thematic review by HM Chief Inspector of Prisons of the treatment and conditions for unsentenced prisoners in England and Wales.* London: Home Office [Инспекторат по затворите на Нейно Величество: Несправедливи възмездия: Тематичен преглед от Главния на Н.В. инспектор по затворите на отнасянето и условията за неосъдени затворници в Англия и Уелс. Лондон, Министерство на вътрешните работи] (2000 г.).

58 Fazel S. и Danesh J: "Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys" [Тежко психично разстройство при 23 000 затворници: систематичен преглед на 62 проучвания]. *Lancet*, 359 (2002 г.), 54550.

се срещат мултиплени (множествени) диагнози, особено сред задържаните под стража: на близо една четвърт от мъжете и една трета от жените са поставени две или повече диагнози⁵⁹.

Очевидно върху затворите лежи тежко бреме от сериозни, но подлежащи на лечение психични разстройства. Предвид ограничените ресурси на пенитенциарната система, не е сигурно дали всички нуждаещи се могат да получават необходимите грижи, както е предвидено в ЕКПЧ.

2.1 Психиатрична служба в затвора

Високата заболяемост от психични разстройства в затворнически условия увеличава отговорността на пенитенциарната система за здравеопазване. Като минимум, към здравната служба на всеки затвор следва да има лекар със специалност „психиатрия“ и част от щатните сестри трябва са преминали обучение в тази област. Числеността на медицинския и сестринския състав и разположението на помещенията в затворите трябва да позволяват провеждането на редовни програми за медикаментозна, психотерапевтична и трудова терапия⁶⁰.

Мерки, свързани с психичните разстройства в условията на затвора

Нелекуването на психични заболявания в затвора съвсем основателно може да бъде сметено за нечовешко и унижително отнасяне⁶¹, следователно необходими са някои непосредствени мерки. Отговорните органи могат да обмислят следните мерки за лишениите от свобода с психични разстройства:

- насърчаване и мотивиране на медицинския персонал и на психолозите, работещи в затвора, за диагностициране на тези случаи и

59 Gunn J., Maden A. и Swinton M: *Mentally disordered prisoners*. London: Home Office [Затворници с психични разстройства. Лондон, Министерство на вътрешните работи] (1991 г.); Maden A., Taylor C. J. A., Brooke D. и сътр.: *Mental disorder in remand prisoners*. London: Home Office [Психично разстройство при лица с мярка за неотклонение „поставяне под стража“. Лондон, Министерство на вътрешните работи] (1995 г.).

60 Slawomir Musial v. Poland 28300/06, Aerts v. Belgium 25357/94.

61 CPT/Inf (2005)18; Slawomir Musial v. Poland 28300/06, Aerts v. Belgium 25357/94.

за активно участие в тяхното лечение,

- осигуряване на специализирани грижи за тези случаи в затвора чрез определяне на психиатър, който да провежда редовни консултации,
- гарантиране на надлежното снабдяване с психотропни медикаменти,
- осигуряване, когато е необходимо, на по-дългосрочна болнична помощ с активен психосоциален елемент,
- гарантиране, че прехвърлянето на психичноболен затворник в психиатрично заведение ще се разглежда като въпрос от първостепенен приоритет.

Лечение на психичноболни лишени от свобода в обществени психиатрични болници

Психичноболният лишен от свобода трябва да бъде държан и обгрижван в болнично заведение, което е подходящо оборудвано и притежава персонал с необходимата квалификация. Това може да бъде обществена психиатрична болница или специално оборудвано психиатрично заведение в рамките на системата от затвори.

От етична гледна точка е целесъобразно психичноболните лишени от свобода да бъдат хоспитализирани в институции извън пенитенциарната система, за които отговаря системата за обществено здравеопазване. От друга страна, може да се твърди, че наличието на психиатрични заведения в системата от затвори създава условия за това грижите да бъдат полагани в оптимални условия на сигурност и за интензифициране на дейностите на медицинските и социалните служби в тази система.

Независимо от избрания вариант, капацитетът за настаняване на съответното психиатрично заведение трябва да е достатъчен, тъй като често се наблюдават продължителни периоди на изчакване преди осъществяването на необходимото прехвърляне. Прехвърлянето на засегнатото лице в психиатрично заведение следва да се разглежда като въпрос с първостепенен приоритет.

Лишените от свобода, които се считат за опасни поради наличието на тежко психично заболяване, не трябва да бъдат поставяни в отде-

ления със строг режим вместо в психиатрично заведение. Тези лишени от свобода трябва да имат достъп, в болнична среда, до лечение и подходящи терапевтични дейности, осъществявани от персонал, който е достатъчен като брой и подходящо квалифициран, за да им оказва необходимата помощ⁶².

2.2 Психиатрични отделения в затвора

Като част от затворническата здравна служба, специализираните психиатрични отделения в затвора могат да изпълняват редица функции. Основната от тях е лечението на лишени от свобода с психиатрични проблеми, които са настанени там за временно лечение или докато очакват прехвърляне в лечебно заведение извън затвора. В редки случаи психиатричните отделения в системата от затвори могат да се използват също така за задържане и лечение на лица, които са обявени за невменяеми, най-вече при липсата на охраняемо заведение извън пенитенциарната система. На последно място, в тези психиатрични отделения могат да бъдат настанявани лица, върху които е наложена мярка за неотклонение „задържане под стража“, с цел извършване на експертиза на тяхното психично състояние.

Нерядко при липсата на специализирано психиатрично отделение в пенитенциарната система, самите затвори създават сигурни зони или етажи за по-уязвимите лишени от свобода, включително тези с психиатрични разстройства.

Общи принципи на грижите в затворническо психиатрично отделение

Обгрижването и охраняването на лицата, подлежащи на настаняване в пенитенциарно психиатрично заведение като мярка за сигурност, следва да се основават на лечение и рехабилитация, като се вземат предвид и необходимите изисквания за сигурност. Този подход следва да бъде отразен в битовите условия и другите съоръжения, предназначени за тази особена група пациенти, както и в тяхното лечение и дейности. Тези заведения трябва да са окомплектовани с

62 CPT/Inf (2008)33.

подходящо обучен здравен персонал, способен да развива позитивни взаимоотношения с пациентите чрез преки контакти с тях⁶³. Човешките ресурси следва да са адекватни по отношение на численост, категории (психиатри, общопрактикуващи лекари, сестри, психолози, трудови терапевти, социални работници и др.), опит и подготовка. Недостигът на кадри може да постави пациентите в много рискови ситуации, независимо от добрите намерения и надлежните усилия на персонала.

КПИ многократно е коментирал битовите условия на хората, настанени в психиатрични институции⁶⁴. Тези коментари се отнасят и за психиатричните отделения в пенитенциарната система. Психиатричното отделение следва да предлага материални условия, които допринасят за лечението и благоденствието на пациентите и, казано на психиатричен език, за създаването на позитивна терапевтична среда. Създаването на такава среда включва, на първо място, осигуряването на достатъчно площ за всеки пациент, както и подходящо осветление, отопление и вентилация, поддържане на заведението в добро състояние и спазване на санитарните норми. Настаняването в малки групи е фактор от първостепенно значение за опазването на личното достойнство на пациентите и също основен елемент на всяка политика за тяхната психологическа и социална рехабилитация. Освен това, настаняването по този начин прави по-лесно разпределянето на пациентите по съответните категории за терапевтични цели. Санитарните възли трябва да осигуряват известна самостоятелност на пациентите. Потребностите в това отношение на възрастните пациенти и на тези с увреждания също трябва да бъдат надлежно взети предвид; например тоалетните, в които няма възможност за сядане, не са подходящи за такива пациенти. Същото важи и за осигуряването на елементарно болнично оборудване, позволяващо на персонала да обгрижва лежащо болните пациенти (включително лична хигиена); липсата на такова оборудване може да създаде достойни за съжаление условия. Практиката, при която пациентите са през цялото време по пижами, наблюдавана в някои психиатрични заведения, не спомага за укрепването на тяхното лично достойнство и самоуважение;

63 СРТ/Inf (2007)28.

64 Стандарти на КПИ от 2002 г. (ред. 2011 г.).

индивидуализацията на облеклото следва да е част от терапевтичния процес.

Психиатричните пациенти, включително тези подлежащи на съдебномедицинска експертиза, следва – ако здравословното им състояние позволява това – да имат възможност за занимания на открито поне един час дневно на разумно големи и сигурни площадки, които освен всичко друго трябва да осигуряват защита от неблагоприятни метеорологични условия⁶⁵.

2.3 Терапевтичен план

В основата на психиатричното лечение трябва да е индивидуалният подход, който предполага съставянето на индивидуален план за всеки пациент, включващ целите на лечението, използваните терапевтични средства и отговорния за това член на персонала. Част от терапевтичния план трябва да са и резултатите от редовните прегледи на психиатричното състояние на пациента и от прегледите на предписаните му медикаменти. Пациентите следва да участват в съставянето на техните терапевтични планове и да бъдат информирани за постигнатия от тях напредък⁶⁶.

Важно е различните категории персонал, работещ с психиатрични пациенти, да провежда редовни срещи за насърчаване на екипната работа и обсъждане на необходимите промени в терапевтичния план. Това позволява установяването на текущи проблеми и предлагането на напътствия.

Психиатрично лечение

Психиатричното лечение трябва да включва разнообразни терапевтични, рехабилитационни и възстановителни дейности, като например достъп до подходящи медикаменти и медицински грижи. Трябва да има процедури, които гарантират надлежното предоставяне на предписаните лекарства и редовното снабдяване с необходимими

⁶⁵ CPT/Inf (2004)40, CPT/Inf (2012)4.

⁶⁶ CPT/Inf (2007)15, CPT/Inf (2009)28, CPT/Inf (2009)38.

те медикаменти. Препоръчително е разработването на разнообразни терапевтични варианти и включването на дългосрочните пациенти в психосоциални дейности за тяхната рехабилитация и подготовка за самостоятелен живот или за връщане към семействата им. Трудовата терапия следва да е неразделна част от програмата за рехабилитация, за да осигури мотивация, развитие на уменията за учене и взаимодействие, придобиване на специфични компетентности и поддържане на самочувствието. Желателно е също така на пациентите да бъдат предлагани образователни и подходящи трудови дейности.

Специално внимание следва да се обръща на непрекъсваемостта на терапии, които се състоят от медикаментозно лечение и разнообразни рехабилитационни и терапевтични дейности. Тези терапии не може да се планират така, че да бъдат „включвани и изключвани“ без предизвестие; прехвърлянето на психично болни лица от една среда в друга с различни правила и внезапното преустановяване на лечението може много лесно да навреди на тяхното благосъстояние⁶⁷.

Принудително лечение

Принудителното лечение на невменяеми лица следва да включва разнообразни терапевтични, рехабилитационни и възстановителни дейности, включително подходящи медикаменти и медицински грижи. Лечението трябва да е насочено както към овладяването на симптомите на заболяването, така и към намаляването на опасността от повторно извършване на престъпление. Необходимо е също така да се подчертае, че терапевтичните дейности за лица, подложени на съдебномедицинска психиатрична експертиза, не трябва да пречат на оценяването, а обратно – те могат да способстват за набирането на ценна информация за тази цел⁶⁸.

Психофармакотерапия

Използването на медикаменти в лечението на психични разстройства е разпространена практика както в болничната, така и в амбулаторната психиатрия. Повечето разработени медикаменти са пред-

67 CPT/Inf (2006)26.

68 CPT/Inf (2009)24.

назначени за лечението на депресивни и тревожни разстройства или на психотични заболявания като шизофрения. Установено е обаче, че някои медикаменти, разработени за други цели, могат да са полезни за психиатрични лечения. Примери за това са използването на противоепилептични препарати за лечението на биполярни разстройства или на антипсихотици за лечението на проблеми, свързани с импулсната регулация. Психофармакотерапията може да се използва самостоятелно или съвместно с психотерапия за лечението на психични разстройства⁶⁹.

Основни групи психотропни препарати

Антипсихотичните медикаменти (невролептици) помагат за овладяването на психотични симптоми като ажитация (раздразнителност), халюцинации (чуване или виждане на нереални неща), налудности (убеждения в нереални неща) и дезорганизиран мисли. Антидепресантите се използват за симптоматичното лечение на депресия и тревожност. Анксиолитичните препарати (транквилизанти) понижават нивата на тревожност и ажитация.

Освен това, някои психостимуланти са полезни при лечението на хиперкинетично разстройство с нарушение на **вниманието** (ADHD), а други – за стабилизирането на промени на настроението (тимостабилизатори).

Често срещани проблеми при психофармакотерапията

Психофармакологичният препарат често представлява необходима част от лечението на пациенти с психични разстройства. Трябва да има процедури, чрез които се гарантира осигуряването на предписаните медикаменти, приемането на тези медикаменти от пациентите и редовното снабдяване с необходимите лекарства. Трябва също така да се осъществява наблюдение за признаци на злоупотреба с медикаменти.

Както всяко друго лечение, психофармакологичното лечение

69 Sadock B. J., Sadock V. u Sussman N: *Kaplan and Sadock's Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment, 4th edn*, [Наръчник на Каплан и Седок за медикаментозно психиатрично лечение, IV издание], Philadelphia (2005 г.).

на психични разстройства има своите предимства и недостатъци. Най-често срещаните проблеми са следните:

- липса на ефикасност, често водеща до използването на дози, които надхвърлят терапевтичните препоръки,
- странични ефекти от лекарството, част от които не са трудни за откриване (паркинсонизъм, дистонии), други могат да бъдат открити чрез изследвания (агранулоцитоза, хиперпролактинемия), интервюиране по структурирани въпросници (сексуална дисфункция) или внимателно наблюдение за вторични симптоми (хирзутизъм, метаболитен синдром),
- необходимост от използване на медикаментозни комбинации, когато от значение са взаимодействията между отделните препарати: тези взаимодействия могат да бъдат фармакокинетични (промени в абсорбцията, протеиновото свързване, метаболизма или изчистването) и фармакодинамични.

2.4 Съгласие за лечение в психиатрия

На психиатричните пациенти по принцип трябва да се дава възможността да предоставят своето свободно и информирано съгласие за лечението. Принудителното вдвояване на лица в психиатрични отделения, независимо дали в рамките на граждански и наказателни производства, не трябва да възпрепятства персонала да поиска тяхното информирано съгласие за лечение. Всеки вменияем пациент, независимо дали е постъпил доброволно или не, трябва да бъде цялостно информиран за лечението, което предстои да бъде назначено и да получи възможност да откаже лечение или всяка друга медицинска интервенция. Всяко изключение от този фундаментален принцип трябва да е свързано само с ясно и строго определени изключителни обстоятелства⁷⁰.

Съгласието за лечение се приема за свободно и информирано, ако е основано на пълна и точна информация за състоянието на пациента и за предлаганото лечение. На всички пациенти трябва систематично да се предоставя информация за тяхното състояние и за назначеното им лечение.

⁷⁰ CPT/Inf (2008)29, CPT/Inf (2012)11, CPT/Inf (2007)40.

Към извънредно използване на лекарства (*pro re nata* – поради породилите се обстоятелства) следва да се прибегва само в изключителни случаи. Лекарят трябва незабавно да бъде уведомен за прилагането на такива лекарства, за да може да провери условията, в които те са приложени⁷¹.

Използване на средства за задържане в психиатричните отделения

Насоки относно използването на средства за задържане в психиатричните отделения са налични в специализирания раздел на Шестнадесетия общ доклад на КПИ⁷². Психично нестабилният (и евентуално склонен към насилие) пациент следва да бъде лекуван под строго наблюдение и сестринска помощ, съчетани, когато се счита за целесъобразно, с прилагане на медикаменти. Всяко психиатрично отделение трябва да има подробна политика по отношение на средствата за задържане. Особено важно е участието и подкрепата на персонала и ръководството в разработването на тази политика. Тя трябва ясно да определя какви средства за задържане могат да се използват, при какви обстоятелства могат да бъдат прилагани, необходимия надзор и действията след прекратяването на мярката. Политиката трябва да съдържа също така раздели по други важни въпроси, като обучение на персонала, политика по отношение на жалбите, механизми за вътрешно и външно докладване и за разбор.

Съществуват различни методи за контрол на буйстващи или проявяващи насилие пациенти, които могат да се използват отделно или съчетано:

- „следване като сянка“, т.е. член на персонала е плътно до пациента и се намесва в действията на пациента, когато е необходимо,
- ръкопашен контрол,
- механични средства, като например колани, усмирителни ризи и заградени легла,
- химически средства (прилагане на медикаменти против волята на пациента с цел контролиране на неговото поведение),

⁷¹ CPT/Inf (2012)34.

⁷² CPT/Inf (2006)35.

- уединение (принудително поставяне на пациента в заключено помещение).

Методът, избран за конкретния пациент, трябва да е най-подходящият сред наличните в конкретната ситуация. Пациентите следва да бъдат задържани като последна възможност за предотвратяване на неизбежни телесни повреди или за овладяване на силни буйства и/или насилие. Прилагането на средства за задържане по правилен начин и в подходяща среда изисква пряк, личен и непрекъснат надзор от член на персонала. Всяко едно прибягване до средства за задържане трябва да бъде разрешено от лекар или доведено без забавяне до вниманието на лекар с искане за одобрение на мярката.

Пациентът трябва да бъде освободен веднага след отминаването на извънредната ситуация, наложила задържането. Не може да има оправдание за продължителното използване на средства за задържане (в продължение на дни).

След снемането на средството за задържане, изключително важно е да се проведе разговор (разбор) с пациента. Това е възможност за обясняване на основанията, наложили мярката, което на свой ред намалява психологическата травма, свързана със ситуацията и възстановява взаимоотношенията между лекаря и пациента. Обстоятелствата, при които са използвани средства за задържане, не трябва да влошават психическото и физическото здраве на пациента.

Мястото, където пациентът е задържан, трябва да е специално предназначено за тази цел. То трябва да е безопасно, подходящо осветено и отоплено, което създава успокояваща среда. Задържаният пациент трябва да е подходящо облечен и отделен от останалите пациенти. Средствата, използвани за задържането на пациента, трябва да се прилагат умело и грижливо, за да не застрашават здравето и да не причиняват болка на пациента. Не трябва да се възпрепятстват жизнените функции като дишане, способност за комуникация, хранене и приемане на течности. Ако пациентът понечва да хапе, смуче или плюе, потенциалните опасности следва да се предотвратяват по начин, различен от закриването на устатата.

Необходимо е създаването на специален регистър за документиране на всички случаи, в които се е наложило използването на средства за задържане. Регистърът се води отделно от записите в личното

медицинско досие на пациента. Всички вписвания в регистъра следва да включват час на прилагане и прекратяване на мярката, обстоятелствата по случая, причините за прибягване до мярката, името на лекаря, който я е наредил или одобрил, и описание на евентуалните увреди, понесени от пациенти или членове на персонала.

Свеждането на използването на средства за задържане до неизбежния минимум изисква промяна на културата в отделението. В това отношение ръководството има първостепенно важна роля. Ако ръководството не насърчава и не предлага алтернативи на персонала, твърде вероятно е да надделеят установените практики за често прибягване до средства за задържане.

Психиатрични грижи след изписване

Необходимо е да се вземат мерки за продължаване на обгрижването на лицата, преминали психиатрично лечение. Дори вече да не се нуждае от настаняване в психиатрично отделение, пациентът може да има други терапевтични потребности или да получи ползи от настаняването в защитена среда⁷³. Когато лишението от свобода биват връщани обратно в местата за изтърпяване на наказанията, необходимо е да се осигури непрекъсваемост на лечението.

2.5 Предотвратяване на самоубийства

Предвид сериозното разпространение на психични разстройства в затворите, вниманието на пенитенциарните здравни служби трябва да е обърнато към въпросите на психичната хигиена, включително предотвратяването на вредните психологични ефекти на някои аспекти от лишаването от свобода. Добре известно е, че ефективната превенция може да намали риска от психиатрични разстройства⁷⁴.

73 CPT/Inf (98)12.

74 *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options [Превенция на психиатрични разстройства: Ефективни интервенции и политически опции]*. Доклад на Световната здравна организация. Департамент по психично здраве и злоупотреба с вещества в сътрудничество с Центъра за изследване на превенцията към университетите в Ниймген и Маастрихт, СЗО (2004 г.).

Организационен подход към предотвратяването на самоубийства

Превенцията на самоубийства изисква намесата и на участници, външни за здравния сектор⁷⁵. В своя Трети общ доклад⁷⁶ КПИ даде няколко препоръки в това отношение. Ръководството на затвора, включително началникът на затворническата здравна служба, трябва да гарантират необходимата осведоменост относно превенцията на самоубийства в цялото заведение, както и въвеждането на подходящи процедури.

Необходими са активни усилия за превенция на самоубийствата чрез подкрепящо наблюдение и изграждане на взаимоотношения на доверие между лишените от свобода и персонала. Следва да се предприемат мерки, насочени към доброто координиране на превантивните усилия, по-конкретно редовни и чести срещи на мултидисциплинарния екип и подходящ принос от специализиран персонал, като психиатри и образователни специалисти.

При зачестяване на самоубийствата трябва да се въвеждат алтернативни мерки за превенция, като например повече и по-разнообразни дейности, възможности за събиране, контакти с външния свят и ефективно, мултидисциплинарно лечение на пристрастяванията.

Идентифициране на риска от самоубийство (суициден риск)

Освен медицинската оценка при постъпване, цялостните процедури за приемане и първо ношуване като цяло имат важна роля. Правилното им прилагане позволява идентифицирането на поне част от тези, които са в риск от себеувреждане, и могат донякъде да облекчат тревожността, изпитвана от новопристигналите затворници. Периодите непосредствено преди и след съдебния процес и в някои случаи периодът преди освобождаване се свързват с увеличен суициден риск⁷⁷.

⁷⁵Public health action for the prevention of suicide [Действия на публичното здравеопазване за превенция на самоубийствата], СЗО (2012 г.).

⁷⁶CPT/Inf(93)12.

⁷⁷CPT/Inf(2012)1.

Обучение на персонала в разпознаване на суицидния риск

Предотвратяването на самоубийства, включително идентифицирането на лицата в такъв риск, не трябва да е задача единствено на здравната служба. Всички служители на затвора, които имат контакт със лишените от свобода – на първо място работещите в отделенията за приемане и постъпване – следва да бъдат обучени, за да познават признаците на суициден риск⁷⁸.

Оценяване на суицидния риск

Необходимо е въвеждането на стандартен алгоритъм за скрининг и оценяване на риска от самоубийство (и себеувреждане) в затвора. Този инструмент трябва да гарантира, по-конкретно, надлежното отчитане на зависимостите от наркотици и/или алкохол в процеса на скрининг, понеже това са фактори, потенциално увеличаващи суицидния риск.

Следва да се въведат мерки, чрез които да се гарантира, че информацията за лишен от свобода, който е в риск от самоубийство или себеувреждане, ще бъде предадена цялостно и своевременно на лицата, имащи отношение към грижите за него, включително при прехвърлянето му в друго заведение.

Работа с лица в суициден риск

Лице, за които има установен суициден риск, следва да бъде държано под режим на специално наблюдение толкова дълго, колкото е необходимо. Освен това въпросното лице не трябва да има достъп до средства за извършване на самоубийство (решетки на прозорците в килиите, счупени стъкла, колани или върви). Всички лица, за които има установен суициден риск, трябва да се възползват от съвети, подкрепа и подходящи събирания.

Лишен от свобода, проявяващ остри признаци на риск от самоубийство или агресивно поведение (включително насочено срещу себе си, автоагресия), незабавно трябва да бъде прехвърлен в отделение за активно психиатрично лечение. Ако лишеният от свобода остане в затвора, лечението и грижите трябва да се наблюдават от

78 Стандарти на КПИ от 2002 г. (ред. 2011 г.).

медицински персонал и да са предмет на редовни медицински визити и проследяване⁷⁹.

2.6 Други психиатрични проблеми в затвора

Себеувреждане сред лишените от свобода

Актовете на себеувреждане често отразяват проблеми и състояния от психологичен или психиатричен характер и трябва да бъдат третирани от терапевтични, а не от дисциплинарни позиции. Изолирането на такива лишени от свобода (дори ако не се счита за дисциплинарна мярка) може да изостри техните психологични или психиатрични проблеми. Всички причини за себеувреждане трябва да подлежат на медицинска оценка непосредствено след инцидента, за да се установи тежестта на увредите и да се оцени психологичното състояние на лишени от свобода⁸⁰.

Медицинско управление на гладни стачки в затвора

По въпроса за медицинското управление на гладни стачки в затвора има разнопосочни мнения. Както Препоръка на Комитета на министрите № R (1998) 7 относно етичните и организационните аспекти на здравеопазването в затвора, така и Декларацията на СМА относно гладните стачки, приета в Малта през 1991 г., оставят лекаря да действа по своя преценка, когато гладната стачка застрашава живота на затворника.⁸¹ Противоречието между дълга да се гарантира правото на живот на затворника и дълга за зачитане на неприкосновеността на индивидуалните потребности следва да се разрешава в съответствие с медицинската етика и също така със законодателството на конкретната страна. В своето решение по дело *X. срещу Германия* Европейският съд по правата на човека посочва, че когато задържано лице поддържа гладна стачка, това неизбежно води до колизия между неговото право на лична неприкосновеност и задължението на държавата – страна по ЕКПЧ, установено в член 2 на Конвенцията. Тази ко-

⁷⁹ CPT/Inf (2011)5.

⁸⁰ CPT/Inf (2009)35.

⁸¹ КМ: *Етични и организационни аспекти на здравеопазването в затвора*, Препоръка № R (1998) 7; СМА: *Декларация от Малта относно гладните стачки* (2006 г.).

лизия не намира своето решение в Конвенцията⁸². Съдът счита обаче, че многократното принудително хранене, което не е обосновано от медицински съображения, а вместо това цели да принуди жалбоподателя да прекрати протеста, и се извършва по начин, причиняващ ненужно силна физическа болка и унижение на лишения от свобода, е равнозначно на изтезание⁸³.

КПИ разсъждава по този въпрос в един от докладите за своите посещения⁸⁴. Държавните власти имат задължението да се грижат за лицата, намиращи се под тяхна опека. Това задължение включва опазване на живота на задържаното лице, в това число предотвратяването на самоубийства или други действия на засегнатото лице, които могат да причинят смърт или непоправимо физическо увреждане. Следователно, решението за принудително хранене на лишен от свобода, който е на гладна стачка, по принцип може да бъде оправдано с оглед предпазването му от непоправимо физическо увреждане или смърт. От друга страна, повечето национални законодателства в Европа, както и съответните международни кодекси за медицинска етика, понастоящем приемат, че едно вменяемо пълнолетно лице може по свой избор да откаже медицинско лечение, дори ако това лечение би спасило живота му. Следователно властите, участващи в управлението на обявена от лишени от свобода гладна стачка, често могат да бъдат изправени пред две потенциално взаимоизключващи се ценности: дълга им да опазват живота, от една страна, а от друга – правото на лишения от свобода на лична неприкосновеност (включително правото да не приема наложено му лечение).

Препоръка на Комитета на министрите № R (1998) 7 определя основните принципи на действията в случаи на гладна стачка.

- Лицата, обявили гладна стачка, следва да получат обективно обяснение на вредните последствия от техните действия за тяхното физическо благосъстояние, за да разберат опасностите от продължителното гладно стачкуване.
- Клинична оценка на лице, обявило гладна стачка, може да се извършва само с изричното разрешение на това лице, освен ако

82 *Дело X v. Germany* (1984) 7 EHRR 152.

83 *Ciorap v. Moldova* 12066/02, *Nevmerzhitsky v. Ukraine* 54825/00.

84 *CPT/Inf* (2007)10.

лицето страда от тежки психиатрични разстройства, изискващи прехвърляне в психиатрична служба.

- Ако по преценка на лекаря състоянието на обявилия гладна стачка се влошава значително, изключително важно е лекарят да докладва това обстоятелство на съответния орган и да предприеме мерки в съответствие с националното законодателство и професионалните стандарти.

Декларацията на СМА относно гладните стачки навлиза в по-големи подробности при третирането на този проблем. Като посочва, че неподправеното и продължително гладуване може да причини смърт или трайно увреждане на стачкуващия, декларацията разкрива и факта, че повечето лица, обявили гладна стачка, не желаят да умрат, обаче някои са готови и на това, за да постигнат своите цели. СМА дава на лекаря ясни указания как да действа в случай на гладна стачка.

- Лекарите задължително оценяват умствените способности на лицето. В тази връзка те проверяват дали лицето, решило да гладува, не страда от психично увреждане, което сериозно влошава способността да взема решения, свързани със здравето. Гладуващи лица със сериозно увредени умствени способности не могат да се считат за стачкуващи. Те трябва да бъдат подложени на лечение за техните психиатрични проблеми, а не да бъдат оставяни да гладуват по начин, който застрашава здравето им.
- Лекарите трябва да получат, колкото се може по-рано, подробна и вярна медицинска анамнеза на лицето, което е решило да гладува. Медицинските последствия за съществуващи заболявания или състояния трябва да бъдат разяснени на лицето. Лекарите са длъжни да се уверят, че лицата, обявили гладна стачка, разбират потенциалните усложнения от гладуването за тяхното здраве и да ги предупредят на разбираем език за неблагоприятните последици. Лекарите трябва също така да обяснят как вредите за здравето могат да бъдат минимизирани или забавени, например чрез увеличаване на приема на течности. Тъй като решенията за обявяване на гладна стачка понякога се вземат спонтанно, от първостепенно значение е да се гарантира, че пациентът изцяло разбира медицинските последици от гладуването. В съответствие с най-добрите

практики за информирано съгласие в здравеопазването, лекарят трябва да се увери, че пациентът разбира предадената информация, като поиска от пациента да повтори какво е разбрал.

- Пълен преглед на обявилия гладна стачка трябва да се извърши в началото на гладуването. Овластяването на предстоящите симптоми, включително тези, които не са свързани с гладуването, следва да бъде обсъдено с гладуващия. Трябва също така да бъдат взети предвид ценностите на лицето и желанията му по отношение на медицинското лечение в случай на продължително гладуване.
- Понякога лицата, обявили гладна стачка, приемат интравенозно вливане на физиологичен разтвор или други форми на медицинско лечение. Отказът от определени интервенции не трябва да засяга други аспекти на медицинските грижи, като например лечението на инфекции или болки.
- Лекарите следва да разговарят с обявилите гладна стачка в условия на поверителност и да не бъдат слушани от други лица, включително други задържани или затворници. Ясната комуникация е изключително важна и при необходимост следва да бъдат осигурявани преводачи, които не трябва да са свързани със затворническите или арестантските власти и също са длъжни да опазват тайната.
- Лекарите трябва да се уверят, че отказът от храна и лечение е добровolen избор на лицето. Лицата, обявили гладна стачка, трябва да бъдат защитавани от принуда. Лекарите често могат да помогнат за това и следва да знаят, че принуда могат да оказват други затворници, властите или външни лица, като например членове на семействата. Лекарите и другите здравни работници не могат да оказват какъвто и да било натиск върху гладуващия, за да прекрати гладната стачка. Прекратяването на гладната стачка не трябва да е условие за лекуването или обгрижването на стачкуващия.
- Ако убежденията на лекаря не му позволят да се съобрази с отказа на обявилия гладна стачка от лечение или изкуствено хранене, лекарят следва да заяви това още в началото и да насочи стачкуващия към друг лекар, който е готов да се съобрази с този отказ.
- От първостепенно значение е непрекъснатата комуникация между лекаря и лицата, обявили гладна стачка. Лекарят трябва еже-

дневно да проверява дали гладуваният желае да продължи стачката и какво иска да бъде правено по-късно, когато няма да има възможност за смислена комуникация. Тези констатации трябва да бъдат надлежно документирани.

- Когато лекарят поеме даден случай, гладуваният вече може да е загубил разсъдък и да няма възможност за обсъждане на желанията му по отношение на медицинските интервенции за опазването на неговия живот. Ако гладуваният е дал едни или други указания по-рано, тези указания следва да бъдат взети предвид. Предварителният отказ на лечение се зачита, ако е отразявал доброволната роля на лицето по времето, когато е имало нормален разсъдък. Трябва да се обмисли и вероятността предварителните указания в условия на задържане да са били дадени под натиск. Ако лекарите имат сериозни съмнения относно намеренията на лицето, те трябва да подхождат към всякакви указания изключително предпазливо. Като общо правило, указания, дадени след добро информиране и доброволно, могат да не бъдат спазени, ако са станали невалидни поради това, че обстоятелствата, при които решението е било взето, са се променили съществено след като лицето е изгубило разсъдък.
- Ако няма възможност за обсъждане с лицето и липсват предварителни указания, лекарите трябва да направят това, което по тяхна преценка е в най-добър интерес на лицето. Това означава, че трябва да бъдат взети предвид желанията, изразени по-рано от обявилia гладна стачка, неговите личностни и културни ценности, както и физическото му здраве. Ако няма данни за изразявани по-рано желания, лекарите трябва да решат дали да приложат или да не приложат хранене, без да им се намесват трети лица.
- Лекарите могат да сметат за оправдано да не приемат предварителния отказ от лечение, ако например имат основания да считат, отказът е направен под натиск. Ако съживеният и възстановил разсъдъка си стачкуващ потвърди волята си да гладува, това решение трябва да бъде уважено. Етично е да се позволи на непреклонния стачкуващ да умре достойно, вместо да бъде подлаган на повтарящи се интервенции срещу неговата воля.
- Изкуственото хранене е приемливо от етична гледна точка, ако

вменяемият стачкуващ е съгласен. То може да е приемливо и при невменяеми лица, които не са оставили и не са били възпрепятствани да оставят предварителни указания срещу такова хранене.

- Принудителното хранене във всички случаи е неприемливо от етична гледна точка. Дори ако се прави с добри намерения, храненето, придружено със заплахи, принуда, сила или с използване на средства за физическо задържане, е вид нечовешко и унизително отнасяне. Също толкова неприемливо е принудителното хранене на някои задържани като средство за сплашване или принуждаване на други стачкуващи да прекратят гладуването.

Както виждаме, СМА счита принудителното хранене за неприемливо от етична гледна точка. Налице е колизия между ценности, а именно между дълга за опазване на живота и правото на физическа неприкосновеност. Лекарите обаче трябва да предотвратяват всякакви актове, които могат да представляват изтезание или нечовешко и унизително отнасяне.

Ако въпреки всичко бъде взето решение за принудително хранене на лишени от свобода, който е на гладна стачка, това решение трябва да почива на медицинска необходимост и да се изпълнява при подходящи условия, отразяващи медицинския характер на мярката. Решението следва да се взема по установена процедура, в която са заложили адекватни предпазни механизми, включително независимо вземане на медицинските решения. Психиатричната оценка на психичното здраве на затворник, обявил гладна стачка, може да помогне за установяването на случаите, когато причините за отказа от храна са от психиатричен характер. Освен това, редовните психични прегледи по време на гладна стачка биха дали възможност на лекуващия медицински екип да открие всякакво влошаване на разсъдъка, което засяга способността на стачкуващия да прави добре информиран избор относно неговия живот и здраве. Нужно е да има механизъм за обжалване и всички аспекти на изпълнението на мярката трябва да бъдат надлежно наблюдавани. Използваните методи за принудително хранене не може да са ненужно болезнени и следва да се прилагат умело и с минимална сила. Принудителното хранене трябва да се осъществява с минимално посягане върху личната неприкосновеност на стачкуващия.

Лечение на лишени от свобода, извършили сексуални престъпления

Каквито и методи да се използват, лечението на пациенти с парафилии винаги преминава през истинско минно поле от клинични и етични дилеми. Основните етични проблеми по отношение на извършителите на сексуални престъпления, включително парафилии, могат да отразяват потребностите на обществената безопасност и дори една професионална ориентация, клоняща повече към наказанието отколкото към лечението, дори когато лечението е подходящо и ефективно⁸⁵.

Този въпрос е разгледан в няколко доклада на КПИ⁸⁶. Препоръките на Комитета могат да бъдат обобщени по следния начин:

- Мерките за предотвратяване на повторни престъпления в никакъв случай не трябва да се основават единствено на ефективността. Стесняването на фокуса само върху намаляването на рецидивите може да създаде предпоставки за тежки нарушения на човешките права. Налични са различни възможности за лечение, основано на психотерапия (включително групова терапия), фармакотерапия (включително използването на антиандрогенни препарати) или комбинации между тях.
- Когато се пристъпва към медицинско лечение, необходимо е да се получи свободно и информирано съгласие от лицето преди началото на фармакотерапията (включително лечението с антиандрогени), с възможност за оттегляне на съгласието по всяко време. На засегнатия затворник следва да се предоставят подробни обяснения (включително писмено) относно целите и възможните отрицателни ефекти от лечението, както и на последиците от отказа за подлагане на такова лечение.

85 Bowden P., "Treatment: use, abuse and consent" [Лечението: Употреба, злоупотреба и съгласие]. *Criminal Behaviour and Mental Health* 1 (1991 г.), 13041; Berlin F., "Sex offender treatment and legislation" [Лечение на извършители на сексуални престъпления и законодателство]. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 31 (2003 г.), 51013; Ward T., Gannon T. A. и Birgden A., "Human rights and the treatment of sex offenders" [Права на човека и лечение на извършители на сексуални престъпления]. *Sex Abuse* 19/3 (2007 г.), 195204; Elger B. S., "Research involving prisoners: consensus and controversies in international and European regulations" [Изследвания върху затворници: Консенсус и противоречия в международните и европейските норми]. *Bioethics* 22 (2008 г.), 224-38.

86 CPT/Inf (2009)8; (2011)20.

Антиандрогенното лечение винаги трябва да се основава на цялостна индивидуална психиатрична и медицинска оценка, и да бъде изцяло доброволно. Необходимо е да се разработи комплексна и подробна процедура, включваща допълнителни предпазни механизми: критерии за включване или изключване в такова лечение; медицински прегледи преди, по време и след приключване на лечението; достъп до външни консултации, включително независимо второ мнение и редовно оценяване на лечението от независим медицински орган. Прилагането на антиандрогени следва да се съчетава с психотерапия и други форми на съветване за още по-голямо намаляване на риска от извършване на повторно престъпление. Освен това антиандрогенното лечение не трябва да е всеобщо условие за освобождаването на извършителите на сексуални престъпления, а да се прилага на избрани лица въз основа на индивидуална оценка.

Хирургическата кастрация е интервенция с необратими физически ефекти и с преки или косвени последици за психичното здраве. Освен това тя не гарантира трайността на желания резултат (намаляване на нивото на тестостерон). Върху взнатата трябва да се поставят, от една страна, легитимната цел за намаляване на рецидивите, а от друга – етични съображения, свързани с основните права на индивиди⁸⁷. Хирургическата кастрация вече не е общоприета медицинска интервенция за лечение на извършители на сексуални престъпления. Недопустимо е извършването на необратими медицински интервенции върху лишени от свобода или други задържани лица, ако липсва недвусмислена медицинска необходимост.

2.7 Двойна диагноза в затвора

Съгласно експертни оценки, 3 до 11 % от лишените от свобода имат психиатрични проблеми (като например психотични или афективни разстройства), съпътствани от разстройства, свързани със злоупотреба с вещества⁸⁸.

87 Alexander M., Gunn J., Cook D. A. G., Taylor P. J. и Finch J., "Should a sexual offender be allowed surgical castration?" [Трябва ли да се позволява хирургическа кастрация на извършители на сексуални престъпления?] *British Medical Journal* 307 (1993 г.), 790-93.

88 Edens J. F., Peters R. H. and Hills H. A. "Treating prison inmates with cooccurring disorders: an integrative review of existing programs" [Лечение на затворници с коморбидни разстройства:

Понятието „двойна диагноза“ обхваща широк спектър от проблеми, при които психиатрични проблеми са съчетани със зависимост от вещества. Понятието има различни значения за различните здравни служби, но четирите най-често срещани съчетания са:

- първичен психиатричен проблем провокира употреба на вещества (например страдащият от шизофрения открива, че героинът облекчава някои от симптомите),
- злоупотребата с вещества или абстиненцията предизвикват психиатрични симптоми или заболявания (поява на депресия след детоксикация, съчетана с безсъние и отпаднало настроение),
- съществуващ психиатричен проблем се влошава от злоупотреба с вещества (лице, изпитващо силна тревога, че е застрашено от други, използва канабис, за да се отпусне, но открива, че канабисът засилва неговата параноя и това води до по-изразена алиенация),
- не се забелязва непосредствена връзка между злоупотребата с вещества и психиатричните проблеми (лицето страда от тревожност, която нито се засилва, нито се влошава от употребата на наркотици или алкохол).

В условията на затвора, където забранените вещества не са така леснодостъпни, психическото състояние на пациента може да изглежда стабилно. От друга страна, затворническата среда, в която дразнителите са относително по-малко, може допълнително да маскира реално съществуващи психиатрични проблеми. Дори малка или умерена употреба на наркотици (относително малко или нечесто потребление на наркотици като канабис и амфетамин), която изобщо не е проблем за преобладаващото мнозинство от лицата, употребяващи вещества, може да има пагубни последици за хората с тежки психиатрични проблеми. Необходими са разнообразни интервенции за управление на оттеглянето от алкохол и други наркотици, от които лицето е зависимо, както и за водене на поддържащото опиоидно лечение и за предотвратяване на връщането към алкохола и наркотиците след освобождаване⁸⁹.

Интегриращ преглед на съществуващи програми]. Behavioral Sciences & the Law 15/4 (1997 г.), 439-57.

89 A guide for the management of dual diagnosis for prisons. Department of Health, London [Ръководство за управление на двойни диагнози в затвора, Департамент по здравеопазване, Лондон] (2009 г.)

- Опиотично зависимите пациенти, които пристигат в затвора с тежки психиатрични проблеми, трябва да бъдат стабилизирани – вместо детоксицирани – в продължение на поне две седмици. Бързата детоксикация следва да се избягва.
- Абстиненцията при оттеглянето на бензодиазепиновите препарати може да доведе до появата на психотични симптоми; пациентите с анамнеза за мисловно разстройство може би са по-уязвими в това отношение. Необходим е период на стабилизация, преди да се обмисли евентуално по-нататъшно намаляване на дозите диазепам. При оттеглянето на бензодиазепини може да се появи тревожност и склонност към себеувреждане. Тези пациенти също може да са показани за стабилизация, следвана от по-бавно намаляване.
- Оттеглянето на стимулиращи препарати може да причини краткотрайна, но дълбока депресия. Овладяването ѝ може да отнеме от една седмица до няколко месеца в зависимост от това как централната нервна система се адаптира към променящата се химическа среда. Има вероятност през този период лишеният от свобода да е в увеличен риск от самоубийство или себеувреждане. Освен това употребата на стимуланти може да причини психотичен епизод („амфетаминова психоза“). Обикновено този проблем се решава със спиране на стимуланта, сън и хранене. Важно е също така да се отбележи, че стимуланти често се употребяват от тези, които страдат от хронична скука или имат висок праг на стимулиране, а такива случаи се срещат често сред лицата с личностно разстройство, по-конкретно тези с гранично или антисоциално личностно разстройство. Следователно, важно значение за планирането на лечението е идентифицирането на обуславящото личностно разстройство.

Включването на лица с двойна диагноза в групово лечение трябва да бъде обмисляно внимателно. Много хора с тежки психиатрични затруднения са имали травматично детство и неотдавнашни прояви. Вероятно е те да изпитат и известни затруднения със социализацията. Тези съображения са особено важни при хората с личностно разстройство. Следователно, внимателното и цялостно оценяване и психологическо определяне са важни при вземането на решения за групово или индивидуално лечение.

2.8 Лишени от свобода с личностни разстройства

Понятието „личностно разстройство“ се използва за описването на проблемни начини за справяне с ежедневиия живот, със себе си, с околните и със света. Счита се, че личностното разстройство е резултат от взаимодействието между генетични фактори, околната среда и нарушения в развитието през ранна възраст.

Личностните разстройства са често явление в обществото. Съгласно епидемиологични оценки, при 5 до 13 % от хората се наблюдават проблеми, които отговарят на диагностичните критерии за личностно разстройство. Епидемиологични проучвания сочат също така, че 20–50 % от хората с личностни разстройства злоупотребяват с психоактивни вещества и 5–30 % от лицата, регистрирани от компетентните служби като злоупотребяващи с вещества, са диагностицирани с личностно разстройство.

Сред пациентите на затворническата здравна служба винаги има определен брой дебалансиранни, маргинални индивиди с история на фамилни травми, трайна наркозависимост, конфликти с властите и други социални несгоди. Някои от тях са склонни към насилие или самоубийство, или се характеризират с неприемливо сексуално поведение, и през по-голяма част от времето са неспособни да се контролират или да се грижат за себе си. Проучвания в затворите показват, че 50–78 % от затворниците са с установени личностни разстройства⁹⁰. Лишените от свобода с личностно разстройство представляват предизвикателство. За относително малък брой страдащи, най-тежките форми на това разстройство се свързват със значителен риск от себеувреждане или увреждане на други. Тези извършители на престъпления имат много сложни психологични потребности, които

⁹⁰ Coid J. и Yang M., “Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain” [Разпространение и разпределение на личностните разстройства във Великобритания]. *British Journal of Psychiatry* 188 (2006 г.), 423-31; Linehan M., Schmidt H. и съпр. “Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence” [Диалектична поведенческа терапия за пациентите с гранично личностно разстройство и наркозависимост]. *American Journal on Addictions* 8/4 (1999 г.), 279-92; Nace E., Davis C. и Gaspari J., “Axis II comorbidity in substance abusers” [Съпътстващи заболявания по ос II на DSM-IV при злоупотребяващи с вещества]. *American Journal of Psychiatry* 148 (1991 г.), 1182-0; Singleton N., Meltzer H. и съпр., *Study of psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales*. Office for National Statistics, London (1998) [Проучване на психиатричната заболяемост сред затворниците в Англия и Уелс. Лондон, Национална статистическа служба (1998 г.)].

създават предизвикателства, свързани с управлението, лечението и поддържането на безопасна работна среда.

Някои специализирани отделения са доказали своята способност да овладяват най-трудните извършители на престъпления по безопасен и конструктивен начин, и да прилагат висококачествени терапевтични подходи. Данните в това отношение започват да показват значително намаляване на броя на осъдителните присъди и инцидентите с насилие. Разработени са ръководства за управление и лечение на личностни разстройства⁹¹, които са полезни при планирането на грижите за тези категории лишени от свобода. Акцентът трябва да е върху намаляването на наказуемите деяния, насилието, агресията и злоупотребата с вещества.

Лицата с психопатия и тези, които отговарят на критериите за опасно и тежко личностно разстройство, са малка част от хората с антисоциални личностни разстройства. Те обаче представляват особено голям риск за увреждане на други и поглъщат значителна част от ресурса на социалните служби. Различни видове интервенции, като например когнитивни и поведенчески, могат да са насочени към намаляването на наказуеми и други антисоциални прояви. Такива интервенции следва да са адаптирани към разглежданата група чрез съчетаване на допълващи се индивидуални и групови сесии, да са по-продължителни и да се подпомагат от редовно проследяване и внимателно наблюдение.

Фармакологичните интервенции не бива да се използват рутинно за лечението на личностни разстройства или на свързаните с тях прояви на агресия, ярост и импулсивност. Могат да са необходими обаче фармакологични интервенции за съпътстващи психиатрични разстройства, по-конкретно депресия и тревожност. При започването и прегледа на медикаментозното лечение на съпътстващи психиатрични разстройства особено внимание следва да се обръща на спазването на предписаните режими и на рисковете от злоупотреби и свръхдоза.

91 NICE Clinical Guidelines: Antisocial personality disorder: treatment, management and prevention. NHS (2009); NICE Clinical Guidelines: Borderline personality disorder: the NICE guideline on treatment and management. British Psychological Society/Royal College of Psychiatrists [Клинично ръководство на NICE: Антисоциално личностно разстройство: лечение, управление и превенция, Национални здравни служби, 2009 г. и Клинично ръководство на NICE: Гранично личностно разстройство: Управление и лечение, Британско дружество по психология и Кралска колегия на психиатрите, 2009 г.]

Лечението на съпътстващото психиатрично разстройство е от първостепенно значение и трябва да се провежда независимо от това дали лицето провежда лечение за личностно разстройство, тъй като ефективното лечение на съпътстващите разстройства може да намали рисковете, свързани с психопатии или опасни и тежки личностни разстройства.

Персоналът, работещ с хора, страдащи от антисоциални личностни разстройства, трябва да съзнава, че позитивният и насърчителен подход има по-големи шансове за успех от наказателния подход при убеждаването на тези лица да започнат лечение и да не се отклоняват от него. Персоналът трябва да разглежда вариантите за лечение в атмосфера на надежда и оптимизъм, обяснявайки, че възстановяването е възможно и постижимо. Той трябва да изгражда взаимоотношения на доверие, да работи открито, ангажирано и непредубедено, и да бъде последователен и надежден. Персоналът, работещ с такива пациенти, трябва да е обект на подходящо обучение, подкрепа и надзор, за предпочитане от структури извън отделението. Това помага за справяне с емоционалния натиск и за предотвратяване на явлението, известно като „прегаряне на персонала“.

ГЛАВА 3

ПРЕДОТВРЯВАНЕ НА РАЗПРОСТРАНЕНИЕТО НА ХИВ/ СПИН И НА ХЕПАТИТ ТИП В И С В ЗАТВОРА

3.1 Епидемиологичен фон

Докато през последното десетилетие в световен мащаб се наблюдава намаляване на броя на новите ХИВ инфекции и на смъртните случаи, свързани със СПИН, през същия период в Източна Европа и Централна Азия броят на новите ХИВ инфекции и на свързаните със СПИН смъртни случаи е нараснал с повече от 25 %. Броят на заразените с ХИВ в този регион се е утроил в сравнение с 2000 г., като основен двигател на епидемичната динамика е предаването между хора, които си инжектират наркотици – поне една четвърт от приблизително 3,7 милиона души, които по експертни оценки си инжектират наркотици, са заразени с ХИВ⁹². Съгласно експертни данни, делът на заразените с вирус на хепатит С сред употребяващите инжектируеми наркотици е 40 до 90 %⁹³.

Затворническото население в много страни се увеличи в резултат на интензифицираните действия на правоприлагащите органи срещу доставянето, притежаването или употребата на незаконни препарати, а заедно с това нарасна и броят на лишените от свобода, които консумират наркотици или си инжектират такива. До 30 % от затворниците са си инжектирали наркотици по едно или друго време. Това е и основната причина за високата заболяемост от ХИВ и хепатит В и С – при лишените от свобода тя до 30 пъти по-висока от тази сред останалото население в съпоставима възраст. Следователно затворите трябва да бъдат разглеждани като епидемиологични епицентрове на парентерално пренасяни зарази като предаваните по кръвен и/или полов път инфекции, по няколко причини:

- В затворите има концентрация на хора, чието поведение е риско-

92 UNAIDS: *Report on the global AIDS epidemic 2010* [Доклад за глобалното разпространение на СПИН през 2010 г.] (ноември 2010 г.).

93 EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) [Европейски център за наблюдение на наркотиците и наркоманиите].

во за инфекции вследствие на употребата на интравенозни наркотици (УИН) поради общото ползване на инструменти за инжектиране или татуиране и безразборния секс без предпазни средства. Епидемията от ХИВ в затворите се дължи основно на УИН, но би било грешка, ако се пренебрегне предаването по полов път.

- В затвора тези рискови видове поведение продължават, възобновяват се или започват често пъти в условия по-рискови от тези сред останалото население, затова предавания на зарази и дори епидемии от зарази са възниквали и продължават да възникват⁹⁴.
- Мерки за превенция и за намаляване на вредите се прилагат трудно и често не са налични в затвора.
- В условията на затвора диагностичните мерки и лечения, насочени към намаляване на вирусния товар, често са недостатъчни, по-ограничени в сравнение с тези сред останалото население или изобщо липсват.

Освободени затворници, които са били заразени по време на престоя им в затвора, могат – в много случаи дори без да знаят – да пренесат своята инфекция сред общността. Честото влизане и излизане от затвора, типично за осъдените потребители на наркотици, повечето от които изтърпяват кратки, но повтарящи се присъди лишаване от свобода, увеличава този риск за общественото здраве.

3.2 Международни документи

Неосигуряването на достъп до основни превантивни и терапевтични мерки, равностойни на тези за останалото население, представлява нарушение на здравите права на лишените от свобода и противоречи на международноправни актове като Международния пакт за икономически, социални и културни права и Европейската социална

⁹⁴Jürgens R., Nowak M. и Day M: “HIV and incarceration: prisons and detention” [ХИВ и лишаване от свобода: Затвори и места за задържане]. *Journal of the International AIDS Society* 14:26 (2011 г.); WHO/UNODC/UNAIDS: *Interventions to address HIV in prisons: comprehensive review, Evidence for Action Technical Paper* [Интервенции срещу ХИВ в затворите: Комплексен преглед – технически документ с доказателства за действие] (Женева, 2007 г.); WHO Europe: *Policy guidance on HIV in prisons* [СЗО Европа – насоки относно политиките, насочени към ХИВ в затворите]: www.euro.who.int/en/healthtopics/communicablediseases/hiv/aids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons.

харта⁹⁵. Редица препоръки, правила, декларации и резолюции на Съвета на Европа и други международни органи подчертават задължението на пенитенциарните власти да осигурява превантивни здравни грижи, особено срещу епидемии на ХИВ и хепатит С в затвора⁹⁶.

При неотдавнашни посещения по страни КПИ установи сериозни недостатъци по отношение на мерките за предотвратяване на разпространението на ХИВ/СПИН и хепатит С⁹⁷. Превантивните мерки срещу разпространението на ХИВ/СПИН и хепатит С в затворите могат да бъдат обобщени в четири стъпки: подобряване на нагласите и познанията, ограничаване на предлагането и търсенето на наркотици, ограничаване на вредите и медицински мерки.

3.3 Подобряване на нагласите и познанията

Приемане на реалностите, считани за табу

Навсякъде по света, пенитенциарните власти и политиките не са склонни да осъзнаят и признаят факта, че в затвора има наркотици, употреба на наркотици и сексуални действия, поради опасения, че обществото ще ги счете за виновни и отговорни за този факт. Докато обаче тези реалности остават табу, прилагането на подходящи мерки срещу предаването на вируси в затвора ще бъде трудно и дори не-

95 Член 12 от Международния пакт за икономически, социални и културни права, член 11 от Европейската социална харта.

96 СЗО Европа: Насоки относно политиките, насочени към ХИВ в затворите: www.euro.who.int/en/healthtopics/communicable-diseases/hiv/aids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons; КМ: Пенитенциарни и криминологички аспекти на контрола на трансмисивни заболявания, включително СПИН и свързаните проблеми в затвора. Препоръка R (1993) 6; КМ: Етични и организационни аспекти на здравеопазването в затвора, Препоръка R (1998) 7; Стандарти на СРТ от 2002 г. (ред. 2011 г.); UNAIDS/ UNODC/ WHO: Превенция, грижи, лечение и подкрепа в условията на затвора: Рамка за ефективен национален отговор (Ню Йорк, 2006 г.); СЗО Европа: Ръководство на СЗО по инфекции с ХИВ и СПИН в затворите (Женева, 1993 г.); Møller L. и сътр.: Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health [Здравеопазване в затворите: Ръководство на СЗО относно основните принципи на здравеопазването в затвора] (Женева, 2007 г.); Международна организация „Penal Reform International“: Декларация от Дъблин относно ХИВ/СПИН в затворите в Европа и Централна Азия (Дъблин, 2004 г.); Световна медицинска асоциация: Декларация от Единбург относно условията в затворите и разпространението на туберкулоза и други предавани заболявания (Единбург 2000 г., ред. Монтевидео 2011 г.); UNODC: Превенция на СПИН и обгрижване в затвори и други заведения от затворен тип: комплексен пакет от интервенции, политическо резюме (Виена, 2012 г.).

97 СРТ/Inf (2009)1; (2009)35; (2010)33; (2011)20; (2011)29; (2012)4; (2012)32.

възможно. Политиците и обществеността трябва да научат, че предотвратяването на разпространението на ХИВ, хепатит С и други инфекции в затвора е важно не само за здравето на лишените от свобода – въпрос, който обикновено не е от особен политически приоритет, – но и за обществено здраве като цяло. Молдовският модел за размяна на игли и спринцовки в затвора – един впечатляващ и извънреден пример на добра практика за предотвратяването на разпространението на тези инфекции – стана възможен едва след като властите и по-късно обществеността приеха тези реалности. Това е един добър пример за ефективна политика, необходима за въвеждането на нови стратегии⁹⁸.

Алтернативи на лишаването от свобода

Изчерпването на всички налични алтернативи преди лишаването от свобода на наркозависими извършители на престъпления навярно е най-ефективната стратегия за предотвратяването на разпространението на парентерални трансмисивни инфекции в затвора. Съществуват значителни разлики между отделните държави по отношение на наказанията за употребата и притежаването на незаконни препарати за лични цели. Предвид високия риск от предаване на инфекциите, сериозно внимание следва да обърне на отрицателните психологически ефекти от лишаването от свобода, особено на наркозависими младежи, липсата на подходящи условия за лечение и възстановяване на наркозависими в затворите, правната уредба и съдебната практика, особено по отношение на лишаването от свобода на наркозависими извършители на престъпления. Всички възможни алтернативи на лишаването от свобода за множеството леки престъпления, извършени от употребяващи наркотици, следва да бъдат вземани предвид на всички етажи от системата за наказателно правосъдие – полицейско разследване, досъдебна, съдебна и следсъдебна фаза. Необходимо да се търсят и разнообразни алтернативи на затвора, включително дивергенция, алтернативни санкции, условно освобождаване, съчетани с лечение в общността⁹⁹.

98 Prison Needle Exchange: Lessons from a comprehensive review of international evidence and experience, [Размяна на игли в затвора: Поуки от всеобхватен преглед на международни доказателства и опит, Canadian HIV/AIDS Legal Network [Канадска юридическа мрежа по ХИВ/СПИИ]] (2006 г.).

99 UNODC: From coercion to cohesion: treating drug dependence through health care not punishment

Образование и обучение

В съответствие с принципите на здравеопазване в затвора¹⁰⁰ програмите за непрекъснато образование и обучение по ХИВ/СПИН и хепатит В и С следва да включват всички в затвора: лишени от свобода, персонал, администрация и лица с рисково поведение или без такова поведение. Програмите следва да включват информация за етиологията и патогенезата на съответните инфекциозни заболявания, тяхното протичане, симптоматика, диагностициране и лечение, и особено пътищата и средствата за предаване, начините, по които тези заболявания не се предават, мерки за предпазване на себе си и на другите, мерки за ограничаване на вредите и действия след евентуална експозиция. Те трябва да включват също и покана за доброволно конфиденциално съветване и изследване. Информацията относно мерките за ограничаване на вредите и за изследванията обаче е превантивна единствено ако тези мерки са осигурени и достъпни в затвора. Програмите за обучение трябва да са съобразени с високите нива на неграмотност, когнитивни затруднения и езикови пречки сред затворническата популация. При определяне на честота на редовните мероприятия за образование и обучение по този въпрос следва да се взема предвид текучеството на затворници и персонал, както и важността от постоянното поддържане на познанията и осведомеността по тази тема.

Наред с предоставянето на информация индивидуално, лице в лице, по време на медицинските консултации при постъпване (вж. „Медицинска консултация при постъпване“ по-горе), задължение на здравните специалисти е да гарантират, че програмите за образование и обучение по превантивно здравеопазване се организират и с подкрепата на затворническата администрация. Те могат и трябва да разчитат на опита, средствата и инструментите, които много неправителствени организации притежават за образование по ХИВ/СПИН

[От принуда към кохезия: Лечение на наркозависимост чрез грижи за здравето, а не чрез наказаниа], Дискусионен документ за научен семинар, 2830 октомври 2009 г. (Виена, 2010 г.); EMCDDA: Alternatives to imprisonment — targeting offending problem drug users in the EU [Алтернативи на лишаването от свобода – мерки в ЕС срещу проблемни извършители на престъпления, употребяващи наркотици] (Лисабон, 2005 г.).

100 Møller L. и съпр.: Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health [Здравеопазване в затворите: Ръководство на СЗО относно основните принципи на здравеопазването в затвора] (Женева, 2007 г.).

и хепатит В и С, и да полагат усилия, за да убедят затворническите администрации да търсят помощта на НПО в това отношение.

Могат и трябва да бъдат прилагани разнообразни методики за обучение: индивидуална работа, групови дискусии, ролеви игри, театрални сценки следвани от дискусия, листовки, филми и други аудио-визуални инструменти. Образованието между свои изглежда особено ефективно сред употребяващите инжектируеми наркотици. Неразделна част от образованието следва да е приканването за скрининг чрез VCCT (доброволно конфиденциално съветване и изследване).

3.4 Ограничаване на предлагането и търсенето на наркотици

Важността на интензивните проверки и обиски за предотвратяване на снабдяването с наркотици в затвора е извън съмнение. Поради големия брой наркозависими лишени от свобода, затворите са любим пазар на незаконни вещества и затова върху субкултурите и неформалните властови структури в много затвори по света господстват интересите на този нелегален пазар. Реалността показва, че проверките и обиските не могат изцяло да премахнат наркотиците от затвора. Съществува и тезата, че само обиските, ако не са придружени от други превантивни мерки, дори могат да навредят на превенцията на разпространяването на парентерални трансмисивни инфекции: наркотици, разфасовани в миниатюрни опаковки, могат лесно да преминат „през стените“ на затвора в сравнение с по-обемистите инструменти за инжектиране. Резултатът е снабдяване с наркотици без съответстващо снабдяване с инструменти за инжектиране, което на свой ред води до многократно и общо използване на немногото средства за инжектиране, чрез което се предават и вирусите. Както и в обществото, добре балансираната политика, почиваща върху четири стълба – правоприлагане, превенция, ограничаване на вредите и лечение, – може ефективно да намали рисковете от употребата на наркотици в затвора и съответно да предотврати разпространението на трансмисивни заболявания чрез инжектирането на наркотици.

Следва да се има предвид, че в съответствие с принципите на медицинската етика и международните препоръки, здравните специалисти, които се грижат за лишени от свобода, в никакъв случай не могат

да участват в проверки, обиски, телесни претърсвания или изследвания за наркотици, провеждани по съображения за сигурност, защото в противен случай ще загубят доверието на своите пациенти¹⁰¹. Тези действия са задължение единствено на персонала по сигурността. Ако е необходим лекар за претърсвания на интимни части от тялото, той трябва да е специалист от общественото здравеопазване или лекар, който не участва в обгрижването на лишения от свобода.

Свободни от наркотици отделения в затвора

В някои страни са въведени свободни от наркотици зони или отделения в затворите, в които лишения от свобода дават съгласие за чести изследвания на урина за доказване, че са свободни от наркотици, в замяна на привилегии и/или по-добри битови условия в сравнение с общите отделения в затвора. Лишения от свобода с положителни резултати от изследванията незабавно биват връщани в общите отделения. Тази комбинация от стимулираща мотивация и наблюдение/контрол е доказала своята ефективност за предотвратяване на търсенето и предлагането на наркотици, укрепване на самостоятелността на лишения от свобода, ограничаване на конфликтите и подобряване на условията за работа на персонала. Тя е подходяща само за лишени от свобода, които са силно мотивирани да не докосват наркотици, докато изтърпяват своето наказание¹⁰².

Програми за заместващо лечение

Заместващо-поддържащото лечение с орални опиоиди е не само най-ефективното и най-добре документираното лечение на опийна зависимост – и поради това считано за най-съвременното лечение на употребяващите инжектируеми опиати, – а и една от най-мощните превантивни мерки срещу разпространението на ХИВ/СПИН и хепатит В/С. То намалява потребността от рисковите интравенозни опиати, стабилизира пациентите, създавайки условия да преминат допъл-

101 КМ: *Етични и организационни аспекти на здравеопазването в затвора, Препоръка № R (1998) 7; Стандарти на КПИ от 2002 г. (ред. 2011 г.); Световна медицинска асоциация: Заявление относно телесното претърсване на затворници, Будапеща (1993, ред. 2005)*

102 EMCDDA: *Best practice portal: Drug free zone in Hirtenberg prison [Портал на EMCDDA за най-добри практики: Свободна от наркотици зона в затвор „Хиртенберг“] (2001), на следния адрес: www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=57&tab=overview.*

нително психотерапевтично лечение, и помага за задържането им във формите на психосоциалното лечение¹⁰³.

В съответствие с принципа на еквивалентност на грижите, който се прилага както за терапевтичното, така и за превантивното здравеопазване¹⁰⁴, във всички страни, където опийно-заместващи програми се прилагат сред населението, такива програми трябва да са налични и в затвора. Това е изключително важно не само по етични, а и по безспорни клинични и превантивни съображения: прекъсването на опийното заместване води до опийно-абстинентен синдром през уязвимата фаза от срока на лишаване от свобода и увеличава риска от възобновяване на употребата на интравенозни наркотици. Като правило рискът от предаване на вируси в затворническа среда е много по-голям от този сред останалото население. Освен това, доказано е, че опийното заместващо-поддържащото лечение в затвора намалява значително високата смъртност сред употребяващите наркотици през първия ден след освобождаването им от затвора¹⁰⁵.

Поради всички горепосочени фактори поне 26 държави в Европа са въвели опийно-заместващи програми в затворите, а в седем европейски страни над 10 % от всички лишени от свобода преминават такова опийно-заместващо лечение¹⁰⁶. Най-често използваният заместващ препарат е метадон, но се прилагат и други орални опиоиди. Натрупан е вече богат опит, включително подробни ръководства за провеждането на опийно-заместващи програми в затвора¹⁰⁷. Независимо от това, в свои неотдавнашни доклади за посещения по страни КПИ подчертава, че в няколко пенитенциарни системи в Европа

103 WHO/UNODC/UNAIDS: "Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention", position paper [позиционен документ Заместващо-поддържащо лечение при управлението на опиоидни зависимости и превенцията на ХИВ/СПИН] (2004).

104 Стандарти на КПИ от 2002 г. (ред. 2011 г.).

105 СЗО Европа, Превенция на смъртността поради остра употреба на наркотици сред затворнически популации в периода непосредствено след освобождаване (Женева, 2010).

106 EMCDDA, 2010 г.

107 WHO Europe: WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons [СЗО Европа: Ръководство на СЗО относно инфекциите с ХИВ и СПИН в затворите] (Женева, 1993); Møller L. и съпр.: Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health [Здравеопазване в затворите: Ръководство на СЗО относно основните принципи на здравеопазването в затвора] (Женева, 2007); Kastelic A., Pont J. и Stöver H: Opioid substitution treatment in custodial settings: a practical guide [Опиоидно-заместващо лечение в условия на лишаване от свобода: Практическо ръководство] (Олденбург, 2009).

все още трябва да бъде направено много по изпълнението на тази важна стратегия за превенция¹⁰⁸.

Психотерапевтичното лечение и психосоциалните грижи могат да помогнат за намаляването на потребността от наркотици сред употребяващите инравенозни опиати, особено в съчетание с опiatно-заместващо лечение, и съответно за предотвратяване на разпространението на кръвни вирусни заболявания, особено поради това, че съвременните концепции за психотерапевтично лечение акцентират не толкова върху пълното въздържание, колкото върху ограничаването на вредите.

3.5 Ограничаване на вредите от рисково поведение

Видно от наличните данни, не е реалистично да се очаква, че мерките за сигурност в затвора могат да сложат край на рисковото поведение, свързано с разпространението на ХИВ/СПИН и хепатит В и С. Доказано е също така, че рисковото поведение в затворнически условия може дори да увеличи рисковете за цивилното население, затова мерките за ограничаване на вредите в затвора и тези извън затвора са еднакво важни¹⁰⁹.

Ограничаване на рисковете при употреба

Информираността и образованието по рисковете от предаване на вируси на ХИВ и хепатит В и С чрез общо ползване на замърсено

108 CPT/Inf (2011)3; (2011)20; (2011)29; (2012)4; (2012)9; (2012)17; (2012)32.

109 СЗО Европа: Политика по отношение на ХИВ/СПИН в затвора; Jürgens R., Nowak M. и Day M.: "HIV and incarceration: prisons and detention" [ХИВ и лишаване от свобода: затвори и места за задържане]. *Journal of the International AIDS Society* 14:26 (2011 г.); WHO/UNODC/UNAIDS: *Interventions to address HIV in prisons: comprehensive review, Evidence for Action Technical Paper* [Интервенции срещу ХИВ в затворите: Комплексен преглед – технически документ с доказателства за действие], (Женева, 2007); КМ: Етични и организационни аспекти на здравеопазването в затвора, Препоръка R (1998) 7; Стандарти на КПИ от 2002 г. (ред. 2011 г.); UNAIDS/ UNODC/WHO: Превенция, грижи, лечение и подкрепа в условията на затвора: Рамка за ефективен национален отговор; СЗО Европа: Ръководство на СЗО относно инфекциите с ХИВ и СПИН в затворите (Женева, 1993); Møller L. и сътр.: *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health* [Здравеопазване в затворите: Ръководство на СЗО относно основните принципи на здравеопазването в затвора] (Женева, 2007 г.); Световна медицинска асоциация: Декларация от Единбург относно условията в затворите и разпространението на туберкулоза и други предаваеми заболявания; UNODC: Превенция на СПИН и обгрижване в затвори и други заведения от затворен тип: комплексен пакет от интервенции, политическо резюме (Виена, 2012).

инжекционно оборудване са предпоставки за намаляване на риска при употребата на наркотици. В опит да постигнат най-силен ефект с минимална доза, повечето прирастени към опиати затворници избират интравенозния път – поведение, което се подава на ефективно ограничаване чрез заместващо лечение с подходящи дози орални опиоиди. Това означава, че заместването с орални опиоиди е мярка за намаляване на потребността от незаконни опиати и представлява по-безопасна употреба на опиати. В затворите, където стерилни средства за инжектиране не са налични (вж. „Програми за размяна на игли и спринцовки“ по-долу), лишението от свобода следва да имат достъп поне до дезинфектанти заедно с информация как да изплакват и дезинфектират инжекционното оборудване, за да намалят риска от предаване. Трябва обаче да се обясни, че дезинфекцията е всичко друго, но не и безопасна употреба и единственият начин да се избегне предаването е изобщо да не се използват замърсени инструменти. Когато за дезинфектант се използва домакинска белина (5,25 % натриев хипохлорит), тя трябва да е прясна и неразредена, за да има някакъв ефект¹¹⁰.

Програми за размяна на игли и спринцовки

Съществуват убедителни доказателства, че програмите за размяна на игли и спринцовки сред населението реално водят до намаляване на инфекциите с ХИВ сред употребяващите инжектируеми наркотици (УИН); те са икономични и нямат нежелани отрицателни последици¹¹¹. Философията на тези програми не са ограничаване до предоставянето на стерилно оборудване за инжектиране на УИН, а обхваща безопасното обезвреждане на замърсени инструменти за инжектиране, което е също толкова важно. Както бе посочено по-горе, в съответствие с принципа на еквивалентност на грижите, който се прилага по причини, свързани както с превантивното здравеопазване¹¹², така и

110 CDC: *Syringe disinfection for injection drug users* [Дезинфектиране спринцовки за употребяващи инжектируеми наркотици] (Атланта, Джорджия, 2004 г.).

111 WHO Europe: *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users, Evidence for Action Technical Paper* [СЗО Европа: Ефективност на програми за размяна на игли и спринцовки за намаляване на инфекциите с ХИВ/СПИН сред употребяващи инжектируеми наркотици – технически документ с доказателства за действие] (Женева, 2004 г.).

112 Стандарти на КПИ от 2002 г. (ред. 2011 г.).

със сериозните епидемиологични потребности, в страните, където програми за размяна на игли и спринцовки и за опиятно-заместващо лечение се прилагат за населението, такива програми трябва да са налични и в затворите.

През 2012 г. е имало 74 затвора в осем държави (както с добре финансирани, така със сериозно недофинансирани пенитенциарни системи) – Швейцария, Германия, Испания, Република Молдова, Киргизстан, Румъния, Люксембург и Таджикистан), – които са осъществявали програми за размяна на игли и спринцовки в затвори за мъже и жени с всякакви режими и големини, като в няколко страни тези програми продължават повече от 10 години. Използват се различни начини за раздаване и събиране на приборите за инжектиране: здравни специалисти, персонал на НПО, автомати или грижливо подбрани затворници. Въпреки това разнообразие от методи, резултатите от програмите са забележително сходни. Подобро е здравословното състояние на затворниците, ограничено е общото ползване на игли и са стихнали опасенията от насилие. Едновременно с това липсват данни за увеличаване на употребата на наркотици или за други отрицателни последици¹¹³. В страните с голямо разпространение на ХИВ при употребяващи наркотици сред затворническото и цивилното население, прилагането на програми за размяна на игли и спринцовки в затворите трябва да се разглежда като въпрос от първостепенна важност¹¹⁴. Постигането на тази цел изисква лидерство и умения за убеждаване на обществеността в това, че този метод за ограничаване на вредите в затвора има важно значение за общественото здравеопазване.

Предотвратяването на други възможни причинители на кръвно пренасяни инфекции, които може да са разпространени в затворите, като например общото ползване и многократното използване на инструменти за татуиране и пиърсинг или на самобръсначки, или ри-

113 *Prison Needle Exchange: Lessons from a comprehensive review of international evidence and experience*, [Размяна на игли в затвора: Поуки от всеобхватен преглед на международни доказателства и опит], Canadian HIV/AIDS Legal Network [Канадска юридическа мрежа по ХИВ/СПИН] (2006 г.); WHO/UNAIDS/UNODC: *Guide to starting and managing needle and syringe programmes: needle and syringe programmes in closed settings* [Ръководство за започване и управление на програми за размяна на игли и спринцовки: Размяна на игли и спринцовки в заведения от затворен тип] (Женева, 2007 г.).

114 WHO/UNAIDS/UNODC: *Ръководство за започване и управление на програми за размяна на игли и спринцовки: Размяна на игли и спринцовки в заведения от затворен тип* (Женева, 2007 г.).

туалите за сключване на кръвни братства, също трябва да бъде предмет на програмите за образование и обучение и/или на подходящи разпоредби.

Предоставяне на кондоми и предотвратяване на сексуално насилие

Международни проучвания сред затворите сочат, че сексуални действия в затвора има по цял свят. Разбираемо, повечето сексуални контакти са еднополови, могат да бъдат по съгласие или по принуда (в принудителната среда на затвора често няма ясна граница) и 1–3 % от лишените от свобода стават жертви на изнасилване¹¹⁵. Рискът от предаване на ХИВ е най-голям при насилствените сексуални действия. От няколко години повечето западноевропейски страни предоставят кондоми в затвора и сега има недвусмислени доказателства, че затворниците използват кондоми, лубриканти и дентални презервативи в сексуалните си действия, ако тези средства са достъпни по лесен и анонимен начин, че раздаването на кондоми не увеличава сексуалната активност в затвора и – тъй като няма данни за отрицателни нежелани странични ефекти – че след като бъде въведено, раздаването на кондоми се приема от повечето затворници и служители¹¹⁶.

От друга страна, предоставянето на кондоми без ефективни политики за противодействие на сексуалното насилие определено е недостатъчно за предотвратяване на предаването на заболявания по полов път в затвора. Политиките за предотвратяване на сексуалното насилие трябва да включват недопускане на пренаселване, адекватно окомплектоване с персонал и наблюдение, нетърпимост към неформалните йерархии сред затворниците и структурни подобрения, които позволяват на персонала да защитава уязвимите затворници от

115 Jürgens R., Nowak M. и Day M.: “HIV and incarceration: prisons and detention” [ХИВ и лишаване от свобода: Затвори и места за задържане]. *Journal of the International AIDS Society* 14:26 (2011 г.).

116 WHO/UNODC/UNAIDS: *Interventions to address HIV in prisons: comprehensive review, Evidence for Action Technical Paper* [Интервенции срещу ХИВ в затворите: Комплексен преглед – технически документ с доказателства за действие], (Женева, 2007 г.); WHO/UNODC/UNAIDS: *Effectiveness of interventions to address HIV in prisons, Evidence for Action Technical Paper* [Ефективност на интервенциите срещу ХИВ в затворите – технически документ с доказателства за действие], (Женева, 2007 г.).

сексуално насилие.

В свои доклади от няколко посещения по страни КПИ изразява загриженост във връзка с непредоставянето на кондоми¹¹⁷ и недостатъчната защита на лишените от свобода от сексуално насилие¹¹⁸.

3.6 Превантивни медицински интервенции

Ваксинации

В съответствие с политическото резюме на Службата на ООН за борба с наркотиците и престъпността (UNODC) относно превенцията на СПИН и обгрижването в затвори и други заведения от затворен тип¹¹⁹, безплатното ваксиниране на лишените от свобода и персонала на затворите срещу хепатит В е препоръчително. Разумно е на пациентите с хроничен хепатит В или С да се предлага ваксинация срещу хепатит А, тъй като допълнителната инфекция с вирус на хепатит А може причини остра и фатална бъбречна недостатъчност.

Освен терапевтичен ефект, антивирусните лечения на ХИВ и хепатит В/С имат силен превантивен ефект благодарение на бързото намаляване на вирусния товар в лекуваните пациенти и съответно на вероятността те да станат причинители на инфекции.

Профилактика

Не толкова доказан, но много вероятен, е превантивният ефект на профилактиката след експозиция. Медицински консултации и профилактично лечение след експозиция трябва да са достъпни незабавно за жертвите на сексуално насилие, както и за затворници или служители на затвора след други неволни експозиции на инфекции с ХИВ или хепатит В/С. Затворите трябва имат стандартни оперативни процедури или инструкции, за да са подготвени за такива случаи¹²⁰.

117 CPT/Inf (2005)1; (2007)40; (2011)20.

118 CPT/Inf (2007)32; (2009)8; (2011)22; (2011)24; (2012)9.

119 UNODC: HIV prevention and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions [Превенция на СПИН и обгрижване в затвори и други заведения от затворен тип: Комплексен пакет от интервенции], политическо резюме (Виена, 2012 г.).

120 Пак там.

ГЛАВА 4

ДВОЙНАТА ЕПИДЕМИЯ: ХИВ/СПИН И ТУБЕРКУЛОЗА

Сред всички инфекциозни агенти най-големите убийци в световен мащаб са ХИВ/СПИН и туберкулоза (ТБ)¹²¹. Епидемията от ХИВ/СПИН, съпътствана от засилване на епидемията от ТБ, се нарича двойна или кръстосана епидемия не само заради съвпадането по време и място, а основно поради това, че двете епидемии и заболявания взаимно си оказват силно отрицателно въздействие. И двете заболявания са разпространени най-много в страните с ниски нива на доходите. На световната карта регионите, в които разпространението и заболеваемостта от ХИВ са високи, до голяма степен съвпадат с тези, където се наблюдават високи нива на разпространение и заболеваемост от ТБ. Около една трета от всички 34 милиона души, които живеят с инфекция от ХИВ, имат съпътстваща инфекция от ТБ и при тях вероятността да се разболеят от ТБ е почти 30 пъти по-голяма от тази при хората със здрава имунна система. Над половината от всички пациенти със СПИН имат проявления на туберкулоза, която е най-често срещаната сериозна опортюнистична инфекция при пациентите с ХИВ. Близко 25 % от смъртните случаи сред хората с ХИВ се дължат на ТБ¹²².

Освен това се появява един нов проблем – увеличаваща се лекарствена резистентност на ТБ, чиято основна причина е неправилното лечение на това заболяване. В източноевропейските страни над 10 % от новите инфекциозно болни са заразени с щамове на лекарствено-резистентни бацили, но този процент е разбираемо по-висок сред лекуваните пациенти, при които болестта рецидивира. Предишната стратегия на СЗО, известна като „DOTS“ – Directly Observed Treatment Short Course (кратък курс на лечение с непосредствено наблюдение) – трябваше да стане „DOTS Plus“ поради необходимостта от допълнителна и по-скъпа диагностична апаратура, съчетана с по-продължително лечение от втора линия, което има повече странични ефекти¹²³. Инфекциите/заболяванията от ХИВ/СПИН и ТБ имат много общи чер-

121 WHO Fact sheets [Тематични справки на СЗО], октомври 2012 г.

122 Пак там.

123 Пак там.

ти, въпреки напълно различните пътища за предаване.

- Двете заболявания са много по-чести сред населението в неравностойно положение, включително затворническата популация, където заболяемостта е много по-висока отколкото сред цивилното население. Заболеваемостта на ХИВ в затвора е до 25 пъти по-висока от тази сред населението като цяло, а от ТБ – до 100 пъти¹²⁴; затворите благоприятстват предаването както на ХИВ (вж. предходната глава), така и на ТБ; условия като пренаселване, лошо проветряване, слаба храна и недостатъчни или недостъпни медицински грижи имат ефект на „вентилатор“, способстващ за разпространението на ТБ в затвора; затворите са един вид туберкулозни резервоари, откъдето заболяването се нагнетява сред цивилното население чрез служители, посетители и недобре лекувани освободени затворници; а факторите, способстващи за разпространението на ТБ, способстват и за разпространението на лекарствено-резистентна ТБ¹²⁵. Следователно затворите трябва да се разглеждат като епицентрове на епидемията от ТБ, точно както и на епидемията от ХИВ/СПИН (както бе упоменато по-горе): затворите са епидемиологични епицентрове на двойната епидемия и този факт трябва да бъде осъзнат от обществеността.
- Движеща сила на туберкулозата е бедността, а пристрастяването към наркотици в много страни е основният причинител на инфекциите с ХИВ, които също са свързани с бедност и/или водят до бедност. И двете инфекции – ХИВ и ТБ – се придружават от социална стигматизация и задълбочаваща се маргинализация.
- Бързо нараства броят на пациентите, които са засегнати и от двете инфекции, а и при двете инфекции е налице засягане на Т-клетките и на медирания от тях **имунитет, поради което едната инфекция се влошава през клиничния ход на другата и обратно. Докато едва 10 % от носителите на ТБ с незасегнатата имунна система развиват проявления на болестта, вероятността от туберкулозни проявления при заразените с ХИВ е 30 пъти по-висока. Проблемът се изостря допълнително от обстоятелството, че**

¹²⁴ Уеб страница на СЗО: *Tuberculosis in prisons* [Туберкулоза в затвора], на адрес www.who.int/tb/challenges/prisons/en/.

¹²⁵ Пак там.

диагностицирането на ТБ при имунно-компрометирани лица е много по-трудно отколкото при тези с ненарушена имунна система поради по-ниската надеждност както на микроскопското изследване на хрчка за инфекциозна белодробна ТБ, така и на рентгеновото изследване поради голямото разпространение на извънбелодробна ТБ. Освен това комбинираното лечение с антиретровирусни препарати за ХИВ/СПИН и ТБ, особено лечението на лекарствено-резистентна туберкулоза, е трудно и изпълнено с предизвикателства поради многото лекарствени взаимодействия и нежелани странични ефекти, и може да не е толкова ефективно.

Съществуват няколко актуализирани ръководства за контрол на туберкулозата в затвора¹²⁶ и всички те предвиждат следното:

- контролът на ТБ в затвора и сред останалото население трябва да отговаря на едни и същи стандарти, да бъде организиран в тясно сътрудничество с обществените здравни власти, да бъде включен в Националната програма за борба с туберкулозата и да подлежи на същите изисквания за документиране, оценяване и контрол на качеството;
- подобряване на условията в затвора чрез недопускане на пренаселване и осигуряване на добра вентилация, достъп до слънчева светлина, достъп до здравни грижи, настаняване на лишените от свобода в малки отделения, добро хранене и упражнения на открито;
- програми за образование и опазване на здравето, насочени към ТБ;
- ранна диагностика (скрининг при постъпване, самонасочване, ак-

126 WHO: *Tuberculosis control in prisons: a manual for programme managers* [СЗО: Контрол на туберкулозата в затвора: Наръчник за ръководителите на програми] (Женева, 2000 г.), на адрес: WHO/CDS/TB/2001/.281; Møller L. и сътр.: *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health* [Здравеопазване в затворите: Ръководство на СЗО относно основните принципи на здравеопазването в затвора] (Женева, 2007 г.); USAID/TBCTA/ICRC: *Guidelines for control of tuberculosis in prisons* [Ръководство за контрол на туберкулоза в затворите] (2009 г.); CDC: *Morbidity and Mortality Weekly Report* [Заболеваемост и смъртност – седмичен доклад], 7 юли 2006 г. (Атланта, Джорджия, 2006 г.); CDC: *Prevention and control of tuberculosis in correctional and detention facilities: Recommendations from CDC* [Превенция и контрол на туберкулозата в изправителни заведения и места за задържане: Препоръки от CDC] (Атланта, Джорджия, 2006 г.).

тивно търсене на случаи);

- отделяне на инфекциозните пациенти и проследяване на техните контакти;
- ефективно стандартно лечение, стриктно спазване на протоколите „DOTS“ и/или „DOTS Plus“ на СЗО;
- непрекъсваемост на лечението след прехвърляне или освобождаване.

Няколко европейски страни все още не спазват тези изисквания за контрол на туберкулозата в затвора. В редица свои решения Европейският съд по правата на човека констатира нарушение на член 2 и/или член 3 от ЕКПЧ поради недостатъчно обгрижване на затворници с туберкулоза¹²⁷ и определя пренаселването, липсата на вентилация и естествена светлина в затворите като условия, които благоприятстват разпространението на туберкулоза и представляват унижително и нечовешко отношение. Във връзка с неотдавнашни посещения по страни¹²⁸ КПИ също изрази загриженост относно недостатъци при предотвратяването и лечението на ТБ в затворите.

Справянето с лекарствено-резистентна туберкулоза и с двойната епидемия от ХИВ/СПИН и ТБ изисква редица допълнителни мерки.

- Микроскопското изследване на храчка има ниска чувствителност за откриване на туберкулозни бактерии, а класическите методи с туберкулозни посеви дават резултат едва два месеца по-късно. За ранното и чувствително идентифициране на инфекциозна ТБ и на лекарствено-резистентна ТБ е необходимо колкото се може по-бързо да бъдат въведени нови технологии за бързо откриване на туберкулозни бактерии и видове резистентност¹²⁹. Това е особено важно в условия, където хората са в непосредствена близост, като затворите, поради необходимостта заразените и ле-

127 Melnik v. Ukraine 72286/01; Malenko v. Ukraine 18660/03; Vasyukov v. Russia 2974/05; Hummatov v. Azerbaijan 9852/05; Logvinenko v. Ukraine 13448/07; Makharadze и Sikharulidze v. Georgia 35254/07.

128 CPT/Inf (2007)42; (2010)12; (2010)27; (2010)30; (2012)24; (2011)26; (2011)29; (2012)17.

129 Small P. M. и Pai M: “Tuberculosis diagnosis – time for a game change” [Диагностициране на туберкулоза – време за смяна на играта]. *New England Journal of Medicine* 363 (2010 г.), 107071; Boehme C. C., Nabeta P., Hilleman D. и сътр.: “Rapid molecular detection of tuberculosis and rifampicin resistance” [Бързо молекулярно откриване на туберкулоза и резистентност към рифампицин]. *New England Journal of Medicine* 363 (2010 г.), 100515; WHO Global Tuberculosis Report 2012 [Глобален доклад на СЗО за туберкулозата за 2012 г.].

карствено резистентни пациенти с ТБ да бъдат незабавно отделяни и да започнат ранно лечение съобразно вида резистентност с цел ефективно прекъсване на предаването на болестта. Високочувствителни методи за откриване на туберкулозни бактерии се изискват и поради ниските бактериални концентрации в храчката на пациенти с инфекциозна ТБ, които са заразени и с ХИВ.

- Предвид високата честота на коинфекциите с ХИВ и ТБ и в съответствие с политиката на СЗО по отношение на двойната епидемия¹³⁰, необходимо е да се интензифицират мерките за идентифициране на пациенти с ХИВ сред идентифицираните пациенти с ТБ, както и диагностиката за ТБ на идентифицираните пациенти с ХИВ. Поради дългогодишната история на ТБ много страни и пени-тенциарни системи имат децентрализирани заведения за туберкулоза и централизирани за ХИВ в повечето случаи. За справяне с двойната епидемия настоятелно се препоръчва персоналът в съществуващите обществени и затворнически заведения за ТБ да бъде обучен как да образова пациентите си с ТБ по въпросите на превенцията на ХИВ/СПИН и на доброволното конфиденциално съветване и изследване за ХИВ. Освен това пациентите с положителни резултати от изследванията трябва да започват възможно най-скоро превенция с котримоксазол и да бъдат насочвани за антиретровирусно (АРВ) лечение.
- По същия начин следва да се интензифицират образоването на идентифицираните пациенти с ХИВ по превенцията на ТБ, контролът на туберкулозните инфекции и активното установяване на случаите на ТБ. За тези, които са изложени на туберкулозна инфекция или имат латентна туберкулозна инфекция, следва да се обмисли превантивно лечение с изониазид (INH) (при условие, че няма широко разпространение на INH-резистентни туберкулозни бактерии). Пациентите с ХИВ, които са диагностицирани с туберкулозна болест, трябва да започват незабавно лечение на ТБ в съответствие с резултатите от изследванията за медикаментозна чувствителност. Такива политики на пациентско ниво трябва да бъдат заложи в

¹³⁰ WHO policy on collaborative TB/HIV activities: guidelines for national programmes and other stakeholders [Политика на СЗО относно съвместните действия срещу ТБ/ХИВ: Насоки за национални програми и други заинтересовани страни] (Женева, 2012 г.).

стратегия за тясно сътрудничество и координация на проучването, планирането, финансирането и наблюдението на комбинирани програми за ХИВ и ТБ на международно, национално, регионално и институционално ниво. Националните програми за ТБ и за ХИВ/СПИН трябва да бъдат тясно свързани, а затворите – където двете заболявания от двойната епидемия са много по-чести в сравнение сред заболяемостта сред останалото население – трябва да бъдат включени в националните програми и инициативи за ХИВ/СПИН и ТБ¹³¹.

131 Пак там.

ГЛАВА 5

ПСИХОАКТИВНИ ПРЕПАРАТИ И МЕДИЦИНСКО УПРАВЛЕНИЕ НА ЛИШЕНИ ОТ СВОБОДА С НАРКОМАНИИ

5.1 Психоактивни препарати

Историята не познава култура, в която липсват психоактивни препарати. Тези препарати са били използвани по три начина: за религиозни или гадателски ритуали, като лекарства и за „рекреативни“ цели.

В старите култури познанията за психоактивните препарати и притежаването на такива препарати са били запазени за привилегированите прослойки – духовници, шамани и лечители (често едни и същи) – с властнически позиции в обществото. Достъпът и употребата на такива препарати от простолюдието са били считани за непокорство и наказвани от управниците. Това донякъде обяснява историята на регламентирането на психоактивните препарати и употребата на термините „законни/незаконни“ и „легални/нелегални“ по отношение на наркотиците.

От медицинска и социологическа гледна точка, употребата на което и да е психоактивно вещество създава рискове за здравето на индивида и за обществото. Следователно, необходима е нормативна уредба, която отчита тези рискове. В наши дни употребата на някои психоактивни препарати за рекреативни цели е приемлива в социално и правно отношение, като например тютюн и алкохол, и е регулирана в известна степен (на пътищата, на работното място, за непълнолетни). В отговор обаче на стремителното увеличение на производството, търговията, трафика и употребата на психоактивни препарати през XX век ООН прие три конвенции¹³², които установяват строго забранителен подход (за разлика от регулативния подход) към немедицинската употреба на психоактивните препарати, дефинирани като „незаконни упойващи вещества“. Подобна е уредбата на

132 Единна конвенция на ООН по упойващите вещества от 1961 г.; Конвенция на ООН за психотропните вещества от 1971 г., Конвенция на ООН за борба срещу незаконния трафик на упойващи и психотропни вещества от 1988 г.

психоактивните препарати в националните законодателства на повечето държави. Тези развития доведоха до драматично увеличение на присъдите за нарушаване на законите, забраняващи наркотиците, и съответно на броя на лишените от свобода след 60-те години на миналия век, но не постигнаха пълен контрол върху съществуването на черния нелегален пазар на наркотици с присъщото му насилие, анархия и силна динамика. Сега вече става ясно, че този подход не доведе до успех във „войната с наркотиците“ и е необходимо разработването пост-забранителен модел за регулиране на наркотиците¹³³.

Ако разгледаме списъка на социално приемливите („законни“) психоактивни средства (тютюн, алкохол, кофеин, в някои страни кхат, бетелови ядки и други вещества) и на незаконните упойващи вещества (опиати, кокаин, амфетаминови деривати, канабис, халюциогенни препарати, бензодиазепини и други), установяваме следното:

- социалната и юридическата допустимост на психоактивните препарати варира исторически (алкохолът е забранен в САЩ през 30-те години на миналия век) и географски (канабис се продава в Нидерландия, кхат е разрешен в Йемен, но не и в съседната Саудитска Арабия);
- социалната и юридическата допустимост на психоактивните препарати не зависи от величината на техните рискове за здравето: вредите за индивидуалното и общественото здраве и глобалната тежест на заболяванията, причинени от употребата на тютюн и алкохол, далеч надвишават здравните рискове, произтичащи от осаналите психоактивни вещества¹³⁴.

Психоактивните препарати обикновено се класифицират според тяхната химична структура и/или ефекта им върху централната нервна система, като между отделните категории има известно припокриване: етилов алкохол, никотин в тютюна, кофеин, успокоителни и хипнотични вещества, канабиноиди, опиати и опиоиди, кокаин, амфетамин и неговите производни, халюциогенни препарати и летливи вещества. С изключение на кофеина, хроничната употреба на всич-

133 Transform Drug Policy Foundation: *After the war on drugs: blueprint for regulation* [Фондация за трансформиране на политиката по отношение на наркотиците – След войната на наркотиците: План за нормативно уреждане], Бристол, 2009 г.

134 WHO: *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence* [СЗО: Неврология на употребата и зависимостта от психоактивни вещества] (Женева, 2004 г.).

ки вещества от горепосочените групи се свързва с неблагоприятни последици за здравето и с риск от развиване на зависимост. Освен това особена загриженост предизвиква едно бързо разрастващо се явление, а именно появата на нови синтетични психоактивни вещества на европейския черен пазар на наркотици¹³⁵.

Всички те действат, като се свързват със специфични рецептори в централната нервна система, които отговарят за активирането или инхибирането на невронна активност чрез сложни биохимични и електрохимични взаимодействия в синаптичните връзки. При многократната употреба на психоактивни вещества, рецепторната свръхрегулация и засилената индукция на ензими (необходими за разграждане на веществото) създават биохимичната основа на поносимостта.

Неврологията и съвременните изобразителни техники, които визуализират мозъчната дейност, показват, че три области на мозъка играят основна роля в отговора на психоактивните препарати и в развитието на зависимост: вентралната тегментална област, мезолимбичната допаминова система и мозъчната кора.

Всички психоактивни вещества провокират приятни усещания по същия начин и в същите области на мозъка, като стимулите, които са критични за оцеляването, например тези за хранене и възпроизвеждане. Измереното увеличение на нивата на допамин в мезолимбичната допаминова система – явяващо се биохимична реакция на всички неочаквани приятни усещания – е много по-голямо под въздействието на психоактивни вещества, отколкото под действието на естествени стимули, например приемането на храна. Мезолимбичната допаминова система играе и важна роля в емоционалната мотивация и в стимулирането на когнитивните процеси – механизъм, който в съчетание с настъпилата невронна реорганизация („синаптична пластичност“) за съответната кортикална (сетивна) и лимбична (емоционална) проекция, вероятно представлява биоповеденческа основа на зависимостта¹³⁶.

135 EMCDDA: *New drugs detected in the EU at the rate of around one per week, say agencies [В Европа откриват средно един нов наркотик седмично, твърдят службите], Информационен бюлетин № 2/2012 (26 април 2012 г.).*

136 WHO: *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence [СЗО: Неврология на употребата и зависимостта от психоактивни вещества] (Женева, 2004 г.).*

5.2 Зависимост от наркотици и пристрастяване към наркотици

Въпреки все по-ясното идентифициране на тези биологични реакции от неврологичната наука, не всеки потребител на психоактивни препарати става зависим от тези вещества или пристрастен към тях. Понятието „пристрастяване“ най-общо представлява компулсивно (на-трапливо) поведение, свързано не само с вещества, но и например с хазарт.

Зависимост

Освен химическата структура на веществото и неговите биологични реакции в мозъка, има редица други фактори, които способстват за развитието на наркотична зависимост или пристрастяване:

- роля могат да играят самото вещество, неговата наличност, доза, честота, както и продължителността и пътят на приемането му;
- ако употребяващият наркотици развие личностно разстройство, това може да повлияе дълбоко на вероятността от развитие на пристрастеност към веществото: счита се, че дефицитното развитие на егото, последвано от слаб контрол на свръхегото, са отговорни за липсата на личностна самостоятелност, водеща до поведение на оттегляне от конфликти и търсене на сурогатни решения като употреба на наркотици; личностните разстройства – често диагностицирани при наркозависими пациенти – и историите на малтретиране в детството вероятно допринасят за достигането до злоупотреба с вещества;
- други психиатрични коморбидности, като биполярни разстройства и шизофрени, често съпътстват употребата на наркотици и зависимостта от тях, и могат да окажат силно влияние върху развитието на наркотична зависимост. Известно е, че общото между психичните заболявания и зависимостта от наркотици е дисфункцията на мезолимбичната допаминова система;
- слабото образование, социалните и лични несгоди, социалната изолация, безработицата, липсата на перспективи за бъдещето и невъзможността за справяне с тези неблагоприятни условия правят хората (и особено младите хора) податливи на наркотична зависимост;

- свой „принос“ може да даде и социалната среда – културата и така наречената от нас „субкултура“ на употребяващите наркотици, която е изпълнена с кодекси за поведение и ритуали;
- все повече доказателства сочат, че генетичните фактори имат съществено влияние върху развитието на зависимост от вещества¹³⁷.

Следователно зависимостта от наркотици е многофакторно разстройство, произтичащо от сложни взаимодействия на индивидуални, психологически, социални и невробиологични фактори, които правят индивида, експониран на психоактивни препарати, податлив на развитието на тези персистиращи (трайни) неврофизиологични промени в мозъка, които са отговорни за наркотичната зависимост и затрудняват постигането на въздържание в кратък срок. Въз основа на тези трайни неврофизиологични промени зависимостта от вещества е хронично заболяване и както всички други хронични заболявания, като например диабет и хипертония, се характеризира с продължително протичане и чести рецидиви; тя може да бъде лекувана, но **рядко бива излекувана в кратък срок.**

Пристрастяване

Пристрастяването (адикция) се описва (но не и дефинира) като „монополизация на системата, отговаряща за вниманието, от адиктивни стимули“ или „продължително компулсивно поведение въпреки съзнаването на неговите неблагоприятни здравни и социални последици“. За разлика от тези описания, за зависимостта от наркотици съществуват много ясни диагностични критерии. Съгласно Международната класификация на болестите, ревизия 10 (МКБ-10), диагнозата „наркотична зависимост“ се поставя, ако са налице над три от следните елементи¹³⁸:

- силно желание или чувство на принуденост за приемане на веществото;
- трудности за контролиране на поведението, регулиращо приема на веществото, включително началото, прекратяването и нивата на употреба;

¹³⁷ WHO: *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence* [СЗО: *Неврология на употребата и зависимостта от психоактивни вещества*] (Женева, 2004 г.).

¹³⁸ СЗО: *МКБ, ревизия 10* (Женева, 2010 г.).

- състояние на физиологична абстиненция, когато приемът на веществото е прекратен или намален, видно от характеристичния абстинентен синдром за веществото;
- прогресивно загърбване на алтернативни удоволствия или интереси поради употребата на психоактивно вещество, увеличаване на времето, необходимо за получаване или прием на веществото или за възстановяване от неговите ефекти;
- персистираща употреба на веществото въпреки ясните доказателства за недвусмислено вредните последици.

Диагностичните критерии в американския Наръчник по диагностика и статистика на психичните разстройства (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV) по същество са същите с изключение на допълнителния елемент „персистиращо желание или неуспешни опити за намаляване и контролиране на употребата на веществото“¹³⁹.

Неблагоприятни последици

Неблагоприятните здравни последици, които причинява зависимостта от психоактивни препарати, включват острите и хроничните токсични ефекти на самия препарат, опасно или смъртоносно свръхдозироване, интоксикация, пътнотранспортни произшествия и хронична токсичност, основно заради употребата на алкохол и тютюн, но също хронични невропсихиатрични състояния, свързани с други групи вещества. Други отрицателни здравни последици са свързани с бедността и начина на живот, като например недохранване, полово предавани болести, туберкулоза и дентални проблеми, или с начина на прилагане на препарата, като кръвни трансмисивни инфекции с ХИВ/хепатит Б и С, бактериална **септицемия**, белодробни абсцеси, ендокардит и други при използваните интравенозни инжекции, или разрушаване на назалната лигавица при приемащите кокаин през носа и т.н.

От принудата, която изпитват наркозависимите, се възползва пазарът на упойващи вещества – легалният (за алкохол, тютюн) и в

¹³⁹ American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* [Американска психиатрична асоциация: Наръчник по диагностика и статистика на психичните разстройства (DSM)] (Вашингтон, окръг Колумбия, 1994 г.).

много по-голяма степен черният пазар на незаконни вещества, със съответните неблагоприятни социални последици. Поставянето на психоактивните препарати извън закона определено е в интерес на търговците и дилърите поради привлекателните печалби, позволяващи им да печелят бързо и много, и също така да тласкат зависимите от вещества хора, често вече изпаднали в неравностойно социално положение, към дългове, бедност, социална изолация, проституция, престъпност и накрая затвор.

В светлината на тези негативни последици на зависимостта от вещества и увеличаващия се брой зависими от вещества пациенти в много общества, независимо от „войната с наркотиците“ и хроничния характер на това разстройство, необходимо е да се подчертае важността на ефективните мерки за ограничаване на вредите, както бяха очертани в глава 3 относно превенцията на разпространението на ХИВ/СПИН и хепатит В и С в затворите.

5.3 Медицинско управление на лишените от свобода, пристрастени към наркотици

Както беше упоменато (вж. „Епидемиологичен фон“ по-горе), до 30 % от лишените от свобода имат история на проблематична употреба на наркотици или употреба на инжектируеми наркотици, и може да се предположи, че голяма част от тях отговарят на диагностичните критерии за наркотична зависимост или пристрастяване. За да посрещнат техните здравни потребности, медицинските специалисти в затвора трябва да ги идентифицират по време на медицинския преглед при постъпване, да познават видовете спешни случаи, които могат да възникнат с тези лица, да обръщат голямо внимание на тяхната особена уязвимост в затвора, да се интересуват какви мерки за ограничаване на вредите са налични в затвора, да предоставят подходящо лечение за зависимостта и своевременно да организират последващите грижи за тези пациенти след освобождаването им.

Ранното идентифициране от здравите специалисти на зависимите от наркотици извършители на престъпления по време на медицинския преглед при постъпване е особено важен за подготовката на лечението, за поддръжката в периодите на абстинентни синдроми и за

оценката на суицидният риск – проблеми, които обикновено възникват скоро след постъпването в затвора. Освен това, както бе изтъкнато в частта за медицинския преглед при постъпване, тази възможност следва да използва за предоставяне на информация и образование по кръвните инфекции сред зависимите от наркотици извършители на престъпления и за поканването им да участват в доброволно конфиденциално съветване и изследване за ХИВ и вирусен хепатит.

Спешните случаи при зависими от наркотици лица включват остри абстинентни състояния и – което се случва и в затворите – остри натравяния (интоксикации) с вещества. Абстинентните синдроми, особено след прекратяването на употребата на алкохол или бензодиазепин и понякога на опиати, могат да станат толкова животозастрашаващи, че да наложат интензивно лечение. Ако здравният екип в затвора няма необходимия опит или оборудване за такива случаи, трябва да се организира своевременно прехвърляне в подходящо болнично заведение, в противен случай се нарушава едно от човешките права на затворника, а именно правото на надлежно лечение¹⁴⁰. В това отношение трябва да се помни, че съвременното лечение на опиатните абстиненции е опиоидно-поддържана детоксикация, а „студената абстиненция“, т.е. без подходяща медицинска поддръжка, следва да се разглежда като малтретиране. Спешният екип на медицинския екип в затвора следва да бъде надлежно оборудван и освен общите животоспасяващи средства трябва да съдържа налоксон и препарати за детоксикация.

Уязвимост

Наркозависимите извършители на престъпления принадлежат към групата на уязвимите затворници, тъй като се намират в долната част на затворническата йерархия и са обект на предразсъдъци от страна на другите лишени от свобода и от по-слабо образования персонал. Служителите трябва да бъдат научени, че зависимостта от вещества не е липса на воля или сила на характера, а хронично медицинско разстройство, често свързано с други психични разстройства.

140 McGlinchey and others v. UK 50390/99.

Пристрастени и постоянно търсеци наркотици, зависимите от вещества извършители на престъпления стават лесни жертви на насилие, принудителен секс и други видове натиск, включително за отклоняване на лекарствата, предписани им в рамките на опиатно-заместващото лечение. Опитвайки да се снабдят с наркотици в затвора, те могат да задлъжнеят, което пък ги изправя пред рискове от заплахи, тормоз и насилие. Съгласно стандартите на КПИ една от задачите на здравните специалисти в затвора е предоставянето на хуманитарна помощ, особено на уязвимите затворници¹⁴¹. Стандартите препоръчват също така мерки за закрила и замяна, подплатени с гаранции за опазване на медицинската тайна.

Мерки за ограничаване на вредите

Данните показват, че зависимите от вещества извършители на престъпления продължават рисковото си поведение в затвора и ако там липсват мерки за ограничаване на вредите, те подновяват и дори инициират поведение, носещо риск от предаване на кръвни инфекции. Следователно мерките за ограничаване на вредите в затвора са задължителни по епидемиологични, медицински и етични причини. Обосновката, концепциите и мерките за ограничаване на вредите са обяснени подробно в глава 3 относно предотвратяването на разпространението на ХИВ/СПИН и хепатит В/С в затворите.

Лечение

Докато от една страна е важно първо да бъдат изчерпани всички възможни алтернативи на лишаването от свобода на наркозависимите извършители на престъпления, както бе подчертано по-горе, от друга страна, в условията на лишаване от свобода, принудителната стабилизация може и трябва да бъде използвана за осъществяване на лечение, което преди това е било недостъпно за тези лица поради хаотичния им начин на живот.

Успешното лечение изисква пълноценно сътрудничество от страна на пациента. Въпреки че принудителното лечение на психично здрави наркозависими пациенти все още е широко застъпено в нака-

141 Стандарти на КПИ от 2002 г. (ред. 2011 г.)

зателното законодателство на няколко страни, то е повечето от спорно както в медицинско, така и в етично отношение. Пристрастяването към наркотици е хронично заболяване с висока рекурентност (многократни проявления), изискващо дългосрочно лечение като всички други хронични болести.

Както бе посочено по-горе, голяма част от зависимите от вещества пациенти страдат от съпътстващи психиатрични заболявания (коморбидности), които следва да бъдат правилно диагностицирани и лекувани. Доказано е, че фармакологичното лечение на съпътстващи депресивни и шизофренни разстройства е ефикасно при лечението на зависимости от вещества¹⁴². При фармакологичното лечение на други психиатрични състояния, към предписването на диазепини в затвора следва да се подхожда много предпазливо, а когато са предписани, приемането им трябва да се наблюдава визуално поради високия риск от отклоняване. Същото се отнася и за препаратите, предписани за опиодно-заместващо лечение.

Тъй като при прирастените към опиати въздържанието едва ли е постижима терапевтична цел в краткосрочен план, повечето съвременни терапевтични концепции се преориентират от стратегии за въздържание към допускане на употребата на наркотици, съчетана с лечения за ограничаване на вредите, насочени към стабилизиране на психосоциалното положение на наркозависимия клиент, намаляване на престъпността, поддържане на пациента жив и – в терапевтично отношение – ограничаване на вредните последици за здравето. Тези стратегии са най-успешни в съчетание със заместващо лечение, при което се използват орални опиоиди.

Като отражение на многофакторната етиология на зависимостта от вещества, съществуват разнообразни психологически и психосоциални терапевтични концепции – от различни психоаналитични техники като гещалт до когнитивно-поведенчески терапии, като техниките за ситуационно управление, предотвратяване на рецидивите и повишаване на мотивацията. Изборът на възможно най-добрата стратегия за психосоциално лечение в отделния затвор неизбежно зависи от наличните ресурси и от опита на здравния екип.

142 WHO: Neuroscience of psychoactive substance use and dependence [C3O: Неврология на употребата и зависимостта от психоактивни вещества] (Женева, 2004 г.).

Грижи след освобождаването

Подготовката и организацията на поддръжката в общността след освобождаване са важни за всеки лишен от свобода, но за наркозависимите извършители на престъпления те са жизненоважни: съобщения от цял свят показват, че смъртността сред употребяващите наркотици след напускане на затвора е изключително висока, особено през първите две седмици след освобождаването. Повечето от тези употребяващи наркотици лица са починали от наркотична интоксикация вследствие на свръхдоза, тъй като поносимостта им към опиати е намаляла в условията на липсващо или ограничено снабдяване през срока на лишаване от свобода. Доказано е, че заместващото лечение с опиоиди съществено намалява този риск¹⁴³. Следователно настоятелно се препоръчва различните видове подкрепа в общността след освобождаване – като жилищно осигуряване, финансиране, семейни въпроси, образование, заетост и продължаваща психиатрична помощ¹⁴⁴ – да бъдат допълнени с образование относно рисковете от предозиране поради намалената поносимост, а за зависимите от опиати извършители на престъпления – и продължаване на опиатно-заместващото лечение след освобождаването им затвора.

143 WHO Europe: *Prevention of acute drugrelated mortality in prison populations during the immediate postrelease period* [СЗО Европа, *Превенция на смъртността поради остра употреба на наркотици сред затворнически популации в периода непосредствено след освобождаване*] (Женева, 2010 г.).

144 *Throughcare Working in Partnership: Throughcare services for prisoners with problematic drug use – a toolkit* [Съпровождащи грижи в партньорство: Съпровождащи грижи за затворници с проблематична употреба на наркотици – набор от инструменти], под редакцията на М. MacDonald и сътрудници, Европейска комисия (Брюксел, 2012 г.).

СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ ПУБЛИКАЦИИ В ИНТЕРНЕТ

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) [Американска психиатрична асоциация: Наръчник по диагностика и статистика на психичните разстройства (DSM)] www.psychiatry.org/practice/dsm

Boehme C. C., Nabeta P., Hillemann D. и сътр.: Rapid molecular detection of tuberculosis and rifampicin resistance. [Бързо молекулно откриване на туберкулоза и резистентност към рифампицин].

N Engl J Med 363 (2010), 1005-15 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0907847

CDC (Centers for Disease Control and Prevention): Syringe disinfection for injection drug users, [Центрове за контрол и превенция на заболяванията: Дезинфектиране на спринцовки за употребяващи инжектируеми наркотици], 2004 г. www.cdc.gov/idu/facts/disinfection.pdf

CDC, MMWR (7 юли 2006):. Prevention and control of tuberculosis in correctional and detention facilities: Recommendations from CDC [Превенция и контрол на туберкулозата в изправителни заведения и места за задържане: Препоръки от CDC] www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5509a1/htm

CM Recommendation R (1998) 7 on the Ethical and Organisational Aspects of Health Care in Prison [Препоръка на Съвета на министрите № R (1998) 7 относно етичните и организационните аспекти на здравеопазването в затвора].

[https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec\(98\)7&Language=lanEnglish&Ver=original&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D383](https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec(98)7&Language=lanEnglish&Ver=original&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D383)

CM Recommendation Rec (2006) 2 on the European Prison Rules [Препоръка на Съвета на министрите REC (2006) 2 относно Европейските правила за затворите].

<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>

База данни на КПИ: www.cpt.coe.int/en/database.htm

CPT Standards (2002, rev. 2011) [Стандарти на КПИ, 2002 г., ред 2011 г.]

www.cpt.coe.int/en/documents/engstandards.pdf

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)
[Европейски център за наблюдение на наркотиците и наркоманиите]
www.emcdda.europa.eu/topics/hepatitis

EMCDDA 2010: www.emcdda.europa.eu/stats10/hsrtab9

EMCDDA 2012: New drugs detected in the EU at the rate of around one per week, say agencies [В Европа откриват средно един нов наркотик седмично, твърдят службите]. www.emcdda.europa.eu/news/2012/2

EMCDDA: Alternatives to imprisonment – targeting offending problem drug users in the EU [Алтернативи на лишаването от свобода – мерки в ЕС срещу проблемни извършители на престъпления, употребяващи наркотици], 2005 г.

www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34889EN.html

EMCDDA: Best practices: Drug free zone in Hirtenberg prison [Най-добри практики: Свободна от наркотици зона в затвор „Хиртенберг“].
www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=57&tab=overview

База данни на Европейския съд по правата на човека: <http://hudoc.echr.coe.int>

Европейска социална харта: <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/163.htm>

Guide for the Management of Dual Diagnosis for Prisons. Department of Health, UK [Ръководство за управление на двойни диагнози в затвора, Департамент по здравеопазване, Лондон], 2009 г.

www.nta.nhs.uk/uploads/prisons_dual_diagnosis_fnal_2009.pdf

Международен пакт за икономически, социални и културни права:
www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx

Протокол от Истанбул. Ръководство за ефективно разследване и документиране на изтезание и друго жестоко, нечовешко или унижително отнасяне или наказание. www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf

Jürgens R., Nowak M. и Day M: HIV and incarceration: prisons and detention [ХИВ и лишаване от свобода: затвори и места за задържане]. Journal of the International AIDS Society 14:26 (2011 г.)

www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/17491

Kastelic A., Pont J. и Stöver H: Opioid substitution treatment in custodial settings. A practical guide [Опиодно-заместващо лечение в условия на лишаване от свобода: Практическо ръководство], 2009 г.

https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/OST_in_Custodial_Settings.pdf

NICE Clinical Guidelines. Antisocial personality disorder: Treatment, management and prevention [Клинично ръководство на NICE: Антисоциално личностно разстройство: лечение, управление и превенция]. NHS [Национални здравни служби] (2009 г.)

www.nice.org.uk/nicemedia/live/11765/42993/42993.pdf

NICE Clinical Guidelines. Borderline personality disorder: the NICE guidelines on treatment and management. [Клинично ръководство на NICE: Гранично личностно разстройство: управление и лечение], The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists [Британско дружество по психология и Кралска колегия на психиатрите] (2009 г.)

www.nice.org.uk/nicemedia/live/12125/43045/43045.pdf

Penal Reform International: Dublin Declaration on HIV/AIDS in Prisons in Europe and Central Asia [Международна организация „Penal Reform International“: Декларация от Дъблин относно ХИВ/СПИН в затворите в Европа и Централна Азия.

www.penalreform.org/resource/dublin-declaration-hivaids-prisons-europe-central-asia/

Prevention of Mental Disorders. Effective interventions and policy options. [Превенция на психиатрични разстройства: Ефективни интервенции и политически опции]. Доклад на Световната здравна организация. Департамент по психично здраве и злоупотреба с вещества в сътрудничество с Центъра за изследване на превенцията към университетите в Ниймиген и Маастрихт], СЗО 2004 г.

www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

Принципи на медицинската етика от значение за задачите на здравния персонал, особено лекарите, по защитата на затворници и задържани лица от нечовешко или унижително отношение или наказание, UN 1982 (Резолюция на Общото събрание на ООН № 37/194 от 18 декември 1982 г.)

www.cirp.org/library/ethics/UN-medical-ethics

Prison Needle Exchange: Lessons from a comprehensive review of international evidence and experience. [Размяна на игли в затвора: Поуки от всеобхватен преглед на международни доказателства и опит], Canadian HIV/AIDS Legal Network [Канадска юридическа мрежа по ХИВ/СПИН] (2006 г.).

www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1173

Throughcare services for prisoners with problematic drug use – a toolkit [Съпровождащи грижи за затворници с проблематична употреба на наркотици – набор от инструменти],

http://throughcare.eu/reports/throughcare_toolkit.pdf

Transform Drug Policy Foundation: After the war on drugs: blueprint for regulation. [Фондация за трансформиране на политиката по отношение на наркотиците – След войната на наркотиците: План за нормативно уреждане], 2009 г.

www.tdpf.org.uk/resources/publications/after-war-drugs-blueprint-regulation

Единна конвенция на ООН по упойващите вещества от 1961 г. (изменена с Протокол от 1972 за изменение на Единната конвенция на ООН по упойващите вещества от 1961 г.)

www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf

Конвенция на ООН за психотропните вещества от 1971 г.

www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf

Конвенция на ООН за борба **срещу незаконния трафик** на упойващи и психотропни вещества от 1988 г.

www.unodc.org/pdf/convention_1988_en.pdf

UNAIDS Report on the global AIDS epidemic 2010 [Доклад за глобалното разпространение на СПИН през 2010 г.] (ноември 2010 г.)

www.unaids.org/en/resources/documents/2010/name,56186,en.asp

UNAIDS/UNODC/WHO: HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response [Превенция, грижи, лечение и подкрепа в условията на затвора: Рамка за ефективен национален отговор]. https://www.unodc.org/pdf/HIV-AIDS_prisons_July06.pdf

UNODC: From coercion to cohesion: treating drug dependence through health care not punishment [От принуда към кохезия: лечение на наркозависимост чрез грижи за здравето, а не чрез наказания]. Дискусионен документ за научен семинар, 2009 г.

www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Coercion_Ebook.pdf

UNODC Policy Brief. HIV prevention and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions [Превенция на СПИН и обгрижване в затвори и други заведения от затворен тип: Комплексен пакет от интервенции. Политическо резюме], 2012 г.

www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_prisons_advance_copy_july_2012_leafet_UNODC_ILO_UNDP_Ebook.pdf

USAID/TBCTA/ICRC: Guidelines for control of tuberculosis in prisons [Ръководство за контрол на туберкулоза в затворите], 2009 г.

http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADP462.pdf

WHO: Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/ AIDS among injecting drug users [СЗО: Ефективност на програми за размяна на игли и спринцовки за намаляване на инфекциите с ХИВ/ СПИН сред употребяващи инжектируеми наркотици], 2004 г.

www.who.int/hiv/pub/prev_care/efectivenesssterileneedle.pdf?ua=1

WHO: Fact sheets [Тематични справки на СЗО], октомври 2012 г. (ред. 2014 г.)

www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en

WHO: Global Tuberculosis Report 2013 [Глобален доклад на СЗО за ту-

беркулозата за 2012 г.]. www.who.int/tb/publications/global_report/en
WHO: Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons [СЗО: Ръководство на СЗО относно инфекциите с ХИВ и СПИН в затворите]

www.who.int/hiv/idu/WHO-Guidel-Prisons_en.pdf

WHO: ICD10 classification of mental and behavioural disorders [СЗО: Класификация на психичните и поведенческите разстройства, ревизия 10].

www.who.int/classification/icd/en/GRNBOOK.pdf

WHO: Neuroscience of psychoactive substance use and dependence [СЗО: Неврология на употребата и зависимостта от психоактивни вещества], Женева, 2004 г.

www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf

WHO policy on collaborative TB/HIV activities: guidelines for national programmes and other stakeholders [Политика на СЗО относно съвместните действия срещу ТБ/ХИВ: Насоки за национални програми и други заинтересовани страни], 2012 г.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503006_eng.pdf

WHO: Public health action for the prevention of suicide [СЗО: Действия на публичното здравеопазване за превенция на самоубийствата], 2012 г.

apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf

WHO: Tuberculosis control in prisons [СЗО: Контрол на туберкулоза в затворите] [WHO/CDS/TB/2001/.281], Женева, 2000 г.

http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_CDS_TB_2000.281.pdf

WHO: Tuberculosis in prisons [СЗО: Туберкулоза в затворите]

www.who.int/tb/challenges/prisons/story_1/en

WHO Europe: Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison [СЗО Европа: Ръководство на СЗО относно основните принципи на здравеопазването в затвора]

healthwww.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf

WHO Europe: [Policy] HIV/AIDS in prison [СЗО Европа: (Политика) по отношение на ХИВ/СПИН в затвора].

www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv/aids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons

WHO Europe: Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate postrelease period [СЗО Европа: Превенция на смъртността поради остра употреба на наркотици сред затворнически популации в периода непосредствено след освобождаване].

www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0020/114914/E93993.pdf

WHO/UNODC/UNAIDS: Effectiveness of interventions to address HIV in prisons [Ефективност на интервенциите срещу ХИВ в затворите], Женева, 2007 г.

www.who.int/hiv/pub/idu/prisons_effective/en/

WHO/UNODC/UNAIDS: Guide to starting and managing needle and syringe programmes. needle and syringe programmes in closed settings [Ръководство за започване и управление на програми за размяна на игли и спринцовки: Размяна на игли и спринцовки в заведения от затворен тип], 2007 г.

www.unodc.org/documents/hiv-aids/NSP-GUIDE-WHO-UNODC.pdf

WHO/UNODC/UNAIDS: Interventions to address HIV in prisons: comprehensive review (Evidence for Action Technical Paper) [Интервенции срещу ХИВ в затворите: комплексен преглед – технически документ с доказателства за действие], Женева, 2007 г.

www.unodc.org/documents/hiv/aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20hiv_treatment.pdf

WHO/UNODC/UNAIDS position paper. Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention [позиционен документ Заместващо-поддържащо лечение при управлението на опиоидни зависимости и превенцията на ХИВ/СПИН], 2004 г.

www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf

WMA: Declaration of Edinburgh on Prison Conditions and the Spread of Tuberculosis and Other Communicable Diseases [СМА: Декларация от Единбург относно условията в затворите и разпространението на ту-

беркулоза и други предаваеми заболявания] (2000 г., ред. 2011 г.)

www.wma.net/en/30publications/10policies/p28

WMA: Declaration of Geneva [CMA: Женевска декларация от 1948 г.]

www.wma.net/en/30publications/10policies/g1/index.html

WMA: Declaration of Malta on Hunger Strikers 1991 [CMA: Декларация от Малта относно гладните стачки от 1991 г.] (ред. 1992 г. и 2006 г.)

www.wma.net/en/30publications/10policies/h31/

WMA: Declaration of Tokyo. Guidelines for Physicians Concerning Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment. [CMA: Декларация от Токио. Насоки за лекари относно изтезание и друго жестоко, нечовешко или унижително отнасяне или наказание във връзка със задържане под стража и лишаване от свобода], Токио, 1975 г. (ред. Дивон Ле-Бен 2005 и 2006 г.)

www.wma.net/en/30publications/10policies/c18

WMA: Declaration Concerning Support for Medical Doctors Refusing to Participate in, or to Condone, the Use of Torture or Other Forms of Cruel, Inhuman or Degrading treatment [CMA: Декларация относно подкрепата на лекари, които отказват да участват в или да оправдаят използването на изтезание и друго жестоко, нечовешко или унижително отнасяне], Хамбург, 1997 г.

www.wma.net/en/30publications/10policies/c19/

WMA: International Code of Medical Ethics (rev. 2006) [CMA: Международен кодекс за медицинска етика (ред. 2006 г.)]

www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/index.html

WMA: Resolution on the Responsibility of Physicians in the Denunciation of Acts of Torture or Cruel or Inhuman or Degrading Treatment of Which They Are Aware [CMA: Резолюция относно отговорността на лекарите за докладването на станали им известни актове на изтезание и друго жестоко, нечовешко или унижително отнасяне]. Хелзинки, 2003 г.

www.wma.net/en/30publications/10policies/t1/

WMA: Statement on Body Searches of Prisoners [СМА: Заявление относ-
но телесното претърсване на затворници], Будапеща, 1993 г. (ред.
2005 г.)

www.wma.net/en/30publications/10policies/b5/

www.coe.int

Съветът на Европа е водещата организация по човешките права на европейския континент. Съветът обхваща 47 държави членки, 28 от които са членки на Европейския съюз. Всички държави членки на Съвета на Европа са подписали Европейската конвенция за правата на човека. Европейският съд по правата на човека упражнява надзор по прилагането на Конвенцията в държавите членки.

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE