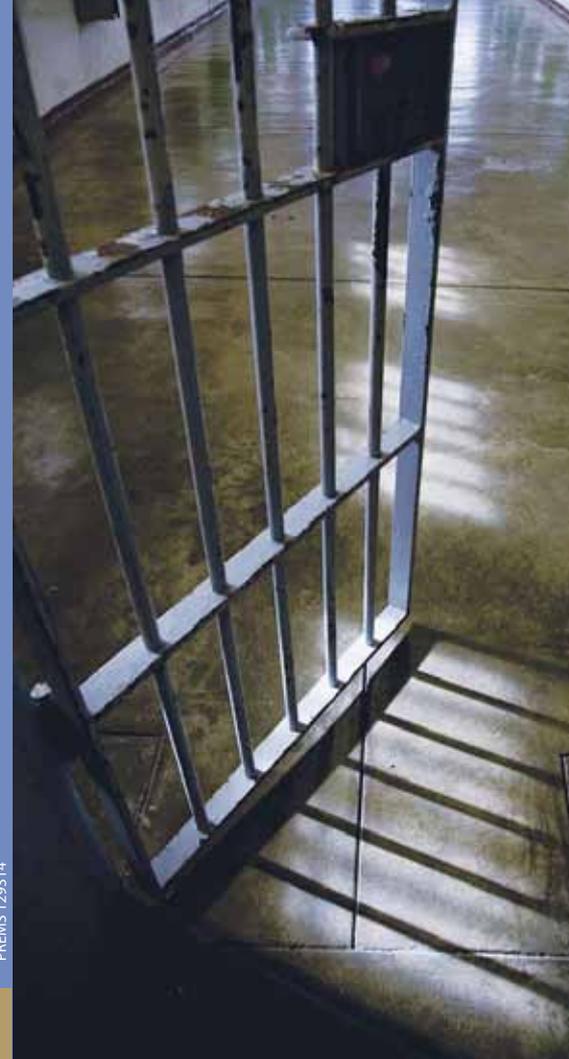


Охрана здоровья и медицинская этика в местах лишения свободы



PREMS 129314

RU

www.coe.int

Руководство для
медицинских работников и сотрудников
пенитенциарной системы,
ответственных за здоровье
и благополучие заключенных

Андрес Лехтметс
Йорг Понт



COUNCIL OF EUROPE

CONSEIL DE L'EUROPE



COUNCIL OF EUROPE

CONSEIL DE L'EUROPE

Охрана здоровья и медицинская этика в местах лишения свободы – М.: Микопринт, 214, 74с.

Настоящая брошюра – перевод доклада, подготовленного Андресом Лехтметсом и Йоргом Понтом в рамках программ Совета Европы. Мнения, высказанные в данном издании, отражают точку зрения авторов и не затрагивают ответственность Совета Европы. Данные мнения не следует рассматривать в качестве официальной интерпретации, имеющей обязательную силу для правительств стран-участниц, статутных органов Совета Европы или любого органа, созданного посредством Европейской конвенции о правах человека.

Брошюра адресована медицинским работникам и сотрудникам, ответственным за здоровье и благополучие заключенных, однако, безусловно, будет полезна и членам Общественных наблюдательных комиссий России, практикующим юристам, правозащитникам, заключенным и их родственникам.

Авторы доклада:

Andres Lehtmetts, психиатр, Центральный госпиталь Западного Таллина; бывший вице-президент Европейского комитета по предотвращению пыток и бесчеловечного унижающего человеческого достоинство обращения или наказания.

Jürg Pont, бывший советник по медицинским вопросам Министерства юстиции Австрии

Брошюра издана в рамках проекта «Мониторинг оказания медицинской помощи в местах принудительного содержания» при финансовой поддержке Европейского Союза и Совета Европы. Мнения, выраженные в этой работе, являются предметом ответственности авторов и НПА России и могут не совпадать с официальной точкой зрения Совета Европы и Европейского Союза.

НПА России

Проект «Мониторинг оказания медицинской помощи в местах принудительного содержания» направлен на содействие соблюдению европейских и российских стандартов оказания медицинской помощи в местах принудительного содержания, подготовку экспертов и проведение мониторинга оказания медицинской помощи в МПС. Выполняется в 2014-2015 при финансовой поддержке Европейского Союза.

Партнеры проекта:

Директорат по правам человека Совета Европы,
Институт прав человека,
Российский исследовательский центр по правам человека.

Проект является частью совместного проекта Уполномоченного по правам человека в РФ и Совета Европы, направленного на повышение потенциала российских общественных наблюдательных комиссий, улучшение условий содержания в МПС, снижение количества обоснованных жалоб в Европейский суд по правам человека. Финансовую поддержку проекта осуществляют Трастовый фонд Совета Европы «Права человека», Министерство иностранных дел Дании и банк ВТБ-24.

Данное руководство предназначено для специалистов службы здравоохранения, работающих в местах лишения свободы, а также других работников и медицинского персонала, ответственного за здоровье лишенных свободы лиц. Руководство содержит практическую информацию по ряду вопросов, относящихся к психиатрической помощи, профилактике заразных болезней (синдром приобретенного иммунодефицита, гепатит и туберкулез), психотропным веществам, а также лечению наркозависимых правонарушителей. В тексте представлены важные этические стандарты, а также возможные решения этических дилемм, связанных с доступом к врачебной помощи, равноценным медицинским обслуживанием, согласием пациента и конфиденциальностью, профилактической медицинской помощью, гуманитарной помощью, профессиональной независимостью и профессиональной компетентностью.

В руководстве также собраны примеры успешного опыта европейских стран. Авторы опираются на результаты многосторонней встречи по вопросам этики и охраны здоровья в местах лишения свободы, которая прошла в мае 2012 года в Страсбурге. В ходе заседания руководящие должностные лица и специалисты, отвечающие за охрану здоровья в местах лишения свободы, из нескольких стран, входящих в Совет Европы, поделились опытом и обсудили способы практического применения стандартов Совета Европы и рекомендаций Европейского комитета по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания (ЕКПП).

Руководство предлагает подробные организационно-управленческие рекомендации и инструменты и будет использоваться при обучении в рамках мероприятий по техническому сотрудничеству, проводимых Советом Европы.

Охрана здоровья лиц, лишенных свободы, является областью, непосредственно относящейся к компетенции ЕКПП. Недостаточный уровень медицинского обслуживания может быстро привести к ситуации, подпадающей под понятие «бесчеловечное и унижающее достоинство обращение». С другой стороны, повышение уровня профессиональных знаний и практических навыков медицинского и немедицинского персонала, работающего в местах лишения свободы, означает создание более здоровой и безопасной среды для заключенных и персонала пенитенциарных учреждений, а также повышение защиты для общественности, посредством снижения риска переноса заболеваний за пределы таких учреждений.

Я бы хотел поблагодарить авторов, **Андреса Лехтметса**, психиатра Западно-Таллиннской центральной больницы, Эстония, бывшего вице-президента ЕКПП и **Йорга Понта**, бывшего медицинского консультанта Министерства юстиции Австрии, чей профессионализм и опыт отражены в данном руководстве. Я также благодарю своих коллег Лульету Каза и Таню Ракушич-Хаджич за участие в подготовке издания.



Филипп Буайя
Генеральный директор
Генеральный директорат по правам
человека и верховенству закона
Совет Европы

Содержание

Перечень сокращений	4
I. Медицинская этика в местах лишения свободы	5
1.1. Уровень здравоохранения в местах лишения свободы	5
Равноценное медицинское обслуживание	6
Лечение лишенных свободы лиц в общественных больницах	7
1.2. Пропаганда гигиены и здорового образа жизни	7
Доступ к врачебной помощи	7
Доступ к лекарствам	8
1.3. Врачебная тайна	8
Конфиденциальность отношений между врачом и пациентом краугольный камень медицинской этики	9
1.4. Медицинские консультации	9
Согласие пациента	10
Право согласия в отношении назначаемого лечения	10
Медицинский осмотр при поступлении	11
Медицинский осмотр после случаев применения насилия	14
Медицинский осмотр перед освобождением	15
1.5. Медицинская документация и учет	16
Ведение индивидуальной медицинской карты	16
Доступ к медицинским картам и другой медицинской информации	18
Статистические медицинские данные (не относящиеся к пациенту)	18
1.6. Другие этические проблемы	
Участие врачей, работающих в тюремных учреждениях, в вопросах обеспечения безопасности и принятия дисциплинарных мер	19
Профессиональная независимость медицинского персонала в тюремных учреждениях	20
Врачи, работающие с лицами, лишенными свободы, и персоналом пенитенциарного учреждения	20
Заключенные, выполняющие функции медицинского персонала	21
Гуманитарная помощь	21
II. Психиатрический учет и план лечения – терапевтические и психосоциальные мероприятия в местах лишения свободы	22
2.1. Психиатрическая служба в местах лишения свободы	23
Меры, принимаемые в отношении психических расстройств в местах лишения свободы	24
Психически больные заключенные, проходящие лечение в общественных психиатрических больницах	24

2.2. Психиатрические отделения в пенитенциарном учреждении.....	25
Общие принципы ухода в психиатрическом отделении пенитенциарного учреждения	25
2.3. План лечения	26
Психиатрическое лечение.....	27
Лечение по решению суда.....	27
Психофармакотерапия.....	28
Основные группы психотропных препаратов.....	28
Общие проблемы психофармакотерапии	28
2.4. Согласие на психиатрическое лечение	29
Использование средств усмирения в психиатрических отделениях.....	29
Психиатрическая помощь после выписки.....	31
2.5. Профилактика самоубийств	
Организация профилактики самоубийств.....	32
Выявление лиц, подверженных риску самоубийства	32
Обучение персонала навыкам распознавания суицидальных наклонностей.....	33
Оценка риска суицида	33
Работа с лицами, подверженными суицидальному риску	33
2.6. Другие проблемы психического здоровья в тюремных учреждениях	
Заключенные, склонные к членовредительству	34
Медицинское ведение заключенных, объявивших голодовку	34
Лечение лиц, совершивших преступление на сексуальной почве	38
2.7. Двойной диагноз в пенитенциарных учреждениях.....	40
Заключенные, страдающие расстройством личности.....	41
III. Профилактика распространения ВИЧ/СПИД и гепатита В/С в пенитенциарных учреждениях	44
3.1. Эпидемиология.....	44
3.2. Международная документация.....	45
3.3. Изменение отношения к проблеме и повышение осведомленности.....	46
Признание проблемы существования наркотиков и половой активности.....	46
Альтернатива лишению свободы	46
Обучение и тренинги.....	47
3.4. Снижение распространения наркотических средств и спроса на них	48
3.5. Снижение вреда от поведения, связанного с риском распространения опасных инфекций.....	50
3.6. Медицинские профилактические мероприятия.....	53
IV. Двойная эпидемия - ВИЧ/СПИД и туберкулез: актуальность проблемы для службы здравоохранения в местах лишения свободы	54

V. Психоактивные средства, наркотическая зависимость и медицинское лечение наркозависимых заключенных	58
5.1. Психоактивные вещества.....	58
5.2. Наркотическая зависимость.....	60
5.3. Медицинское лечение наркозависимых в местах лишения свободы.....	63
Перечень Интернет-ссылки.....	67

Перечень сокращений

ЕКПЧ	Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод
ЕСПЧ	Европейский суд по правам человека
ЕКПП	Европейский комитет по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания
КМ/СЕ	Комитет министров Совета Европы
ЕПП	Европейские пенитенциарные правила
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВМА	Всемирная медицинская ассоциация
УНП ООН	Управление ООН по наркотикам и преступности
ЮНЭЙДС	Объединённая программа Организации Объединённых Наций по ВИЧ/СПИД
ЕМЦНН	Европейский мониторинговый центр по наркотикам и наркомании
МККК	Международный комитет Красного Креста
ЦКПЗ	Центр по контролю и профилактике заболеваний
DSM-IV	Руководство по диагностике и статистике психических расстройств
МКБ-10	Международная классификация болезней 10-го пересмотра
NICE	Национальный институт здоровья и качества медицинской помощи
КБТТС	Коалиция по борьбе с туберкулезом за техническое сотрудничество

I. Медицинская этика в местах лишения свободы

Охрана здоровья в местах лишения свободы подчиняется тем же этическим принципам, что и в обществе. Базовые принципы изложены в Женевской декларации Всемирной медицинской ассоциации (1948) (последняя редакция от 2006 года), Международном кодексе медицинской этики (1949) (последняя редакция от 2006)^{1, 2}, Резолюции Генеральной ассамблеи Организации Объединенных Наций 37/194 (от 18 декабря 1982 года) и рекомендациях № R(98)7 Комитета министров Совета Европы (КМ/СЕ) (от 8 апреля 1998 года)^{3, 4} по этическим и организационным аспектам здравоохранения в местах лишения свободы.

Первоочередной задачей тюремного врача и других работников службы здравоохранения является забота о здоровье и самочувствии заключенных. Уважение фундаментальных прав заключенных предполагает наличие профилактического лечения и обеспечение здравоохранения, уровень которого эквивалентен общественному.

Охрана здоровья лишенных свободы лиц напрямую связана с недопущением насилия. Неадекватный уровень здравоохранения может быстро привести к ситуациям, которые приравниваются к «бесчеловечному или унижающему достоинство обращению».⁵ Неприемлемой является ситуация, когда заключенные вынуждены находиться в учреждениях, где они не могут получить надлежащего лечения по причине отсутствия соответствующих условий, или по причине того, что им отказывают в доступе к таким условиям. В нескольких подобных ситуациях Европейский суд по правам человека (ЕСПЧ) усмотрел нарушение статьи 3 Европейской конвенции о правах человека (ЕКПЧ)⁶.

1.1. Уровень здравоохранения в местах лишения свободы

Очевидно, что пенитенциарное учреждение, само по себе, не может обеспечить все потребности заключенных в здравоохранении. Это, в частности, касается услуг специалистов. Предоставление медицинских услуг, доступ к которым в местах лишения свободы получить нельзя, организуется в сотрудничестве с

¹Женевская декларация Всемирной медицинской ассоциации 1948 года

²Женевская декларация Всемирной медицинской ассоциации (2006 год)

³Принципы медицинской этики, применимые к роли медицинского персонала, в особенности врачей, в защите заключенных и задержанных от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, ООН 1982 год

⁴Этические и организационные аспекты здравоохранения в тюрьмах. Рекомендации R (98) 7

⁵Стандарты ЕКПП 2002 год, редакция от 2011

⁶Дело Худобин против России 59696/00, дело Муизель против Франции 67263/01, дело Капрыковский против Польши 23052/05

общественными больницами, расположенными поблизости. Существенный раздел 3-го Общего доклада Европейского комитета по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания (ЕКПП) содержит основные принципы организации здравоохранения в местах лишения свободы⁷. Здравоохранение в местах лишения свободы должно, как минимум, обеспечивать следующее:

- Регулярные консультации терапевта и врачей-специалистов;
- Амбулаторное лечение под контролем медицинского персонала;
- Стоматологическая помощь;
- Изолятор;
- Доступ к хорошо оснащенной службе в гражданской либо тюремной больнице;
- Помощь в чрезвычайных ситуациях.

В настоящее время усиливается тенденция интеграции медицинского обслуживания в местах лишения свободы в общественную систему здравоохранения. Совет Европы рассматривает данное обстоятельство как шаг в правильном направлении. В случае, когда система медицинского обслуживания в местах лишения свободы зависит от специалистов сторонних организаций, могут возникать проблемы с доступностью соответствующих услуг. Медицинские учреждения в местах лишения свободы должны обеспечить соответствие графика работы и квалификации лечащего врача потребностям тюремного учреждения. Наличие сестринского персонала предполагает возможность проведения всего необходимого перечня мероприятий, составляющих сестринское дело. Например, лекарства должны, предпочтительно, раздаваться сестринским персоналом. Если это невозможно, администрация должна, по крайней мере, составить список препаратов, которые обязательно должны раздаваться только под контролем медицинского персонала. К таким лекарствам, как минимум, относятся психотропные и противовирусные препараты. В случаях отсутствия медицинского персонала в учреждении в ночное время и выходные дни, сотрудники учреждения должны быть обучены оказанию первой помощи. При необходимости скорой медицинской помощи, как правило, должна быть предусмотрена возможность вызова врача.

Равноценное медицинское обслуживание

Медицинское обслуживание в местах лишения свободы, должно обеспечивать лечение и уход, а также соответствующую диету, физиотерапевтическое лечение, реабилитацию или любое другое необходимое специальное лечение, на условиях, сопоставимых с теми, которыми пользуются пациенты вне таких учреждений. Также, должна предусматриваться обеспеченность медицинским персоналом,

⁷ЕКПП/Inf(2012)21

персоналом по уходу и техническими специалистами, служебными помещениями, сооружениями и оборудованием.

Лечение лишенных свободы лиц в общественных больницах

Как упоминалось выше, отдельно взятое тюремное учреждение не всегда способно гарантировать наличие всех видов специализированной помощи. Поэтому нередко в случае более сложных медицинских проблем задействуются близлежащие больницы. При обращении за помощью в общественную больницу возникает вопрос об обеспечении безопасности. Заключение, направляемые на лечение в больницу, не должны быть физически прикованы к кроватям или другим предметам мебели в целях безопасности. Должны быть найдены другие средства, удовлетворяющие требованиям безопасности. Одно из возможных решений - создание в таких больницах охранного подразделения⁸.

1.2. Пропаганда гигиены и здорового образа жизни

Задачи тюремной службы здравоохранения не должны ограничиваться лечением больных пациентов. В условиях отсутствия специализированных услуг, медицинский персонал, работающий в местах лишения свободы, совместно с другими компетентными органами, осуществляет наблюдение за организацией питания (количество, качество, приготовление и распределение пищи) и за соблюдением условий гигиены (чистота одежды и постелей, доступ к душе и туалету), а также за отоплением, освещением и вентиляцией камер. Также, следует учитывать организацию работы и прогулок на свежем воздухе. Медицинские учреждения в местах лишения свободы также должны предусматривать гигиену психического здоровья, т.е. профилактику вредных психологических воздействий которые оказывают определенные особенности мест принудительного содержания. Нездоровая атмосфера, переполненность камер, длительная изоляция и отсутствие движения могут потребовать оказания медицинской помощи отдельно взятому заключенному, либо общих мер медицинского характера со стороны ответственных органов⁹.

Доступ к врачебной помощи

Находясь под стражей, лица, лишенные свободы, должны иметь возможность доступа к врачебной помощи в любое время, вне зависимости от режима содержания. Данное обстоятельство имеет особую значимость, когда лишенное свободы лицо содержится в одиночной камере. Просьбы о консультации с врачом должны удовлетворяться медицинским учреждением без неоправданных проволочек. Амбулаторное лечение должно осуществляться под контролем

⁸ЕКПП /Inf(2012)13

⁹ЕКПП /Inf(2012)4

медицинского персонала; во многих случаях для обеспечения последующего лечения недостаточно одного лишь обращения со стороны лишённого свободы лица. Последующее лечение должно быть спланировано.

Доступ к лекарствам

Лекарства предоставляются заключенным в зависимости от состояния здоровья. Принцип равноценности медицинского обслуживания применяется также и в этом случае. Средства, выделяемые тюремным учреждениям, должны быть достаточными для того, чтобы лекарства предоставлялись бесплатно заключенным, не имеющим страховки или необходимых средств для самостоятельной оплаты лекарств. В случае долгосрочного лечения медикаменты должны предоставляться без перерывов (например, при переводе из одного учреждения в другое)¹⁰.

1.3. Врачебная тайна

За исключением чрезвычайных ситуаций все медицинские осмотры/консультации должны проводиться в приемной врача с целью создания атмосферы доверия, конфиденциальности, приватности и уважения личного достоинства. Врачебная тайна должна быть гарантирована и соблюдаться в той же мере, в которой это применимо к населению в целом. Осмотр лишённых свободы лиц должен проводиться в индивидуальном порядке, а не группами. Во врачебном кабинете не должно быть третьих лиц, не относящихся к медицинскому персоналу (другие заключенные или не медицинский персонал). Во время обследования/консультации лица, лишённые свободы, не должны находиться в наручниках, а при медицинском осмотре охранники должны находиться за пределами зоны слышимости и видимости. Исключением являются ситуации, когда врач или медицинская сестра требуют присутствия третьих лиц из соображений безопасности.¹¹ В нескольких недавних отчетах, подготовленных ЕКПП по результатам визита в ряд стран, содержится критика несоответствия данным правилам¹². ЕСПЧ усмотрел нарушение Статьи 3 ЕКПЧ, т.е. бесчеловечное или унижающее достоинство обращение¹³ в случаях использования наручников при медицинском обследовании и лечении.

Законные требования соблюдения норм безопасности можно и должно привести в соответствие с принципом врачебной тайны. Одно из возможных решений – установка системы вызова, которая позволяет врачу экстренно оповестить охрану в тех исключительных случаях, когда заключенный начинает вести себя возбужденно или высказывает угрозы при медицинском осмотре¹⁴.

¹⁰ЕКПП/Inf(99)18

¹¹Стандарты ЕКПП 2002 год, редакция от 2011

¹²ЕКПП/Inf(2007)47; (2008)3; (2010)1; (2011)20; (2012)17; (2012)32

¹³дело Муизель против Франции 67263/01 и дело Тарариева против России 4353/03

¹⁴ЕКПП/Inf(2007)47

Окончательное решение относительно этически сомнительной практики использования наручников или проведения допросов в комнате с односторонним стеклом остается за медицинским персоналом. Смотровые кабинеты должны быть оборудованы таким образом, чтобы ограничить риск побега; это также позволяет обеспечить меры безопасности.

В тех случаях, когда раздача лекарств заключенным поручается тюремному персоналу, медицинский персонал должен предварительно упаковать медикаменты в коробочки для раздачи лекарств. Для соблюдения врачебной тайны, персонал, раздающий лекарства, не должен знать названия и дозы лекарств.

Медицинские карты заключенных ведет врач. В случае перевода в другое учреждение, карта передается врачу принимающего учреждения с соблюдением правил конфиденциальности и использованием систем безопасной передачи данных.

Конфиденциальность отношений между врачом и пациентом - краеугольный камень медицинской этики

Соблюдать конфиденциальность необходимо для создания атмосферы доверия в отношениях между врачом и пациентом. В обязанности врача входит сохранение таких отношений и принятие решения о соблюдении правил конфиденциальности в каждом конкретном случае. Врач учреждения, где содержатся лица, лишенные свободы, выступает как личный врач пациента. Лицам, лишенным свободы, должна быть предоставлена возможность доступа к медицинскому обслуживанию на конфиденциальной основе, например, с помощью запроса в запечатанном конверте. Более того, персонал учреждения, где содержатся лица, лишенные свободы, не должен проверять запросы о врачебных консультациях.

Трудности, как правило, возникают в ситуациях, когда решение пациента находится в противоречии с возложенной на врача обязанностью заботы о здоровье пациента. Такие ситуации возможны, если пациент находится под воздействием собственных убеждений (например, отказывается от переливания крови) или когда он намерен покалечить себя для того, чтобы настоять на своих требованиях, выразить протест администрации или приверженность каким-либо убеждениям.

1.4. Медицинские консультации

Согласно КМ/СЕ Rec (2006)2 о Европейских пенитенциарных правилах (ЕПП), параграф 42.1-3 (Обязанности врача), врач должен осмотреть каждого заключенного при первой возможности после поступления, а также в случаях, когда заключенные жалуются на плохое самочувствие, если имели место травмы и насилие, а также перед освобождением. Если у врача нет возможности осмотреть нового заключенного или заключенного пациента в надлежащий срок, он должен предусмотреть замену, чтобы такой осмотр был проведен другим врачом или

квалифицированной медицинской сестрой.¹⁵ В случае, если такая замена невозможна по причине нехватки медицинского персонала и/или переполненности тюрем, имеет место нарушение первого из семи основополагающих принципов ЕКПП - доступ к врачебной помощи. Медицинский персонал обязан направлять запросы о необходимости в дополнительном персонале, при этом такие запросы должны быть подтверждены документально. В странах, которые посещали представители ЕКПП, неоднократно отмечались случаи недостаточного количества медицинского персонала в местах лишения свободы. Факты нехватки медицинского персонала, в частности задержек при проведении медицинских осмотров, консультаций или лечения, могут быть приравнены к бесчеловечному отношению, что является нарушением Статьи 3 ЕКПЧ.^{16, 17}

Согласие пациента

Как правило, медицинские работники не должны проводить осмотры или лечение без согласия пациента. Согласие требует надлежащего информирования, т.е. «информированного согласия», при этом необходимо учитывать факторы грамотности, сложности в понимании и языковые барьеры, которые часто встречаются среди заключенных. ЕКПП столкнулся с данной проблемой в ходе посещения ряда стран. В случае несогласия или отказа, врач должен убедиться, что пациент понимает последствия своего решения, а также то, что пациент информирован о возможности отказаться от своего решения в любое время. Любое отступление от принципа необходимости получать согласие пациента может быть оправдано только в рамках закона, например, применительно к психически больным пациентам, которые не способны понять последствия своих действий, или в случае экстренного лечения пациентов, находящихся без сознания. Несоблюдение данного этического принципа периодически выявляется в ходе визитов ЕКПП¹⁸. ЕСПЧ усмотрел нарушение Статьи 3 ЕКПЧ¹⁹ в случаях медицинских вмешательств без согласия пациента.

Право согласия в отношении назначаемого лечения

Каждый пациент в здравом уме и сознании может отказаться от лечения или какого-либо иного медицинского вмешательства. Любое отступление от этого фундаментального принципа должно иметь законные основания и применяться только в ясно и чётко определённых исключительных обстоятельствах, применимых в сообществе.

¹⁵Рекомендация Res (2006)2 к Европейские пенитенциарные правила (пересмотренные)

¹⁶Павалаче против Румынии 38746/03

¹⁷Худобин против России 59696/00, Хумматов против Азербайджана 9852/05

¹⁸ЕКПП/Inf (2008)26, (2009)13, (2010)1, (2011)1, (2011)20

¹⁹Невмержитский против Украины 54825/00; Яллох против Германии 54810/00

Совершенно очевидно, что в вопросах проведения медико-биологических исследований с участием лишенных свободы лиц, необходимо придерживаться очень осторожного подхода, поскольку существует риск, что их согласие на участие в таком исследовании может быть обусловлено пребыванием в заключении. При этом необходимы меры предосторожности, гарантирующие, что заключенный дал свое согласие без принуждения и на основе полной информации. При этом необходимо соблюдать те же правила, что и в обществе.

Медицинский осмотр при поступлении

Необходимо подчеркнуть важность медицинского осмотра при поступлении, поскольку основной целью осмотра является раннее выявление критического состояния здоровья, которое могут потребовать принятия незамедлительных мер для защиты здоровья нового заключенного, а в случае с заразными заболеваниями, защитить здоровье других лишенных свободы лиц. Именно поэтому такое обследование, кроме исключительных случаев, должно быть проведено в день поступления заключенного.²⁰ По результатам визитов ЕКПП в ряд стран, в отчетах комитета отмечены неоправданные задержки в проведении медицинского осмотра при поступлении²¹, или же такие осмотры носили поверхностный и неполный характер²².

Помимо этого, медицинское обследование при поступлении дает медицинскому работнику возможность установить с новым заключенным доверительные отношения и предоставить информацию о:

- конфиденциальности в работе медицинских специалистов и профессиональной независимости;
- прав и обязанностей лишенных свободы лиц на здравоохранение;
- организации службы здравоохранения и того, как, когда, где и от кого получать медицинскую помощь и консультации;
- риске, который представляют заразные заболевания в тюрьме, и то, как исключить такой риск;
- скрининговых осмотрах на предмет туберкулеза, ВИЧ инфекции и гепатита В/С;
- любых программах специального лечения и укрепления здоровья в местах лишения свободы.

Данная информация должна быть представлена в понятном для лица, лишенного свободы, виде. Важно учитывать трудности обучения и неграмотность, а также языковые барьеры, которые зачастую распространены в среде тюремного населения. Полезными являются правильно составленные раздаточные материалы и их перевод на соответствующие языки.

²⁰Стандарты ЕКПП 2002 год, редакция от 2011 года

²¹ЕКПП/Inf (2009)38; (2011)20; (2012)17; (2012)32

²²ЕКПП/Inf (2011)33; (2011)24; (2012)17; (2012)34

В ходе медицинского обследования при поступлении заключенного, врач или медицинская сестра должны представиться, назвать свое имя и должность и постараться создать атмосферу уважения, доверия, приватности и уважения к чувству достоинства. Медицинский осмотр при поступлении, как и любой первый медицинский осмотр в обществе, должен включать тщательный сбор медицинского анамнеза и клиническое обследование. Для обеспечения возможности предпринять немедленные действия после медицинского осмотра при поступлении в тюремное учреждение, особое внимание необходимо уделять следующим обстоятельствам:

- признаки психических расстройств;
- факторы риска самоубийства;
- история и признаки алкогольной или наркотической зависимости и синдрома отмены;
- свидетельства и/или признаки насилия и жестокого обращения;
- заразные заболевания;
- психические расстройства или физические ограничения, ведущие к особой уязвимости в тюрьме.

Пациентам, страдающим от острого психоза или глубокой депрессии, требуется немедленное лечение в психиатрическом учреждении. Схожим образом, заключенным, подверженным риску самоубийства, требуется немедленная медицинская поддержка и специальное наблюдение^{23, 24}. Недостаточное внимание к проблеме выявления таких пациентов в местах лишения свободы и/или принятию надлежащих мер критикуются в отчетах ЕКПП, подготовленных по результатам визитов²⁵. В таких случаях ЕСПЧ усматривал нарушение Статьи 2 (право на жизнь), и/или Статьи 3 (запрет пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращение или наказания) ЕКПЧ.²⁶

Пациенты, зависимые от психотропных препаратов, подвержены риску развития потенциально опасного для жизни синдрома отмены в первые дни после заключения в тюрьму. Таким образом, необходимо надлежащее медицинское обслуживание. В этом отношении в ряде стран ЕКПП выявил недостатки²⁷. В прецедентном праве ЕСПЧ был также зарегистрирован, по крайней мере, один случай синдрома отмены со смертельным исходом, что является нарушением

²³Стандарты ЕКПП 2002 год, редакция от 2011 года

²⁴Этические и организационные аспекты охраны здоровья в местах лишения свободы. Рекомендация Совета Европы R(98)7

²⁵ЕКПП/Inf (2006)3; (2006)24; (2012)11

²⁶Кинан против Соединенного Королевства 27229/95; Гювеч против Турции 70337/01; Ривьер против Франции 33834/03; Ренольд против Франции 5608/05; Де Дондер и де Клиппел против Бельгии 8595/06; Дыбеку против Албании 41153/06; Кетреб против Франции 38447/09; Муизель против Франции 67263/01; Тарариева против России 4353/03

²⁷ЕКПП/Inf (2004)20; (2006)14; (2007)42; (2012)32

Статьи 3 ЕКПЧ (запрет пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания).²⁸

В соответствии с законодательством многих стран, стандартами ЕКПП²⁹, ЕПП, параграфом 42.3с,³⁰ декларациями Всемирной медицинской ассоциации (ВМА)^{31, 32, 33} и Стамбульским протоколом³⁴, врач, работающий в тюремном учреждении, обязан вести документальный учет признаков насилия и, в особенности, жестокого обращения, о которых ему/ей становится известно, и докладывать об этом администрации с согласия пациента. Соответствующие документы необходимо составлять без задержек, поскольку физические признаки насилия со временем исчезают, и надлежащем образом представлять их в суде³⁵. Указанные обстоятельства должны незамедлительно доводиться до сведения соответствующих властей с целью недопущения продолжения насилия и жестокого обращения. Медицинский осмотр при поступлении также должен выявлять любые признаки насилия или жестокого обращения. Постоянное нарушение данных принципов критикуется ЕКПП в ходе посещения стран.³⁶ Заявления о жестоком обращении должны регистрироваться врачом тюремного учреждения и, наряду с объективными результатами медицинского осмотра и выводами о соответствии таких результатов и заявления, незамедлительно доводиться до внимания прокурора.^{37, 38}

Очень важную роль играет скрининг на предмет заразных заболеваний в ходе медицинского обследования при поступлении с целью выявления пациентов, которых необходимо изолировать, а также с целью профилактики распространения заболеваний, например, таких как передающийся воздушным путем туберкулез. Изоляция заключенных по причине риска инфицирования должна осуществляться в пенитенциарном учреждении таким же образом, что и обществе,³⁹ т.е. нет никаких причин изолировать заключенных с инфекций ВИЧ или гепатита В и С. Однако просвещение и информирование о рисках заражения данными инфекциями в тюремном учреждении посредством мер, снижающих риски нанесения вреда, проведения добровольных конфиденциальных консультаций и анализов, а также, при необходимости ранней терапии, должны быть частью медицинских консультаций при поступлении. В ходе некоторых недавних визитов ЕКПП

²⁸МакГлинчи и другие против Соединенного Королевства 50390/99

²⁹Стандарты ЕКПП 2002 год, редакция от 2011 года

³⁰Рекомендация Rec (2006)2 к Европейским пенитенциарным правилам

³¹Всемирная медицинская ассоциация: Токийская декларация. Рекомендации для врачей относительно пыток или других видов жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания в связи с арестом или содержанием в местах заключения. Токио 1975 год, пересмотренное издание Дивон-ле-Бен 2005 год.

³²Всемирная медицинская ассоциация: Декларация о поддержке врачей, отказывающихся участвовать в использовании или скрывать применение пыток или других форм жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения, Гамбург 1997 год

³³Всемирная медицинская ассоциация: Резолюция об ответственности врачей в осуждении актов жестокого или бесчеловечного или унижающего достоинство обращения, о которых им известно. Хельсинки 2003 года.

³⁴Стамбульский протокол. Руководство об эффективных принципах расследования и документального учета фактов пыток и другого жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения и наказания

³⁵Стандарты ЕКПП 2002 год, редакция от 2011 года

³⁶ЕКПП/Inf (2009)1; (2009)13; (2009)37; (2010)1; (2010)33; (2011)24; (2012)1

³⁷Стандарты ЕКПП 2002 год, редакция от 2011 года

³⁸Стандарты ЕКПП 2002 год, редакция от 2011 года

³⁹ЕКПП/Inf (2009)38; (2011)20; (2012)17; (2012)32

критиковал отсутствие или недостаточный скрининг на предмет заразных заболеваний в ходе медицинских осмотров при поступлении.⁴⁰

Лица с психическими расстройствами или физическими ограничениями являются особо уязвимыми в условиях тюремного заключения. В силу испытываемых затруднений они не понимают и/или не могут соблюдать строгие правила, действующие в местах лишения свободы, функционирующих по принципу «тотального института», и рискуют подвергнуться психологическому или физическому насилию со стороны безразличного персонала и сокамерников. В задачу медицинских работников входит выявление заключенных с ограниченными возможностями уже при поступлении с тем, чтобы предложить им гуманитарную помощь⁴¹ и рекомендовать надлежащие меры защиты. ЕСПЧ усмотрел нарушение Статьи 3 ЕКПЧ⁴² в случаях невыполнения этой обязанности и счел данный факт унижением человеческого достоинства. С учетом вышеозначенных обязанностей, которые должны выполнять медицинские специалисты в ходе медицинских консультаций при поступлении заключенного, становится ясно, что для выполнения всех этих задач для каждой консультации необходимо выделять достаточное время. Также, принимая во внимание требование о проведении консультаций в день поступления, медицинский персонал должен быть надлежаще укомплектован в соответствии с количеством ежедневных поступлений в тюремное учреждение, в особенности это касается учреждений досудебного содержания. Этот вопрос неоднократно затрагивался ЕКПП, в частности в ходе недавних визитов.⁴³

Несмотря на всю важность данного обстоятельства, необходимо помнить о том, что, как правило, медицинский осмотр при поступлении, равно как и любые другие потребности в медицинском вмешательстве, требуют согласия пациента.⁴⁴ Медицинские работники должны предлагать такой осмотр, однако у лица, лишённого свободы, есть право отказаться от осмотра. В случае отказа от осмотра, такой отказ необходимо зафиксировать документально в медицинской карте лишённого свободы лица.

Медицинский осмотр после случаев применения насилия

Согласно КМ/СЕ Рекомендация R (98) 7 и стандартам ЕКПП, «Тюремные службы здравоохранения могут внести свой вклад в предотвращение насилия против лиц, содержащихся под стражей, путем систематической регистрации телесных повреждений, а также, если необходимо, путем предоставления соответствующим властям общей информации об актах насилия в пенитенциарном учреждении».^{45, 46} Медицинский осмотр после случаев насилия является основной защитой от жестокого обращения и безнаказанности, а также насилия среди заключенных. Это относится не только к скринингу на предмет признаков насилия в ходе

⁴⁰ЕКПП/Inf (2011)26; (2012)1; (2012)4; (2012)11; (2012)15; (2012)17; (2012)32

⁴¹Стандарты ЕКПП 2002 год, редакция от 2011 года

⁴²Прайс против Соединенного Королевства 33394/96

⁴³ЕКПП/Inf (2012)1; (2012)9; (2012)17; (2012)19; (2012)21; (2012)32

⁴⁴Стандарты ЕКПП 2002 год, редакция от 2011 года

⁴⁵Стандарты ЕКПП 2002 год, редакция от 2011 года

⁴⁶ЕКПП/Inf (2011)33; (2011)24; (2012)17; (2012)34

медицинского обследования при поступлении, но и к медицинскому обследованию после каждого случая насилия при содержании в местах лишения свободы. Любое заявление о насилии или жестоком обращении должно регистрироваться и сопровождаться тщательным медицинским расследованием, регистрацией результатов и выводов врача, и, с согласия пациента, направляться прокурору в качестве основания для судебного разбирательства.⁴⁷ Помимо этого, каждый случай насилия должен заноситься в статистический учет, который ведется медицинскими специалистами для того, чтобы помочь властям оценить уровень насилия в тюрьме и предпринять превентивные меры. Невыполнение данных рекомендаций критиковалось ЕКПП в ходе нескольких визитов⁴⁸.

Медицинский осмотр перед освобождением

Согласно ЕПП, параграф 33.6, медицинский осмотр входит в процедуру подготовки лица, лишённого свободы, к освобождению. Обследование должно быть сделано непосредственно перед освобождением,⁴⁹ но так, чтобы время проведения осмотра позволяло выполнить эту процедуру должным образом. При получении лицом, лишённым свободы, конфиденциального медицинского заключения, являющегося источником медицинских данных для врача, который будет наблюдать этого человека после освобождения, можно дать заключенному медицинские рекомендации по уходу за собственным здоровьем в будущем. Особую значимость имеет информация, сообщаемая наркозависимым заключенным о высоком риске летальной передозировки в случае возобновления использования наркотиков после освобождения.⁵⁰ Последовательная медицинская помощь отбывшим наказание лицам имеет большое значение для лиц, получающих противомикробактериальные и антиретровирусные препараты, поскольку перерывы в терапии ведут к развитию лекарственно-устойчивого туберкулеза и лекарственно-устойчивых вирусных штаммов, как в отношении пациентов, получающих медикаментозное лечение психических расстройств, так и пациентов получающих метадонную заместительную терапию. Непрерывность такой помощи существенно снижает чрезмерно высокую смертность среди наркозависимых в первый день после освобождения.⁵¹ Непрерывность медицинской помощи в переходный период после освобождения из тюремного заключения, в сочетании с психосоциальной помощью или «последующим уходом»⁵², необходимо планировать задолго до освобождения, при этом медицинское обследование перед освобождением играет в этом процессе ключевую роль.

⁴⁷Стандарты ЕКПП 2002 год, редакция от 2011 года

⁴⁸Славомир Мусиаль против Польши 28300/06, дело Аертс против Бельгии 25357/94

⁴⁹Рекомендация Rec (2006)2 к Европейским пенитенциарным правилам

⁵⁰ВОЗ Европа: Профилактика острой смертности, связанной с зависимостью от препаратов, среди заключенных в период сразу после освобождения.

⁵¹Стандарты ЕКПП 2002 год, редакция от 2011 года

⁵²Непрерывный уход за лишенными свободы лицами, испытывающими проблемы с использованием препаратов: набор инструментов (Through care services for prisoners with problematic drug use – a toolkit).

1.5. Медицинская документация и учет

Можно утверждать, что с учетом нехватки медицинских специалистов и чрезмерного объема работ, они должны тратить свое время на экстренную помощь пациентам, а не подготовку документов и работу с бумагами. Однако квалифицированная помощь пациентам и непрерывный документальный учет отвечают не только интересам пациентов, но и интересам медицинских специалистов и администрации тюремного учреждения. Заявления о ненадлежащем медицинском уходе, при отсутствии опровергающих это медицинских документов, могут послужить основанием для обращения в ЕСПЧ.⁵³

На каждого пациента необходимо завести медицинскую карту с данными о диагностике и всеми записями о динамике состояния, включая любые специальные обследования, которые он прошел. Медицинские сотрудники должны вести ежедневный реестр с указанием всех инцидентов, касающихся пациента. Такие реестры полезны, поскольку позволяют получить представление о ситуации со здравоохранением в пенитенциарных учреждениях, и указывают на возможные проблемы частного характера.

У лица, лишеного свободы, должна быть возможность доступа к своей медицинской карте, за исключением случаев, когда это противопоказано по терапевтическим причинам, а также возможность требовать, чтобы информация из карты передавалась его/ее семье или адвокату. В случае перевода, карту необходимо направить врачу принимающего учреждения⁵⁴.

Ведение индивидуальной медицинской карты

В соответствии с законом о здравоохранении большинства стран, а также принципом равноценности медицинского обслуживания, специалисты службы здравоохранения в местах лишения свободы должны вести досье с медицинскими данными на каждого заключенного.

Досье должно включать полный медицинский анамнез, результаты медицинского осмотра при поступлении, все имеющиеся медицинские записи, касающиеся пациента, включая все консультации, проведенные по запросу пациента, заключения врача, его рекомендации и назначенное лечение. Под всеми записями должна стоять подпись. В ходе посещения ряда пенитенциарных учреждений ЕКПП выявил факты неполной регистрации или даже отсутствия медицинских записей⁵⁵. Во всех пенитенциарных учреждениях страны следует использовать стандартизированные медицинские досье для облегчения передачи медицинской информации между врачами в случаях перевода заключенных в другие тюремные

⁵³Маленко против Украины 18660/03

⁵⁴ЕКПП/Inf(2009)38

⁵⁵ЕКПП/Inf(2004)36; (2006)24; (2007)47; (2009)25; (2009)38; (2012)19 29) ЕКПП/Inf(2004)21; (2004)36; (2010)29; (2010)20

учреждения. Особую значимость имеет тщательный и подробный документальный учет:

- результатов осмотра при поступлении;
- информации о любых диагнозах, предполагающих серьезные последствия с точки зрения прогноза, лечения или передачи заболеваний;
- неотложных состояний;
- информации об осмотрах и лечении с возможными нежелательными побочными эффектами;
- информированного согласия и несогласия или отказа от рекомендованного обследования или лечения;
- любых записей о признаках насилия;
- любых обстоятельств нарушения медицинской конфиденциальности или согласия пациента.

Пациенты должны получать разъяснения диагнозов, прогнозов, рекомендации по лечению и альтернативному лечению, информацию о побочных эффектах лечения и любых рисках не проведения лечения, с тем, чтобы пациент мог дать информированное согласие или отказ. Предоставляемая заключенному информация должна быть документально отражена в досье пациента. При проведении инъекций или лечении с определенными нежелательными побочными эффектами, следует получить письменное согласие пациента.

Только врачи, медицинские сестры и другие медицинские специалисты, имеющие обязательство сохранять конфиденциальность, имеют доступ к медицинским досье, которые должны храниться под замком отдельно от индивидуальных административных досье заключенных. Тюремные врачи или медицинские сестры не должны допускать раскрытия медицинских данных пациента тюремной администрации или любой другой третьей стороне без ясно выраженного согласия пациента. Исключениями из правила являются: распоряжение суда (в таком случае врач должен передать информацию судье напрямую), а также те редкие случаи, когда врач должен принять решение о нарушении конфиденциальности с тем, чтобы защитить преимущественное юридическое право – спасение здоровья и жизни другого человека, например. И в том и в другом случае врач обязан соответствующим образом проинформировать заключенного. В ходе визитов ЕКПП постоянно подчеркивал необходимость улучшить ситуацию с конфиденциальностью медицинских данных заключенных.⁵⁶ Некоторые государства находятся в процессе внедрения системы электронного учета медицинских данных, однако для этого требуется соответствующая защита с тем, чтобы только у медицинского персонала был доступ к индивидуальным медицинским данным пациента.

⁵⁶ЕКПП/Inf(2004)36; (2006)24; (2007)47; (2009)25; (2009)38; (2012)19 29) ЕКПП/Inf(2004)21; (2004)36; (2010)29; (2010)20

Запрос от пациента на доступ к своему медицинскому досье должен быть утвержден врачом. В случае перевода, запечатанная копия медицинских данных должна быть передана медицинскому персоналу принимающего учреждения. После освобождения, пациенту вручается медицинское заключение. Представленная в заключении медицинская информация будет использована при дальнейшем лечении пациента врачом в общественном учреждении, при необходимости данная информация также может включать данные из медицинских записей. После выписки пациента, медицинские записи должны храниться тюремными службами на протяжении предписанного законом периода.

Врач тюремного учреждения должен исследовать и вести документальный учет всех признаков физического, психологического и сексуального насилия. В ходе медицинского обследования при поступлении, заключенный может сообщить о насилии со стороны полиции. По этой причине важно доводить такие свидетельства до сведения властей. Если лишенное свободы лицо не дает согласия на передачу таких сведений, врач должен найти способ, который бы позволил сохранить личность пациента в тайне от нарушителя. Стамбульский протокол⁵⁷ содержит рекомендации в отношении профессиональной и юридической документации, а также нетравматических методов обследования в случае насилия или жестокого обращения.

Доступ к медицинским картам и другой медицинской информации

Пациентам должна быть предоставлена вся существенная информация (при необходимости, в форме медицинского отчета) относительно состояния их здоровья, курса лечения и предписанных лекарств. Желательно, чтобы у пациентов было право ознакомиться с содержанием своих медицинских карт, за исключением тех случаев, когда это не рекомендуется с терапевтической точки зрения.

Они должны иметь возможность обращаться с просьбой о передаче этой информации своим семьям и адвокатам или врачу вне учреждения.

Статистические медицинские данные (не относящиеся к пациенту)

В соответствии с нормами национального законодательства и при поддержке общественных органов здравоохранения, врач тюремного учреждения должен вести статистический учет всех аспектов медицинского обслуживания, предоставляемого в местах лишения свободы: количество консультаций, преобладающие патологии, т.е. число диагнозов в соответствии с положениями Международной классификации болезней (МКБ), включая специальные записи о

⁵⁷Стандарты ЕКПП 2002, пересмотрено 2011

болезнях, подлежащих регистрации, таких как: туберкулез (Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разработала стандартные критерии выявления заболеваний и категорий лечения), дизентерия, случаи заболевания гепатитом и ВИЧ. Такие статистические данные гораздо проще обрабатывать посредством электронных систем ведения медицинской документации, которые служат основой финансового планирования, а также внедрения и оценки программ, направленных на укрепление здоровья и профилактику заболеваний.

Как упоминалось выше, врачи, работающие в пенитенциарных учреждениях также должны вести статистический учет всех травм и причин травм (насилие среди заключенных и жестокое обращение), а также регулярно передавать информацию администрации пенитенциарных учреждений. Систематический учет фактов насилия облегчает оценку ситуации и превентивных мер и может даже сам оказывать превентивный эффект. В ходе визитов в тюремные учреждения⁵⁸ ЕКПП постоянно рекомендовал вести систематическую регистрацию всех случаев насилия.

1.6. Другие этические проблемы

Участие врачей, работающих в тюремных учреждениях, в вопросах обеспечения безопасности и принятии дисциплинарных мер

Для лишенных свободы лиц, терапевты, работающие в тюремном учреждении, выступают в роли лечащих врачей, которым следует устанавливать с заключенными позитивные отношения. Практика, когда врачи, работающие в тюремных учреждениях, дают заключение о том, позволяет ли состояние пациента содержать его в одиночной камере в качестве наказания (или любом другом типе одиночного заключения, применяемого против воли заключенного), не способствуют установлению таких отношений. Данный вопрос подчеркивается в ЕПП. Медицинский персонал не должен принимать участия в процессе принятия решения, результатом которого становится одиночное заключение любого типа (за исключением применения таких мер по медицинским показаниям).

С другой стороны медицинский персонал должен быть очень внимателен к ситуациям, когда все заключенные помещаются в одиночные камеры. Информация о каждом таком заключении должна доводиться до сведения медицинского персонала, который навещает пациента сразу после того, как он помещается в камеру, и продолжает визиты в последующем на регулярной основе, по крайней мере, один раз в день, и оказывает ему/ей своевременную медицинскую помощь и, при необходимости, проводит лечение. В случае если здоровье заключенного подвергается серьезному риску по причине помещения в камеру одиночного заключения, врачи должны докладывать об этом директору тюремного учреждения.

⁵⁸СРТ/Inf (2009)13; (2010)3; (2010)27; (2010)33; (2011)3; (2011)20; (2012)1; (2012)9

Врач не должен проводить обыски или осмотры, которые запрашиваются администрацией, за исключением экстренных ситуаций, когда нет возможности задействовать другого врача. В исключительных обстоятельствах, когда нет возможности избежать осмотра полостей тела, такие манипуляции должны выполняться врачом, имеющим соответствующую подготовку. Однако, в интересах сохранения отношений между врачом и пациентом, такой врач не должен быть лечащим врачом заключенного. Этот аспект также подчеркивается ВМА в Положении об обыске тела заключенного⁵⁹.

В отдельных случаях могут быть предусмотрены специальные меры безопасности, однако систематическое помещение заключенных в огражденные решеткой места при проведении инъекций совершенно не оправдано. Такой подход может приравниваться к унижению достоинства заключенных и медицинского персонала⁶⁰.

Профессиональная независимость медицинского персонала в тюремных учреждениях

Персонал медицинской службы любого учреждения, где содержатся лица, лишённые свободы, подвержен потенциальному риску. Обязанностью персонала является забота о своих пациентах (больных заключенных), что может часто вступать в противоречие с вопросами управления тюремным учреждением и с мерами безопасности. Такая ситуация может породить сложные этические вопросы и проблемы выбора. Чтобы гарантировать независимость персонала в вопросах здравоохранения, важно, чтобы такой персонал был теснее связан с системой общественного здравоохранения.

Вне зависимости от мер, предпринятых учреждением, для обеспечения медицинской помощи в местах лишения свободы, необходимо, чтобы врачи, работающие в таких учреждениях, принимали клинические решения только на основании медицинских критериев, а качество и эффективность их работы оценивалась квалифицированным медицинским органом⁶¹.

Врачи, работающие с лицами, лишёнными свободы, и персоналом пенитенциарного учреждения

В отношении практики, когда врачи, работающие в местах лишения свободы, лечат как заключенных, так и персонал пенитенциарного учреждения, есть ряд оговорок⁶². Ресурсы, выделяемые на медицинское обслуживание заключенных, зачастую ограничены, и разделение рабочего времени врача может ухудшить качество ухода. В исключительных обстоятельствах такая двойная ответственность

⁵⁹ВМА Положение об обыске тела заключенного, Будапешт 1993, пересмотренное 2005 год

⁶⁰ЕКПП/Inf(2011)29

⁶¹11) ЕКПП/Inf(2004)36

⁶²ЕКПП/Inf(2006)11

должна сопровождаться специальными мерами обеспечения прав, гарантирующих равный подход. Например, необходимо заранее указать, какой процент рабочего времени врача отводится на работу с персоналом. Также желательно отдельно хранить лекарства, предназначенные для заключенных и персонала, и предусмотреть две отдельные консультационные комнаты.

Заключенные, выполняющие функции медицинского персонала

Участие лиц, лишенных свободы, в работе медицинской службы пенитенциарного учреждения является крайней мерой, даже если у таких лиц есть медицинское образование. Заключенные не должны выполнять медицинские манипуляции, требующие специальной подготовки, и ни при каких обстоятельствах не должны участвовать в раздаче лекарств.

Охрана пенитенциарного учреждения не имеет соответствующих полномочий для выдачи предписанных лекарств или проведения инъекций. Лекарства раздаются только медицинской сестрой или обученным фармацевтом, а инъекции проводятся только квалифицированным медицинским персоналом⁶³.

Гуманитарная помощь

Существуют специальные категории особо уязвимых заключенных, которым служба здравоохранения пенитенциарного учреждения должна уделять особое внимание, поскольку они не всегда способны отстаивать свои интересы в условиях заключения. К таким группам ЕКПП в ряде случаев относят:⁶⁴

- Матерей с детьми, содержащихся в местах лишения свободы.

Общепринятым принципом является то, что дети не должны рождаться в тюрьме, и, как правило, этот принцип соблюдается. Матери и ребенку должно быть позволено находиться вместе в течение, по крайней мере, определенного периода времени. При этом условия размещения должны предусматривать наличие персонала, специализирующегося на послеродовом и детском уходе. Решения о проведении мероприятий долгосрочного характера, влекущие разлучение с матерью, в особенности, о передаче ребенка обществу, должны приниматься в каждом отдельном случае с учетом медико-социальных потребностей.

- Подростков

При содержании под стражей подросткам должно быть позволено находиться в неизменной обстановке и пользоваться личными вещами. Необходимо свести к минимуму отрицательные последствия продолжительной социальной неприспособленности. Применяемый к ним режим должен основываться на интенсивной деятельности, включая социально-образовательные встречи, спорт,

⁶³ЕКПП/Inf(2011)19

⁶⁴ Стандарты ЕКПП 2002 год, редакция от 2011

образование, профессиональное обучение, экскурсии в сопровождении охраны и наличие подходящих факультативных видов деятельности.

- Заключенных, уязвимых вследствие медицинского или социального неблагополучия

Среди пациентов службы здравоохранения в местах лишения свободы всегда есть неуравновешенные, маргинальные личности, у которых в прошлом отмечались семейные травмы, длительное употребление наркотиков, конфликты с властями или другие проблемы в отношениях с обществом. Они могут быть буйными, с суицидными тенденциями или недопустимым сексуальным поведением, и большую часть времени неспособны контролировать себя или заботиться о себе. Проблемы этих лишенных свободы лиц не носят чисто медицинского характера, но врач учреждения, в котором они содержатся, может способствовать разработке социально-терапевтических программ, реализуемых в рамках тюремных подразделений и организованных в соответствии с требованиями общества и под тщательным надзором. Такие подразделения в состоянии уменьшить ощущение унижения, презрения и ненависти в среде лишенных свободы лиц, позволить заключенным обрести чувство ответственности и подготовиться к реинтеграции. Другое непосредственное преимущество программ такого типа состоит в том, что они подразумевают активное участие и вовлеченность персонала тюремного учреждения.

Некоторые лишенные свободы лица не способны к длительному содержанию в заключении по причине серьезных болезней, которые невозможно надлежащим образом лечить в условиях содержания под стражей. К данной категории также относятся те, кому, согласно медицинскому прогнозу, осталось жить недолго, лица с серьезными физическими недостатками или лица преклонного возраста. В таких случаях врач учреждения должен уведомить соответствующие органы о необходимости принятия альтернативных мер.

II. Психиатрический учет и план лечения – терапевтические и психосоциальные мероприятия в местах лишения свободы

По сравнению с обычным населением, у лиц, лишенных свободы, чаще встречаются симптомы психических расстройств.

При этом у лиц, содержащихся в охраняемых психиатрических больницах, и заключенных много общего. И те и другие особо склонны к возникновению проблем с психическим здоровьем. Зачастую для этой группы характерен пережитый опыт жестокого обращения, лишений, бездомности, безработицы, злоупотребления веществами и предыдущих контактов со службами психиатрической помощи. Многие заключенные испытывают проблемы со счетом и

грамотностью, у многих коэффициент умственного развития (IQ) ниже среднего^{65, 66}. Предполагается, что у одного из семи заключенных наблюдаются психотические расстройства или глубокая депрессия, и, примерно, у половины мужского населения тюрем и у каждой пятой женщины-заключенной присутствуют антисоциальные расстройства личности⁶⁷. Для следственных изоляторов и женского населения тюрем характерно непропорционально высокое распространение серьезных психических расстройств и самый высокий уровень заболеваемости. Психические расстройства (включая диагноз – злоупотребление веществами) зафиксированы у 37% мужской части приговоренных, 63% мужчин, находящихся в предварительном заключении, 57% приговоренных женщин и 76% женщин в предварительном заключении. Распространенным является наличие нескольких заболеваний, в особенности у лиц, находящихся в предварительном заключении. Приблизительно у четверти мужчин и трети женщин, находящихся в предварительном заключении, диагностировано два или более заболевания^{68, 69}.

Ясно, что доля серьезных, и, тем не менее, поддающихся лечению психических расстройств в местах лишения свободы, является существенной. С учетом ограниченных ресурсов пенитенциарной системы, вряд ли все нуждающиеся получают надлежащую помощь согласно нормам ЕКПЧ.

2.1. Психиатрическая служба в местах лишения свободы

Высокая распространенность психических заболеваний в условиях заключения повышает ответственность тюремной службы здравоохранения. Прежде всего, в работе службы здравоохранения в каждом учреждении, где содержатся лишенные свободы лица, должен участвовать врач со специализацией по психиатрии, кроме того, некоторые из работающих там медсестер должны получить подготовку в этой области. Обеспеченность врачами, медсестрами и другим медицинским персоналом, а также внутренняя планировка мест содержания лиц, лишенных свободы, должны позволять регулярно проводить программы лекарственной, психотерапевтической и трудовой терапии⁷⁰.

⁶⁵Н. Синглтон, Х. Мельтцер, Р. Гэтворд (1998) психиатрическая заболеваемость среди заключенных в Англии и Уэльсе. Лондон: Национальная статистическая служба.

⁶⁶Ее Величества инспекция тюрем (2000) *Unjust Deserts*: Проведенный старшим инспектором Ее Величества тематический обзор лечения и условий содержания не приговоренных заключенных в Англии и Уэльсе. Лондон: Министерство внутренних дел

⁶⁷С. Фазель, Дж. Данеш (2002) Серьезные психические расстройства у 23000 заключенных: систематический обзор 62 исследований. *Lancet*, 359, 545-550.

⁶⁸Дж. Ганн, А. Свинтон, М (1991) Заключенные с психическими расстройствами. Лондон: Министерство внутренних дел.

⁶⁹А. Маден, СиДжа Тейлор, Д Брук и др. (1995) Душевные расстройства у лиц, находящихся в предварительном заключении: Министерство внутренних дел.

⁷⁰Славомир Мусяль против Польши 28300/06, дело Аертс против Бельгии 25357/94

Меры, принимаемые в отношении психических расстройств в местах лишения свободы

Случаи, когда психиатрические заболевания остаются без лечения в пенитенциарном учреждении, часто попадают под определение бесчеловечного и унижающего достоинство обращения^{71, 72}, поэтому необходимы меры ad hoc. В отношении заключенных с психическими расстройствами следует рассмотреть принятие нижеследующих мер:

- мотивация и обучение медицинского персонала и психологов, работающих в тюрьме, постановке диагнозов, а также побуждение к активному участию в ведении таких пациентов;
- обеспечение специализированной помощи таким лицам в тюремном учреждении посредством привлечения психиатра для проведения регулярных консультаций;
- обеспечение достаточного количества психотропных препаратов;
- при необходимости, должна быть возможность долгосрочной стационарной помощи с активной психосоциальной составляющей;
- перевод психически больного заключенного в психиатрическое учреждение должен быть вопросом первостепенной важности.

Психически больные заключенные, проходящие лечение в общественных психиатрических больницах

Содержать и ухаживать за душевнобольными заключенными следует в больничном учреждении, которое укомплектовано надлежащим оборудованием и подготовленным персоналом. Таким учреждением могла бы быть обычная психиатрическая больница или специально оборудованное психиатрическое учреждение, действующее в рамках пенитенциарной системы.

По этическим соображениям, душевнобольных лиц, лишенных свободы, уместно госпитализировать вне пенитенциарной системы в учреждения, за которые ответственность несет государственная служба здравоохранения. С другой стороны, можно утверждать, что наличие психиатрического учреждения в рамках пенитенциарной системы позволяет осуществлять помощь больным в оптимальных, с точки зрения безопасности, условиях и повысить эффективность работы медицинской и социальной служб.

Какой бы подход не был выбран, количество мест такого психиатрического учреждения должно быть достаточным, поскольку слишком часто приходится долго

⁷¹ЕКПП/Inf(2005)18

⁷²Славомир Мусиаль против Польши 28300/06, дело Аертс против Бельгии 25357/94

ожидать необходимого перевода больного. Перевод такого лица в психиатрическое учреждение должен рассматриваться как вопрос первостепенной важности.

Заключенные, представляющие опасность по причине серьезного психического расстройства, должны содержаться в отделениях с повышенными мерами безопасности, а не в психиатрическом учреждении. Такие заключенные должны иметь доступ, в пределах больницы, к лечению и надлежащим терапевтическим мероприятиям, которые назначаются квалифицированным персоналом в целях предоставления таким лицам необходимой помощи⁷³.

2.2. Психиатрические отделения в пенитенциарном учреждении

Специализированные психиатрические отделения в пенитенциарном учреждении, как часть тюремной системы здравоохранения, могут выполнять разные функции. Наиболее распространенной функцией является лечение заключенных с душевными расстройствами, помещенных в такие отделения временно с лечебной целью, или ожидающих перевода в общественное лечебное учреждение. В редких случаях психиатрические отделения внутри пенитенциарной системы также могут быть использованы для содержания и лечения заключенных, относящихся к категории лиц, не несущих уголовной ответственности, в основном по причине отсутствия безопасного учреждения за пределами пенитенциарной системы. И, наконец, психиатрические отделения могут использоваться для размещения лиц, содержащихся в предварительном заключении, в целях оценки их психического состояния.

Нередки ситуации, когда при отсутствии специализированного психиатрического отделения в пенитенциарной системе, тюрьмы создавали охраняемые зоны или уровни для более уязвимых заключенных, включая лиц с душевными расстройствами.

Общие принципы ухода

в психиатрическом отделении пенитенциарного учреждения

Уход за лицами, которые помещаются в психиатрическое отделение при пенитенциарном учреждении, и их содержание под стражей в качестве меры безопасности должны основываться на принципах лечения и реабилитации. При этом нужно учитывать необходимые меры безопасности. Данный подход необходимо отразить в условиях проживания и в других учреждениях, предлагаемых для данной группы пациентов, а также в лечении и мероприятиях, которые для них проводятся. Более того, учреждения должны быть укомплектованы обученным медицинским персоналом, который способен установить доверительные отношения с пациентами путем прямого контакта⁷⁴. Кадровые ресурсы должны быть адекватны с точки зрения количества, категорий персонала (психиатры, терапевты, медсестры, психологи, трудотерапевты,

⁷³ЕКПП/Inf(2008)33

⁷⁴ЕКПП/Inf(2007)28

социальные работники и т.д.), а также их профессионального опыта и подготовки. Нехватка ресурсов зачастую может создавать в высшей степени рискованные ситуации для пациентов, несмотря на добрые намерения и искренние старания персонала.

Во многих случаях ЕКПП комментировал условия проживания лиц, помещаемых в психиатрические учреждения⁷⁵. Это, в частности, относится к психиатрическим отделениям в пенитенциарной системе. В психиатрическом отделении необходимо предусмотреть материальные условия, способствующие лечению и благополучию пациента, а также созданию благоприятной терапевтической среды. Создание благоприятной терапевтической среды включает в себя, прежде всего, предоставление пациенту достаточного жизненного пространства, а также обеспечение адекватного освещения, отопления и вентиляции, поддержание учреждения в удовлетворительном состоянии и соответствие нормам больничной гигиены. Обеспечение помещением по принципу малых групп является решающим фактором в сохранении/восстановлении у пациента чувства достоинства, а также ключевым элементом политики, направленной на психологическую и социальную реабилитацию пациентов. Структуры подобного типа также облегчают процесс распределения пациентов на соответствующие категории с учётом терапевтических показаний. Необходимо создать условия, при которых пациенты могли бы «справлять нужду» не на глазах у остальных пациентов. Также должны учитываться потребности пациентов пожилого возраста и инвалидов; например, туалеты, конструкция которых не позволяет пользователям садиться, не подходят для таких пациентов. Наряду с этим, необходимо оборудование, позволяющее персоналу оказывать адекватную помощь (включая и средства личной гигиены) пациентам, прикованным к постелям. Отсутствие подобного оборудования создаёт невыносимые условия. Следует также заметить, что отмечаемая в некоторых психиатрических учреждениях практика постоянного ношения пациентами пижам и ночных сорочек не содействует укреплению чувства индивидуальности и самоуважения; индивидуализация одежды должна являться частью терапевтического процесса.

Душевнобольные пациенты, включая пациентов, находящихся под следствием должны, если позволяет состояние здоровья, иметь возможность заниматься на открытом воздухе. При этом такое место должно быть достаточно просторным, безопасным и защищенным от непогоды⁷⁶.

2.3. План лечения

Психиатрическое лечение должно основываться на индивидуальном подходе, предполагающем разработку плана лечения для каждого конкретного пациента с указанием целей лечения, средств терапии, а также ответственного медицинского

⁷⁵Стандарты ЕКПП 2002 год, редакция от 2011

⁷⁶ЕКПП/Inf (2004)40, ЕКПП/Inf (2012)4

персонала. План лечения также должен содержать результаты регулярного анализа психического состояния пациентов, а также лекарств, которые они получают. Пациенты должны принимать участие в составлении индивидуальных планов лечения и получать информацию об их выполнении⁷⁷.

Важно, чтобы разные категории персонала, работающего с душевнобольными пациентами, проводили регулярные встречи для развития командной работы и обсуждали изменения, которые необходимо внести в план лечения. Такая практика позволит ежедневно выявлять и обсуждать проблемы, а также вырабатывать рекомендации.

Психиатрическое лечение

Психиатрическое лечение должно включать широкий спектр терапевтических, реабилитационных и оздоровительных мероприятий, в частности, доступ к соответствующим лекарствам и медицинскому обслуживанию. Необходимы процедуры, обеспечивающие раздачу назначенных лекарств, а также постоянное наличие соответствующих медикаментов. Рекомендуется разработать ряд терапевтических возможностей и задействовать пациентов, получающих долгосрочное лечение, в реабилитационных психосоциальных мероприятиях для того, чтобы подготовить их к независимой жизни или возвращению в семью. Трудовая терапия должна быть неотъемлемой частью реабилитационной программы, предусматривающей мотивацию, развитие навыков обучения и общения, приобретение специальных навыков и повышение самооценки. Желательно также предложить им образование и подходящую работу.

Также важно уделять особое внимание обеспечению непрерывности лечения. Лечение включает медикаментозное лечение, а также широкий спектр реабилитационных и терапевтических мероприятий. Такое лечение не должно начинаться и прекращаться немедленно; перевод душевнобольных лиц из одной среды в другую с новым набором правил и резким прекращением лечения, может нанести вред их здоровью⁷⁸.

Лечение по решению суда

Лечение заключенных, не несущих уголовной ответственности, по решению суда должно включать ряд терапевтических, реабилитационных и оздоровительных мероприятий, включая медикаментозное лечение и медицинский уход. Лечение должно быть направлено как на контроль симптомов заболевания, так и снижение риска повторного совершения преступления. Необходимо подчеркнуть, что терапевтические мероприятия, проводимые в отношении лиц, проходящих психиатрическую экспертизу по решению суда, не должны нарушать процесс

⁷⁷ЕКПП/Inf (2007)15, ЕКПП/Inf (2009)28, ЕКПП/Inf (2009)38

⁷⁸ЕКПП/Inf (2006)26

оценки, напротив, они могут помочь собрать ценную для экспертизы информацию⁷⁹.

Психофармакотерапия

Использование медикаментов при лечении психических расстройств является распространенной практикой при стационарном и амбулаторном лечении. Большинство психотропных препаратов разрабатывались для лечения депрессии, тревожных или психотических расстройств, например, шизофрении. Однако некоторые препараты, разработанные для иных целей, также показали свою полезность при психиатрическом лечении. Примерами являются использование антиконвульсантов при лечении биполярных расстройств или нейролептиков при лечении расстройства побуждений. При лечении психических расстройств психофармакотерапия может использоваться отдельно или в сочетании с психотерапией⁸⁰.

Основные группы психотропных препаратов

Нейролептики позволяют контролировать психические симптомы: тревожное возбуждение, галлюцинации (слуховые или зрительные), бред (ложные убеждения) и расстройство мышления.

Антидепрессанты позволяют лечить симптомы депрессии и тревожного возбуждения.

Анксиолитики (транквилизаторы) снижают уровень тревоги и возбуждения.

Помимо этого, определенные психостимуляторы полезны при лечении синдрома нарушенного внимания, также есть препараты, используемые для стабилизации перепадов настроения (тимостабилизаторы).

Общие проблемы психофармакотерапии

Безусловно, психофармакологическое лечение зачастую является необходимым компонентом ухода за пациентами, страдающими психическими расстройствами. Должны быть разработаны процедуры, обеспечивающие фактическое предоставление назначенных лекарств, а также гарантирующие регулярное принятие пациентом необходимых лекарств и постоянное наличие необходимых медикаментов. Также необходимо внимательно следить за любыми признаками неправильного применения медикаментов.

Как и любая другая терапия, психофармакологическое лечение психических расстройств имеет свои плюсы и минусы. Наиболее распространенные проблемы следующие:

⁷⁹ЕКПП/Inf(2009)24

⁸⁰Б. Дж. Сэдок, В. Сэдок, Н. Сассмен (2006): Каплан и Сэдок: руководство по психотропной терапии (Sadock B J, Sadock V, Sussman N (2006): Kaplan and Sadock's Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment)

- недостаточная эффективность, что зачастую ведет к использованию доз, превышающих рекомендуемую лечебную дозу;
- побочные эффекты от использования лекарств: некоторые побочные эффекты определить несложно (паркинсонизм, дистонии); другие можно выявить при помощи анализов (агранулоцитоз, гиперпролактинемия), опросов (половая дисфункция) или тщательного наблюдения за вторичными симптомами (гирсутизм, метаболический синдром);
- необходимость использовать сочетание препаратов; важно взаимодействие между различными препаратами – взаимодействие может быть как фармакокинетическим (изменение абсорбции, связывание с белком, метаболизм или экскреция), так и фармакодинамическим.

2.4. Согласие на психиатрическое лечение

Принципиально важно, чтобы пациенты имели право на выражение свободного и информированного согласия в отношении назначаемого им лечения. Недобровольное поступление пациента в психиатрическое отделение, будь то в рамках гражданского или уголовного производства, не должно исключать получение информированного согласия в отношении назначаемого лечения.

Из этого следует, что любому вменяемому пациенту, проходящему лечение добровольно или не добровольно, должна быть предоставлена информация о предполагаемом лечении, а также возможность отказаться от лечения или какого-либо другого медицинского вмешательства. Любое отступление от этого фундаментального принципа должно применяться только в ясно и чётко определённых исключительных обстоятельствах⁸¹.

Согласие на лечение может квалифицироваться как свободное и информированное только, если оно основано на полной и точной информации о состоянии пациента и назначенном ему лечении. Всем пациентам должна систематически предоставляться соответствующая информация об их заболевании и предписанном лечении.

Использование препаратов по принципу *pro re nata* (PRN) (по мере необходимости) является исключительным случаем; при каждом применении PRN препаратов, необходимо незамедлительно уведомить врача, чтобы он мог проверить условия, в которых такой препарат назначается⁸².

Использование средств усмирения в психиатрических отделениях

Рекомендации по использованию мер усмирения в психиатрических отделениях приводятся в существенном разделе 16 Общего доклада ЕКПП⁸³. Лечение

⁸¹ЕКПП/Inf(2008)29, ЕКПП/Inf(2012)11, ЕКПП/Inf(2007)40

⁸²СРТ/Inf(2012)34

⁸³ЕКПП/Inf(2006)35

психически неустойчивого (и, возможно, буйного пациента) следует проводить под строгим наблюдением, с обеспечением ухода за больным и, если будет признано необходимым, в сочетании с применением медикаментов. В каждом психиатрическом отделении должна быть внятная политика в отношении мер усмирения. Важнейшее значение имеет вовлеченность руководства учреждения и персонала в разработку этой политики и поддержка такой политики с их стороны. Политика учреждения в этой области должна прояснять, какие средства усмирения могут быть использованы, при каких обстоятельствах допустимо их использование, какие есть практические способы их применения, а также как осуществляется необходимый контроль за их применением и какие действия должны быть предприняты после окончания применения каждой меры усмирения. Эта политика должна содержать и определенные разделы по другим важным вопросам, таким как: подготовка персонала; как подаются и рассматриваются жалобы на действия персонала; внутренние и внешние механизмы отчетности и опросы.

Существуют разные методы контроля над возбужденными и/или буйными пациентами, которые могут использоваться по отдельности или в сочетании друг с другом:

- сопровождение (когда сотрудник персонала постоянно находится рядом с пациентом, и, в случае необходимости, вмешивается в его или ее поведение);
- физическое удержание руками;
- механические меры стеснения - ремни, смирительные рубашки или закрытые кровати;
- медикаментозное усмирение (лечение лекарственными средствами пациента вопреки его/ее воле с целью контроля над поведением);
- изоляция (недобровольное помещение пациента в одиночную закрытую палату).

Метод, избираемый в отношении каждого отдельного пациента, должен быть наиболее соразмерным (среди других имеющихся способов воздействия) возникшей ситуации. Средства усмирения являются крайней мерой, применяемой для предупреждения неизбежного ущерба здоровью, для снижения крайнего возбуждения или предотвращения насилия. Применение средств усмирения правильным способом и при соблюдении соответствующих условий требует того, чтобы сотрудник персонала обеспечивал прямой, личный и постоянный надзор за пациентом. Для каждого отдельного случая применения средств усмирения необходимо разрешение врача или, по крайней мере, его своевременное информирование об этом для того, чтобы разрешить применение такой меры.

Когда чрезвычайная ситуация, приводящая к применению средств усмирению, прекращается, пациент должен быть незамедлительно освобожден. Нельзя оправдать использование средств стеснения в течение длительного периода времени (несколько дней).

После прекращения использования средств усмирения чрезвычайно важно провести собеседование с пациентом. Для врача это возможность объяснить пациенту, почему к нему была применена данная мера, это снизит психологический шок пациента от пережитого, а также восстановит отношения между врачом и пациентом.

Обстоятельства использования мер усмирения не должны ухудшать психическое и физическое состояние здоровья пациента, к которому была применена мера стеснения.

В целом, помещение, в котором к пациенту применяется мера усмирения, должно быть приспособлено для этой цели. Помещение должно быть безопасным и соответствующим образом освещаться и отапливаться для того, чтобы создать для пациента такие условия, в которых он мог бы успокоиться. Пациент, к которому применяются меры усмирения, должен быть одет и его не должны видеть другие пациенты. При применении мер усмирения необходимо делать это умело и тщательно, для того чтобы не создать угрозы здоровью пациента и не причинить боль. Не должны нарушаться жизненные функции пациента, такие как дыхание и возможность говорить, есть и пить. Если пациент склонен к тому, чтобы кусаться, сосать или плевать, то потенциальный ущерб необходимо предупредить иным способом, чем заклеивание или завязывание рта.

Предпочтительно иметь специальный журнал для регистрации всех случаев применения мер усмирения, что послужило бы дополнением к отчетам в личном медицинском досье пациента. Записи в журнале должны включать время начала и окончания применения меры усмирения; обстоятельства дела; основания для применения такой меры; фамилию доктора, который отдал приказ о применении меры или одобрил ее; а также отчет о любых возможных телесных повреждениях, нанесенных пациентам или персоналу.

Снижение частоты применения мер усмирения до приемлемого минимума требует изменений в профессиональной культуре психиатрического учреждения. В этой связи особую роль играет руководство этих учреждений. Установившаяся практика частого применения мер усмирения будет, скорее всего, доминировать до тех пор, пока руководство не станет поощрять применение альтернативных мер и предлагать персоналу такие альтернативы.

Психиатрическая помощь после выписки

Для лиц, проходивших психиатрическое лечение, необходимо предусмотреть дальнейшую помощь. Несмотря на то, что такому пациенту больше не нужно находиться в психиатрическом учреждении, ему, тем не менее, может

потребоваться лечение или нахождение в защищенной среде⁸⁴. Необходимо предусмотреть непрерывность лечения при возвращении заключенных в условия содержания под стражей.

2.5. Профилактика самоубийств

Высокая распространенность психических расстройств в условиях заключения повышает ответственность тюремной службы здравоохранения в части профилактики вредных психологических воздействий, которые являются следствием определенных аспектов содержания под стражей. Хорошо известно, что эффективная профилактика снижает риск развития психических расстройств⁸⁵.

Организация профилактики самоубийств

Профилактика самоубийств требует участия не только медицинских специалистов⁸⁶. 3-й Общий отчет ЕКПП приводит ряд рекомендаций на этот счет. Руководству пенитенциарного учреждения и главам службы здравоохранения учреждения необходимо хорошо понимать необходимость профилактики суицидов во всем учреждении и предусматривать соответствующие процедуры.

Необходимы активные усилия по профилактике самоубийств, реализуемые посредством специального мониторинга и установления доверительных отношений между заключенными и персоналом. Необходимо предпринять меры по координации профилактических мер, в частности, посредством регулярных и частых встреч полипрофессиональной команды, а также участия специалистов – психиатров и работников, выполняющих воспитательные функции.

Высокая степень суицидального риска требует принятия альтернативных мер профилактики самоубийств: усиленные и разнообразные формы деятельности, возможности для взаимодействия, контакты с внешним миром и эффективное лечение зависимости на основе полипрофессионального подхода.

Выявление лиц, подверженных риску самоубийства

Помимо медицинского освидетельствования по прибытии, важную роль играют процедуры приема и первых дней нахождения в изоляции. Если они правильно организованы, то позволяют выявить, по крайней мере, некоторых из тех, кто склонен к самоповреждениям, и частично снизить чувство тревоги, свойственное всем вновь прибывшим заключенным. Следует иметь в виду, что в периоды

⁸⁴ЕКПП/Inf(98)12

⁸⁵Профилактика психических расстройств. Эффективные вмешательства и альтернативные варианты политики. Отчет Всемирной организации здравоохранения. Департамент психического здоровья и борьбы с наркоманией в сотрудничестве с научным центром профилактики университетов Неймегена и Маастрихта. В03 2004 год

⁸⁶Действия общественного здравоохранения по профилактике самоубийств. В03 2012 (Public Health Action for the Prevention of Suicide. WHO 2012)

непосредственно до и после суда, а в некоторых случаях, в перед освобождением наблюдается повышенный риск самоубийства⁸⁷.

Обучение персонала навыкам распознавания суицидальных наклонностей

Ответственность за профилактику самоубийств, включая выявление лиц с суицидальным риском, несет не только медицинский персонал. Весь медицинский персонал пенитенциарного учреждения, находящийся в контакте с заключенными, и в первую очередь сотрудники приемных отделений, должны быть обучены навыкам выявления суицидальных наклонностей⁸⁸.

Оценка риска суицида

Для оценки риска суицида (и членовредительства) в пенитенциарном учреждении необходим стандартный алгоритм. При проведении медицинского осмотра такой инструмент позволяет, в частности, обеспечить надлежащее внимание к лицам, страдающим от наркотической и алкогольной зависимости, поскольку эти факторы повышают суицидальный риск.

Необходимо предпринять соответствующие шаги для передачи полной информации о заключенных, находящихся в группе риска совершения суицида или членовредительства, всем, кто участвует в обслуживании заключенных, в том числе во время их перевода в другое учреждение.

Работа с лицами, подверженными суицидальному риску

Лицо, которое отнесено к группе риска, должно находиться под специально организованным наблюдением так долго, как это необходимо. Кроме того, такие лица не должны иметь свободного доступа к средствам лишения жизни (прутья оконных решеток, разбитое стекло, ремни или галстуки, и т.д.). Всем лицам, попадающим в группу риска совершения самоубийства, показаны консультации психолога, поддержка и работа в группах.

Заключенные с выраженными признаками суицидального или (ауто)-агрессивного поведения должны быть немедленно переведены в отделение неотложной психиатрической помощи. Если лицо, лишенное свободы, остается в тюрьме, то лечение и уход контролируются медицинским персоналом, а также сопровождаются регулярными медицинскими обходами и последующим наблюдением⁸⁹.

⁸⁷ЕКПП/Inf(2012)1

⁸⁸Стандарты ЕКПП 2002 год, редакция от 2011

⁸⁹ЕКПП/Inf(2011)5

2.6. Другие проблемы психического здоровья в тюремных учреждениях

Заклученные, склонные к членовредительству

Случаи членовредительства зачастую являются следствием проблем и состояний психологического или психиатрического характера, поэтому к ним нужно подходить с позиции терапии, а не применения мер наказания. В таких случаях изоляция (даже если это не является мерой дисциплинарного воздействия) может обострить психологические или психиатрические проблемы этих лиц. В каждом случае членовредительства необходимо проводить медицинский осмотр сразу после происшествия с целью оценки степени повреждения и психологического состояния заключенного⁹⁰.

Медицинское ведение заключенных, объявивших голодовку

Ведение лиц, объявивших голодовку в тюрьме, вопрос неоднозначный. Рекомендация КМ/СЕ № R (98) 7 в отношении этических и организационных аспектов здравоохранения в тюрьме, а также Декларация ВМА об отношении врачей к лицам, объявившим голодовку, принятая на Мальте в 1991 году, оставляют ситуацию, при которой голодовка начинает угрожать жизни заключенного, на усмотрение врача^{91, 92}.

Противоречие, возникающее между обязательством соблюдать право пациента на жизнь и уважением к независимости личности, должно рассматриваться с позиций медицинской этики, а также законодательства конкретной страны. В решении ЕСПЧ по делу X против Германии сказано, что если лишенное свободы лицо объявляет голодовку, это может привести к конфликту между частным правом на физическую целостность и обязательством договаривающейся стороны в соответствии со статьей 2 Конвенции. Данный конфликт нельзя разрешить только на основе конвенции⁹³. Суд, однако, счел, что ситуация когда постоянное принудительное кормление не имеет медицинского обоснования и направлено на то, чтобы вынудить объявившего голодовку прекратить протест, и при этом такое питание причиняет протестующему сильную физическую боль и вызывает чувство унижение, является пыткой⁹⁴.

ЕКПП рассмотрел данный вопрос в одном из своих отчетов⁹⁵. Власти страны несут ответственность по уходу за лицами, лишенными свободы. Такая ответственность предполагает защиту жизни лица, лишенного свободы, включая профилактику самоубийств, и любого другого действия, совершаемого данным лицом, которое может вызвать смерть или необратимый физический урон. Таким образом, решение о кормлении заключенного, объявившего голодовку, против его воли, в принципе, может быть оправдано с тем, что нужно не допустить необратимого физического вреда или смерти. С другой стороны, в большинстве законодательных

⁹⁰ЕКПП/Inf(2009)35

⁹¹Этические и организационные аспекты здравоохранения в тюрьмах. Рекомендации R (98) 7 The Ethical and Organisational Aspects of Health Care in Prison. Recommendation R (98) 7

⁹²Мальтийская декларация ВМА о лицах, объявивших голодовку

⁹³Дело X против Германии (1984) 7 EHRR (Отчеты Европейского суда по правам человека) 152

⁹⁴Дело Чорап против Молдавии 12066/02, дело Невмержицкий против Украины 54825/00

⁹⁵12. ЕКПП/Inf(2007)10

норм Европейских стран, а также международных сводах этических норм сказано, что вменяемый взрослый может отказаться от медицинского лечения, даже если такое лечение может спасти ему жизнь. Следовательно, представители администрации, взаимодействующие с объявившим голодовку лицом, зачастую сталкиваются с двумя правилами, которые могут противоречить друг другу: обязанность по уходу, обеспечивающему сохранность жизни, и правом заключенного на физическую целостность (включая право не принимать принудительное лечение).

Рекомендация № R (98) 7 КМ/СЕ определяет основные принципы, которым нужно следовать в случае объявления голодовки:

- лица, объявившие голодовку, должны получить объективное объяснение вредных последствий своих действий для физического здоровья, чтобы у них было понимание опасности длительной голодовки;
- клиническая оценка лица, объявившего голодовку, должна проводиться только с выраженного согласия такого лица, за исключением ситуаций, когда такое лицо страдает от серьезных психических расстройств, требующих перевода в психиатрическую службу;
- если, по мнению врача, состояние лица, объявившего голодовку, существенно ухудшается, доктор обязан сообщить о данном обстоятельстве соответствующим органам и предпринять действия в соответствии с законодательством страны и профессиональными стандартами.

Декларация ВМА об отношении врачей к лицам, объявившим голодовку, дает более подробные рекомендации по данному вопросу. В рекомендациях сказано, что длительное голодание может стать причиной смерти или постоянного вреда здоровью лица, объявившего голодовку; в них также сказано, что у лиц, объявляющих голодовку, нет желания умереть, однако некоторые из них на это готовы ради достижения своих целей. ВМА дает четкие рекомендации врачу относительно того, как действовать в случае объявления голодовки.

- Врачи должны оценить умственные способности лица, лишённого свободы. При этом необходимо убедиться, что у лица, намеренного голодать, отсутствуют нарушения психической деятельности, которые могут серьезно подорвать его способность принимать решения о состоянии здоровья. Лиц, с серьезными нарушениями психических способностей, нельзя считать участниками голодовки. Необходимо лечить их психические расстройства, а не позволять им участвовать в голодовке с риском для здоровья.
- Врач должен при первой возможности собрать подробный и точный анамнез лица, намеренного объявить голодовку. Необходимо разъяснить медицинские последствия любых нарушений здоровья. Врачи должны убедиться, что объявляющие голодовку лица понимают потенциальные последствия голодовки для своего здоровья, и простым языком объяснить им все отрицательные последствия. Врачи также должны объяснить, как свести к минимуму или отсрочить вред здоровью, например, за счет повышенного потребления жидкости. Поскольку решения об объявлении

голодовки могут носить серьезный характер, важно, чтобы пациент полностью понимал медицинские последствия голодания. Согласно мировому опыту в практике получения информированного согласия в области здравоохранения, врач должен убедиться, что пациент понимает предоставленную ему информацию, попросив его повторить то, что он понял из сказанного.

- До начала голодовки необходимо провести тщательное обследование объявившего голодовку лица. Ведение будущих симптомов, включая симптомы, не связанные с голоданием, следует обсуждать с лицом, объявившим голодовку. В случае длительного голодания следует также принимать во внимание личные ценности и пожелания голодающего в отношении медицинского лечения.
- Иногда объявившие голодовку лица соглашаются на внутривенное вливание физиологического раствора или другие формы медицинского лечения. Отказ принять определенные вмешательства не должен идти в ущерб другим аспектам медицинского ухода – лечение инфекций или снятие боли.
- Врачи должны разговаривать с объявившими голодовку наедине, за пределами зоны слышимости других людей, включая других заключенных. При общении необходимо добиться полной ясности, при необходимости, привлекается переводчик, не связанный с администрацией пенитенциарного учреждения, также необходимо соблюдать конфиденциальность.
- Врачи должны согласиться с тем, что отказ от еды или лечения – это добровольный выбор. Лица, объявившие голодовку, не должны подвергаться принуждению. Зачастую врачи могут в этом помочь, им также следует иметь в виду, что угроза принуждения может исходить от других заключенных, администрации или кого-либо еще, например членов семьи. Врачи или другие медицинские сотрудники не должны оказывать неоправданного давления на лицо, объявившее голодовку, с целью прекратить протест. Лечение или уход за объявившим голодовку лицом не должны зависеть от того будет ли прекращена голодовка или нет.
- Если врач не может, в силу моральных принципов, принимать отказ голодающего от лечения или искусственного питания, такой врач должен заявить о своей позиции с самого начала и передать лицо, объявившее голодовку, другому врачу, который согласен принять отказ объявившего голодовку лица.
- Очень важно не прекращать общение между врачом и лицом, объявившим голодовку. Врачи должны ежедневно осведомляться о намерении протестующих продолжить голодовку, а также о том, какими будут требования протестующих после утраты способности к осмысленной коммуникации. Эту информацию необходимо записать.
- На момент принятия врачом обязательств по ведению лица, объявившего голодовку, такое лицо могло уже утратить дееспособность, соответственно, отсутствует возможность обсудить пожелания протестующего, касательно медицинского вмешательства с целью спасения жизни. При этом следует учитывать требования, которые выдвигались объявившим голодовку до

утраты дееспособности. Выдвинутое заранее требование об отказе от лечения соблюдается, если оно отражает добровольное пожелание лица, высказанное на момент нахождения в сознании. В условиях заключения необходимо учитывать вероятность того, что требования, выдвигаемые заранее, могут быть результатом принуждения. Если у врачей есть серьезные сомнения в отношении намерений протестующего, то к любым требованиям необходимо относиться с большой осторожностью. Если же подготовленные заранее требования выдвигались протестующим добровольно и с полным осознанием своих действий, то такие требования, как правило, могут быть отклонены, только если они становятся необоснованными, поскольку с момента утраты дееспособности произошло радикальное изменение ситуации, в которой принималось соответствующее решение.

- Если разговор с объявившим голодовку лицом невозможен, а предварительных требований не выдвигалось, врачи должны действовать в соответствии с тем, что они считают наилучшими интересами такого лица. При этом необходимо учитывать высказанные ранее пожелания лица, объявившего голодовку, его личные и культурные ценности, а также физическое здоровье. Если свидетельства, подтверждающие наличие ранее высказанных пожеланий объявившего голодовку лица, отсутствуют, врачи должны принять решение о необходимости предоставления питания голодающему, при этом такое решение должно приниматься без стороннего вмешательства.
- Врачи могут счесть необходимым не следовать выдвинутым ранее указаниям об отказе от лечения, если, например, есть основания полагать, что решение об отказе был принято под давлением. Если после проведения реанимационных мероприятий и восстановления умственных способностей, объявившие голодовку лица, по-прежнему отказываются принимать пищу, такое решение необходимо уважать. С точки зрения этических норм допустимо позволить объявившему голодовку лицу уйти из жизни с честью, вместо того, чтобы подвергать его периодическим вмешательствам против воли.
- Искусственное питание допустимо с точки зрения этических норм, если объявившее голодовку лицо соглашается на это, будучи в дееспособном состоянии. Такое питание также приемлемо, если недееспособные лица не выдвигали добровольных предварительных требований об отказе от искусственного питания.
- Принудительное питание неприемлемо с точки зрения этических норм ни при каких обстоятельствах. Даже если при этом преследуются благие намерения, питание, сопровождающееся угрозами, принуждением и применением силы или использованием средств физического сдерживания, является формой бесчеловечного или унижающего достоинство обращения. Также недопустимым является принудительное питание заключенных с целью запугать или заставить других объявивших голодовку лиц прекратить протест.

Из вышесказанного следует, что ВМА считает насильственное кормление неприемлемым с точки зрения этических норм. В данном случае возникает конфликт ценностей между обязанностью по обеспечению ухода и защите жизни и правом на физическую целостность. Врачи должны пресекать любые действия, которые являются равносильными бесчеловечному и унижающему человеческое достоинство обращению.

В случае принятия решения о принудительном питании заключенного, объявившего голодовку, основанием для такого решения должна быть медицинская необходимость, и такое питание должно осуществляться в условиях, соответствующих медицинскому характеру принимаемых мер. Процесс принятия решения должен соответствовать установленной процедуре, предусматривающей надлежащие меры безопасности, включая принятие независимых медицинских решений. Психиатрическая оценка психического здоровья заключенного, находящегося в процессе голодовки, может помочь выявить те случаи, когда решение об отказе от пищи имеет психиатрические основания. Также психиатрическое обследование в течение голодовки может помочь команде медицинских специалистов, проводящих лечение, определить психические нарушения, влияющие на способность протестующего сделать осознанный выбор в отношении своей жизни и здоровья. Должна быть предусмотрена возможность обращения в суд, а также мониторинг всех аспектов выполнения решения. При применении методов принудительного кормления нужны специальные навыки, необходимо избегать необоснованного причинения боли, а силовое воздействие должно быть минимальным. Ущерб, наносимый физической целостности лица, объявившего голодовку, при принудительном кормлении должен быть минимальным.

Лечение лиц, совершивших преступление на сексуальной почве.

Лечение пациентов с парафилиями, вне зависимости от используемого метода лечения, всегда предпринималось в условиях решения большого количества клинических и этических дилемм. Основные этические вопросы в отношении лиц, совершивших преступления на сексуальной почве, включая парафилии, могут отражать необходимость обеспечения общественной безопасности и даже профессиональную ориентацию, предпочитающую наказание, а не лечение, даже если лечение проводится должным образом и является эффективным^{96, 97, 98, 99}.

⁹⁶П. Боуден (1991) Лечение: применение, злоупотребление и согласие. Преступное поведение и психическое здоровье 1: 130-141 (Bowden P. (1991) Treatment: use, abuse and consent. Criminal Behaviour and Mental Health 1: 130-141)

⁹⁷Ф. Берлин (2003) Лечение и законодательство в отношении лиц, совершивших преступления на сексуальной почве (Berlin F (2003) Sex offender treatment and legislation). J Am Acad Psychiatry Law 31: 510-513.

⁹⁸Т. Уорд, ТА Ганнон, А Биргден (2007) Права человека и лечение лиц, совершивших преступления сексуального характера. Преступления полового характера. (Ward T, Gannon TA, Birgden A (2007) Human rights and the treatment of sex offenders. Sex Abuse) 19: 195-21

Этот вопрос освещается в ряде отчетов ЕКПП¹⁰⁰. Существующие рекомендации сводятся к следующему:

- меры, направленные на недопущение повторения преступления, никогда не должны быть основаны только на соображениях эффективности. Попытки сосредоточиться только на снижении показателя рецидивов преступлений могут стать причиной серьезных нарушений прав человека. Существуют различные варианты лечения, основанные на психотерапии (включая групповую терапию), фармакотерапию (включая использование антиандрогенов) или их сочетание;
- до начала какого-либо медицинского лечения, необходимо получить свободное и информированное письменное согласие на проведение медикаментозного лечения (включая антиандрогенную терапию), с учетом того, что согласие может быть отозвано в любой момент. Заключение должен получить подробное объяснение (в том числе, в письменной форме) цели и возможных отрицательных эффектов лечения, а также последствий отказа проходить такое лечение.

Антиандрогенная терапия должна быть всегда основана на тщательной психиатрической и медицинской оценке конкретного лица, при этом такое лечение всегда должно быть добровольным. Необходимо разработать подробную процедуру, предусматривающую дополнительные меры безопасности: критерии включения и исключения такого лечения; медицинское обследование до, в ходе и после лечения; доступ к внешнему консультанту, включая независимое мнение другого специалиста; а также регулярную оценку лечения независимой медицинской службой. Назначение антиандрогенов должно сочетаться с психотерапией и другими формами консультирования с целью дальнейшего снижения риска рецидива преступлений. Также антиандрогенное лечение не должно являться условием для освобождения лиц, совершивших преступление сексуального характера. Лечение должно назначаться определенным лицам на основе индивидуальной оценки.

Хирургическая кастрация имеет необратимые физические последствия и прямые или косвенные последствия для психического здоровья. При этом она не дает гарантии того, что искомый результат (т.е. снижение уровня тестостерона) будет длительным. Преследуемая законом цель – снижение уровня рецидивов преступлений, должна уравниваться этическими соображениями, связанными с фундаментальными правами личности¹⁰¹. Хирургическая кастрация более не является повсеместно принятой медицинской процедурой при лечении лиц, совершивших преступление сексуального характера. Процедуры, имеющие

⁹⁹БС Елгер (2008) Исследование, проводимое среди заключенных: консенсус и разногласия в международных и европейских нормах. (Elger BS (2008) Research involving prisoners: consensus and controversies in international and European regulations.) *Bioethics* 22: 224-238

¹⁰⁰ЕКПЧ/Inf (2009)8: (2011)20

¹⁰¹М. Александр, Дж. Ганн, ДАГ Кук, ПиДж Тейлор, Дж Финч (1993) Допустима ли хирургическая кастрация в отношении лиц, совершивших преступление сексуального характера? (Alexander M, Gunn J, Cook DAG, Taylor PJ, Finch J (1993) Should a sexual offender be allowed surgical castration?) *Br Med Journal* 307: 790-793

необратимые медицинские результаты, не должны применяться к заключенным или содержащимся под стражей лицам, за исключением случаев очевидной медицинской необходимости.

2.7. Двойной диагноз в пенитенциарных учреждениях

От 3-х до 11% заключенных имеют нарушения, сопутствующие психическому расстройству (психотические расстройства или аффективные расстройства), а также расстройства, связанные со злоупотреблением психотропными веществами.

Термин «двойной диагноз» охватывает широкий спектр проблем, относящихся к психическому здоровью и злоупотреблению веществами. Двойной диагноз может иметь разное значение для разных медицинских специалистов, однако основные положения такого диагноза можно выразить в виде четырех наиболее распространенных комбинаций:

- основное психическое расстройство, провоцирующее использование веществ (страдающий от шизофрении принимает героин, поскольку это позволяет ослабить некоторые симптомы);
- наркотическая зависимость и/или прекращение приема наркотических средств, вызывающие психиатрические симптомы или заболевание (развитие депрессии после детоксикации – бессонница или подавленное настроение);
- психиатрическая проблема, обострившаяся по причине злоупотребления веществами (человек, испытывающий сильный страх опасности окружающих, использует марихуану, чтобы расслабиться; при этом выясняет, что марихуана усиливает паранойю, что в свою очередь усиливает отчуждение);
- ситуации, когда злоупотребление веществами не связано с психиатрическими проблемами (человек, испытывающий постоянное чувство страха, которое не уменьшается и не усиливается при использовании наркотических средств или алкоголя).

При нахождении в пенитенциарном учреждении, где доступ к запрещенным препаратам ограничен, психическое состояние пациента может быть стабильным. С другой стороны, среда с относительно небольшим количеством раздражителей, каковой является пенитенциарное учреждение, может еще больше замаскировать существующие психические проблемы. Употребление наркотических вещества даже в малых или умеренных дозах (нечастое употребление наркотических веществ, марихуаны или амфетамина, в относительно малых дозах), не представляющее проблем для большинства употребляющих наркотические вещества, может иметь пагубные последствия для лиц с серьезными психическими расстройствами. При отказе от алкоголя и наркотиков лицами с зависимостью

необходимы различные процедуры: метадоновая терапия, профилактика рецидивов алкогольной и наркотической зависимости после освобождения¹⁰²:

а) Опиат-зависимые пациенты с серьезными психическими нарушениями, помещаемые в пенитенциарные учреждения, должны пройти, по меньшей мере, двухнедельный период стабилизации. Следует избегать быстрой детоксикации;

б) Отмена бензодиазепа может спровоцировать появление симптомов психоза; повышенному риску в данном случае подвергаются пациенты с нарушениями мышления в анамнезе. До принятия решения о дальнейшем снижении дозы диазепама необходим период стабилизации. Страх и членовредительство могут быть следствием отмены бензодиазепа; показанием является стабилизация, сопровождающаяся постепенным снижением дозы;

с) Отмена стимулирующих средств может вызывать периоды краткой, но глубокой депрессии. Для полноценной отмены может потребоваться период от недели до нескольких месяцев, поскольку центральная нервная система адаптируется физиологически к изменениям химической среды. В этот период заключенный подвергается повышенному риску совершения самоубийства или членовредительства. Помимо этого, стимуляторы могут вызвать психотические эпизоды («амфитоминовый психоз»). Прекращение приема стимуляторов, здоровый сон и питание, как правило, позволяют справиться с проблемой. Также важно отметить, что использование стимуляторов распространено среди тех, кто испытывает хроническую апатию или имеет высокий порог раздражения, что характерно для лиц с расстройством личности, в частности с пограничным или антисоциальным расстройством. Таким образом, при планировании лечения важно определить основное расстройство личности.

Необходимо с большой осторожностью подходить к применению групповой терапии к лицам с двойным диагнозом. Многие люди, страдающие тяжелыми психическими расстройствами, пережили серьезный травматический опыт в детстве или недавнем прошлом. Они также могут испытывать сложности в общении. Данные вопросы имеют особую значимость для лиц, страдающих расстройством личности. Таким образом, тщательная и полная оценка, а также психологическая характеристика играют важную роль при принятии решения о выборе групповой или индивидуальной терапии.

Заключенные, страдающие расстройством личности

Термин расстройство личности в основном используется при наличии проблем, связанных с решением вопросов повседневной жизни, восприятием себя, других людей и окружающего мира. Считается, что расстройство личности является результатом взаимодействия генетических факторов, окружающей среды и нарушений в период раннего развития.

¹⁰²Двойной диагноз в пенитенциарных учреждениях: практическое руководство. Департамент здравоохранения. (A Guide for the Management of Dual Diagnosis for Prisons. Department of Health), Gov. UK 2009

В обществе, расстройство личности – распространенное нарушение здоровья. По оценкам эпидемиологов от 5 до 13% людей имеют проблемы, подпадающие под диагностические критерии, относящиеся к расстройству личности. Эпидемиологические исследования также показывают, что 20-50% людей, страдающих расстройством личности, злоупотребляют веществами, а 5-30% лиц, пользующихся услугами служб помощи наркозависимым, имеют такой диагноз.

Среди пациентов службы здравоохранения в местах лишения свободы всегда есть неуравновешенные, маргинальные личности, у которых в прошлом отмечались семейные травмы, длительное употребление наркотиков, конфликты с властями или другие проблемы в отношениях с обществом. Они могут быть агрессивными, демонстрировать суицидальные тенденции или недопустимое сексуальное поведение, и большую часть времени неспособны контролировать свои действия или заботиться о себе.

Исследования, проведенные в местах лишения свободы, показывают, что 50–78% заключенных страдают расстройством личности^{103, 104, 105, 106}. Работа с заключенными, страдающими расстройством личности, представляет большие сложности. При относительно небольшом количестве случаев, наиболее тяжелые формы заболевания связаны с серьезным с риском причинения вреда себе и окружающим. Таким заключенным свойственны комплексные психологические потребности, которые создают сложности с точки зрения ведения, терапии и поддержания безопасной окружающей среды.

Специализированные отделения продемонстрировали способность вести безопасную и конструктивную работу с наиболее сложными случаями, используя при этом высококачественную терапевтическую практику. Последние данные свидетельствуют о существенном снижении судебных приговоров и случаев насилия. В отношении ведения и лечения расстройств личности^{107, 108} разработаны полезные рекомендации, помогающие планировать деятельность служб, работающих с данными категориями заключенных. Основной акцент должен быть сделан на снижении преступного поведения, насилия и агрессии, а также злоупотребления веществами.

¹⁰³Дж. Койд, М Яанг (2006) Распространенность и корреляты расстройства личности в Великобритании.

Британский психиатрический журнал (Coid J, Yang M (2006) Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British Journal of Psychiatry*) 188: 423-31

¹⁰⁴М. Линехан, Х. Линехан и другие (1999) диалектическая поведенческая терапия пациентов с пограничным расстройством личности и наркотической зависимостью. Американский журнал зависимостей (Linehan M, Schmidt H et al (1999) Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence. *American Journal on Addictions*) 8 (4): 297-92

¹⁰⁵Е. Нэйс, С. Дэвис, Дж. Гаспар (1991) Сопутствующие заболевания оси II у наркозависимых. Американский журнал психиатрии (Nace E, Davis C, Gaspari J (1991) Axis II co-morbidity in substance abusers. *American Journal of Psychiatry*) 148: 118-20

¹⁰⁶Н. Синглтон, Х. Мельцер и другие (1998) Исследование психиатрической заболеваемости среди заключенных в Англии и Уэльсе. Национальная статистическая служба. (Singleton N, Meltzer H et al (1998) Study of psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales. Office for National Statistics)

¹⁰⁷NICE клиническое руководство. Антисоциальное расстройство личности: лечение, ведение и профилактика (NICE Clinical Guidelines. Antisocial personality disorder: Treatment, management and prevention). NHS (2009)

¹⁰⁸NICE Клиническое руководство. Пограничное расстройство личности: рекомендации NICE по лечению и ведению. Британское психологическое общество и Королевский колледж психиатров (NICE Clinical Guidelines. Borderline personality disorder: The NICE guideline on treatment and management. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists (2009)

Лица, страдающие психопатией, а также опасными и тяжелыми расстройствами личности, представляют небольшую часть людей с антисоциальным расстройством личности. При этом для них характерен очень высокий риск причинения вреда другим, и на их долю приходится существенная часть работы службы здравоохранения. В таких случаях эффективными являются, например, когнитивные и поведенческие вмешательства, направленные на снижение числа преступлений и других видов антисоциального поведения. Такие вмешательства необходимо адаптировать для данной группы за счет объединения пересекающихся индивидуальных и групповых сессий, при этом они должны быть более длительными и сопровождаться постоянным наблюдением и мониторингом.

Фармакологические вмешательства не должны использоваться регулярно для лечения расстройств личности или сочетанных проявлений агрессии, гнева и импульсивности. При лечении сопутствующих психических расстройств, в частности, депрессии и тревоги, может потребоваться применение фармакологического вмешательства. При начале лечения и контроле медицинской терапии сопутствующих психических расстройств, особое внимание необходимо уделять соблюдению соответствующего режима, а также рискам неправильного употребления и передозировки.

Лечение сопутствующих расстройств имеет первостепенную важность и должно происходить вне зависимости от того, проходит ли лишенное свободы лицо лечение расстройства личности или нет, поскольку эффективное лечение сопутствующих расстройств может снизить риск, связанный с психопатией или опасными и тяжелыми расстройствами.

Персоналу, работающему с лицами, страдающими антисоциальным расстройством, следует понимать, что благожелательный и поддерживающий подход с большей вероятностью принесет успех в организации начала и продолжения лечения, чем карательные меры. Врачам следует применять возможное лечение в атмосфере надежды и оптимизма, и объяснять пациентам, что выздоровление возможно и достижимо. Необходимо выстраивать доверительные и открытые отношения, вовлекать участников в процесс, не создавать предвзятых мнений, быть последовательными и надежными. Персонал, работающий с такими пациентами, должен пройти соответствующее обучение, иметь поддержку и контроль, который предпочтительно осуществляется извне. Такая поддержка позволяет справиться с эмоциональным давлением, и избежать истощения физических и душевных сил.

III. Профилактика распространения ВИЧ/СПИД и гепатита В/С в пенитенциарных учреждениях

3.1. Эпидемиология

В отличие от мировой тенденции к снижению распространенности ВИЧ инфекций и смертности от СПИДа в последнее десятилетие, за тот же период в странах Восточной Европы и Центральной Азии число ВИЧ инфекций и смертность от СПИДа выросли более чем на 25%. Количество людей с ВИЧ инфекциями в этом регионе утроилось с 2000 года, а основным фактором эпидемической динамики является передача заболеваний среди потребителей инъекционных наркотиков. По крайней мере, у четверти из 3,7 миллионов потребителей инъекционных наркотиков в этом регионе есть ВИЧ инфекция.¹⁰⁹ Степень инфицирования гепатитом С у потребителей инъекционных наркотиков находится в диапазоне от 40 до 90%¹¹⁰

Рост числа заключенных в ряде стран во многом является результатом усиленной охраны правопорядка, направленной на борьбу с распространением, владением или использованием незаконных наркотических средств, при этом такой рост сопровождается и увеличением числа заключенных, употребляющих наркотики. До 30% заключенных имеют опыт инъекционного приема наркотиков. В этом и заключается основная причина того, почему уровень распространенности ВИЧ и гепатита С и В среди заключенных почти в 30 раз выше чем среди людей того же возраста в гражданском обществе. Таким образом, пенитенциарные учреждения необходимо рассматривать в качестве эпидемиологических эпицентров таких передаваемых парентеральным путем инфекций как инфекции, передаваемые с кровью и/или половым путем. Тому есть две причины:

- в пенитенциарных учреждениях сосредоточены лица, которым свойственно поведение, сопряженное с риском инфицирования по причине: внутривенного введения наркотиков и обмена средствами введения, нанесения татуировок с использованием одних и тех же инструментов и незащищенных случайных половых актов. Эпидемия ВИЧ в пенитенциарном учреждении в основном объясняется внутривенным введением наркотиков, однако нельзя также упускать из виду передачу инфекции половым путем;
- такое сопряженное с риском поведение продолжается в местах лишения свободы в более опасных условиях нежели в обществе, либо возобновляется или начинается в условиях заключения, поэтому передача

¹⁰⁹Отчет ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИД 2010 год (ноябрь 2010) (UNAIDS Report on the global AIDS epidemic 2010 (November 2010))

¹¹⁰ЕМЦНН Европейский мониторинговый центр по наркотикам и наркомании

инфекций в пенитенциарном учреждении, и даже вспышки эпидемии происходили и будут происходить;^{111· 112· 113}

- профилактические меры и меры, направленные на уменьшение вреда, сложно применять и зачастую, в условиях заключения, такие меры отсутствуют;
- доступ к диагностическим средствам и терапии, направленной на снижение вирусной нагрузки инфицированных лиц, лишенных свободы, зачастую более ограничен, чем в обществе или отсутствует вовсе;
- освобожденные заключенные, заразившиеся в период пребывания под стражей, зачастую не зная об этом, переносят инфекцию в общество. Интенсивное перемещение осужденных с наркотической зависимостью между пенитенциарным учреждением и гражданским обществом является типичным, поскольку они, как правило, отбывают непродолжительные и периодически повторяющиеся сроки. Данное обстоятельство создает повышенный риск для общественного здравоохранения.

3.2. Международная документация

Непредоставление заключенным доступа к основным мерам профилактики и лечения, которые эквивалентны действующим в гражданском обществе, является нарушением права заключенных на здоровье и противоречит международному праву, а именно Международному пакту об экономических, социальных и культурных правах и Европейской социальной хартии^{114, 115}.

Ряд рекомендаций, правил, деклараций и резолюций, изданных Советом Европы и другими международными органами, подчеркивают обязательство администрации пенитенциарного учреждения по обеспечению профилактической медицинской помощи, особенно это касается эпидемии ВИЧ и гепатита С в местах лишения свободы.^{116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125}

¹¹¹Р. Юргенс, М. Новак, М. Дэй: ВИЧ и содержание в местах лишения свободы: пенитенциарные учреждения и содержание под стражей. Журнал международного общества борьбы со СПИДом (Jürgens R, Nowak M, Day M: [HIV and incarceration: prisons and detention. Journal of the International AIDS Society](#)) 2011, 14:26

¹¹²ВОЗ/УНП ООН/ЮНЭЙДС Вмешательства, направленные на борьбу с ВИЧ в пенитенциарных учреждениях: Комплексный анализ (технический документ: основания для принятия действий) и эффективность вмешательств, направленных на борьбу с ВИЧ в пенитенциарных учреждениях. Женева, ВОЗ, 2007 год (WHO/UNODC/UNAIDS Interventions to address HIV in prisons: Comprehensive review (Evidence for Action Technical Paper) and Effectiveness of interventions to address HIV in prisons. Geneva, WHO, 2007)

¹¹³ВОЗ Европа: политика в отношении ВИЧ/СПИД в пенитенциарном учреждении

¹¹⁴Статья 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах

¹¹⁵Статья 11 Европейской социальной хартии

¹¹⁶ВОЗ Европа: политика по борьбе с ВИЧ/СПИД в пенитенциарном учреждении

¹¹⁷Пенитенциарное учреждение и криминологические аспекты контроля заразных заболеваний, включая СПИД и сопутствующие проблемы со здоровьем в пенитенциарном учреждении. Рекомендация R (93) (Prison and Criminological Aspects of the Control of Transmissible Diseases including AIDS and Related Health Problems in Prison. Recommendation R (93)).

¹¹⁸Этические и организационные аспекты здравоохранения в тюрьмах. Рекомендация (The Ethical and Organisational Aspects of Health Care in Prison. Recommendation) R (98) 7, 1998

¹¹⁹Стандарты ЕКПП 2002 года, редакция 2011 год

¹²⁰ВОЗ/УНП ООН/ЮНЭЙДС: Профилактика СПИДа, уход, лечение и поддержка в условиях пенитенциарного учреждения. Основа эффективной национальной программы действий.

При посещении ряда стран, ЕКПП выявил серьезные пробелы в мерах профилактики распространения ВИЧ/СПИД и гепатита С.¹²⁶

Меры профилактики, направленные на борьбу с распространением ВИЧ/СПИД и гепатита В/С в пенитенциарном учреждении, можно разделить на четыре этапа: осознание проблемы и получение необходимых знаний о ней, снижение распространения наркотических средств и спроса на них, уменьшение вреда и медицинские меры.

3.3. Изменение отношения к проблеме и повышение осведомленности

Признание проблемы существования наркотиков и половой активности

Администрация пенитенциарных учреждений и политики по всему миру не хотят признавать наличие наркотиков, употребление наркотиков и наличие половой активности в местах лишения свободы, опасаясь, что общественность возложит на них ответственность за происходящее. Однако до тех пор, пока вопрос признания этой действительности остается под запретом, внедрить надлежащие меры, направленные на борьбу с распространением этих вирусов в местах лишения свободы, практически невозможно. Политикам и общественности необходимо понять, что профилактика распространения ВИЧ, гепатита С и других инфекций в местах лишения свободы играет важную роль не только для здоровья заключенных, что зачастую не является приоритетом для политиков, но и для общественного здоровья в целом. Молдавская модель обмена шприцев/игл в местах лишения свободы - впечатляющий и исключительный пример опыта по профилактике распространения инфекций, стала возможной только благодаря признанию данной реальности властями и общественностью. Это хороший пример эффективной политики, необходимой для реализации новых стратегий.¹²⁷

Альтернатива лишению свободы

Наиболее эффективной стратегией профилактики распространения парентерально передаваемых инфекций в местах лишения свободы является использование всех альтернативных лишению свободы вариантов. Практика наказаний за незаконное использование и хранение незаконных наркотических средств в целях личного

¹²¹Руководство ВОЗ по ВИЧ инфекции и СПИД в пенитенциарных учреждениях (WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons)

¹²²ВОЗ Европа: здравоохранение в тюрьмах. Руководство ВОЗ: основополагающие аспекты здравоохранения в тюрьмах. (WHO Europe: Health in Prisons. A WHO guide to the essentials in prison health)

¹²³Международная тюремная реформа: Дублинская декларация о ВИЧ/СПИД в пенитенциарных учреждениях Европы и Центральной Азии (Penal Reform International: Dublin Declaration on HIV/AIDS in Prisons in Europe and Central Asia)

¹²⁴Всемирная медицинская ассоциация: Эдинбургская декларация об условиях содержания в пенитенциарных учреждениях и распространении туберкулеза и других инфекционных заболеваний. (World Medical Association: Declaration of Edinburgh on Prison Conditions and the Spread of Tuberculosis and Other Communicable Diseases)

¹²⁵УНП ООН Краткий документ по вопросам политики в области профилактики и лечения ВИЧ в пенитенциарных учреждениях и других учреждениях закрытого типа: всеобъемлющий комплекс мер (UNODC Policy Brief. HIV prevention and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions) 2012

¹²⁶ЕКПП/Inf (2009)1; (2009)35; (2010)33; (2011)20; (2011)29; (2012)4; (2012)32

¹²⁷Обмен игл в местах лишения свободы: Выводы, сделанные по результатам подробного анализа международных данных и опыта. Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИД.

использования существенно отличается в зависимости от страны. С учетом высокого риска распространения инфекций необходимо уделить серьезное внимание отрицательным психологическим последствиям содержания в местах лишения свободы молодых наркозависимых людей, отсутствию надлежащего лечения и средств реабилитации для наркозависимых в местах лишения свободы, а также правовым основам и практике вынесения приговоров наркозависимым правонарушителям. Существует большое количество незначительных преступлений, в отношении которых на каждом уровне системы уголовного правосудия – полицейский участок, период предварительного заключения, суд, период после судебного разбирательства - следует учитывать все возможные альтернативы заключению под стражу лиц, употребляющих наркотики. К таким альтернативам относятся: замена уголовной ответственности альтернативными видами исправительного воздействия, альтернативные санкции, условно-досрочное освобождение, а также лечение, предлагаемое общественной системой здравоохранения.^{128, 129}

Обучение и тренинги

В соответствии с принципами, направленными на укрепление здоровья в местах лишения свободы,¹³⁰ непрерывные образовательные программы и тренинги в области борьбы с ВИЧ/СПИД и гепатитом В и С должны включать всех, кто имеет отношение к работе тюремного учреждения, т.е. заключенных, персонал и администрацию, а также лиц, находящихся или не находящихся в группе риска. Программы должны включать информацию об этиологии и патогенезе соответствующих инфекционных заболеваний, их течении, симптомах, диагнозе и лечении, а также путях и способах передачи, способах профилактики, средствах личной и общественной защиты, мерах, направленных на снижение вреда, и мерах, которые необходимо предпринять после контакта с источником заражения. Также в таких мерах должны содержаться рекомендации о прохождении добровольных и конфиденциальных консультаций и обследований. Информация о мерах, направленных на уменьшение вреда, и обследовании будет иметь профилактическую пользу только в том случае, если с ней можно будет ознакомиться в местах лишения свободы. В обучающих программах необходимо учесть низкий уровень грамотности, сложности в обучении, а также языковые барьеры, характерные для отбывающих наказание заключенных. При определении периодичности проведения образовательных и тренинговых сессий по данному вопросу необходимо учитывать периодичность обновления состава заключенных и персонала, а также важность поддержания знаний и осведомленности по данной теме на актуальном уровне.

¹²⁸УНП ООН: от принуждения к взаимодействию: лечение наркозависимости посредством здравоохранения, а не наказания. Материалы для обсуждения на научном семинаре 2009 год.

¹²⁹ЕМЦНН: Альтернативы заключению под стражу – работа с проблемными совершившими преступление наркозависимыми в ЕС 2005 год.

¹³⁰ВОЗ Европа: здравоохранение в тюрьмах. Руководство ВОЗ: основополагающие аспекты здравоохранения в тюрьмах. (WHO Europe: Health in Prisons. A WHO guide to the essentials in prison health)

Медицинские специалисты, помимо индивидуальных консультаций, должны привлекать представителей администрации пенитенциарных учреждений к участию в медицинских консультациях при поступлении (см. выше – медицинские консультации при поступлении), а также в образовательных и тренинговых программах, посвященных профилактическим мерам по охране здоровья. При этом следует использовать опыт, средства и инструменты, которыми располагают многие НКО для обучения мерам по борьбе с ВИЧ/СПИД и гепатитом В и С, а также убеждать администрации пенитенциарных учреждений обращаться к НКО для этих целей.

Следует использовать разнообразные методики обучения: индивидуальное обучение, групповые обсуждения, ролевые игры, театральные постановки, сопровождающиеся обсуждением, ознакомлением с раздаточным материалом, фильмами и другими аудиовизуальными инструментами. Особенно эффективными средствами обучения среди потребителей инъекционных наркотиков является обучение по принципу "равный - равному". Приглашения пройти добровольные конфиденциальные консультации и обследования должны быть неотъемлемой частью процесса обучения.

3.4. Снижение распространения наркотических средств и спроса на них

Важность усиленных проверок и обысков во избежание распространения наркотических средств не подвергается сомнению. Большое количество наркозависимых, находящихся в местах лишения свободы, делает пенитенциарные учреждения излюбленной мишенью рынка незаконных наркотиков, тюремных субкультур и неофициальных силовых структур в тех многочисленных тюрьмах мира, которые находятся во власти интересов этого нелегального рынка. Действительность показывает, что проверки и обыски не позволяют полностью избавиться от проблемы с наркотиками в местах лишения свободы. При этом есть основания полагать, что обыски, не сопровождающиеся другими превентивными мерами, могут дать обратный эффект по отношению к профилактике распространения парентерально передаваемых инфекций: наркотики, упакованные малыми дозами, легче пронести в тюрьму чем более крупные инструменты для инъекций. В результате наркотики распространяются в условиях отсутствия достаточного количества средств для инъекций, что ведет к повторяющемуся совместному использованию средств для инъекций и передаче вирусов. Как и в гражданском сообществе, необходима должным образом сбалансированная политика, основанная на четырех ключевых принципах: предотвращение использования, профилактика, снижение вреда и лечение. Все это может уменьшить риски использования наркотиков в местах лишения свободы, а также повысить профилактику распространения заразных заболеваний, передаваемых посредством инъекций.

В этой связи необходимо помнить о том, что в соответствии с принципами медицинской этики и международными рекомендациями, медицинские

специалисты, ухаживающие за лицами, лишенными свободы, в целях безопасности не должны участвовать в проверках и обысках или проверках на употребление наркотиков с тем, чтобы не потерять доверие своих пациентов.^{131, 132, 133} Данные действия являются прямой обязанностью сотрудников службы охраны. Если присутствие врача необходимо при обыске интимных частей тела, то таким врачом должен быть либо инспектор общественного здравоохранения, либо врач, не участвующий в медицинском обслуживании лиц, лишенных свободы.

Тюремные зоны, свободные от наркотиков. В некоторых странах в тюрьмах создаются свободные от наркотиков зоны где заключенные дают согласие на проведение выборочных анализов мочи с целью подтверждения отсутствия наркотиков в организме, при этом они получают определенные привилегии и/или улучшенные условия проживания по сравнению с обычными тюремными отделениями. Если проверка на наличие наркотиков дает положительный результат, заключенный немедленно переводится в обычное тюремное отделение. Такое сочетание стимулирующей мотивации и постоянного контроля оправдывает себя с точки зрения профилактики распространения и использования наркотиков, усиления самостоятельности лиц, лишенных свободы, уменьшения числа конфликтов и улучшения условий работы персонала. Такая система подходит только для тех лишенных свободы лиц, которые имеют сильную внутреннюю мотивацию, направленную на отказ от употребления наркотиков в период отбывания наказания.¹³⁴

Программы заместительной терапии. Метадоновая заместительная терапия является наиболее эффективным и хорошо документируемым способом лечения опиатной зависимости, это не только современное средство лечения лиц, употребляющих инъекционные опиаты, но также и одна из наиболее сильных мер профилактики распространения ВИЧ/СПИД и гепатита В и С. Данная терапия позволяет снизить потребность во внутривенном введении опиатов, которое сопряжено с высоким рискомпомогает стабилизировать пациентов с тем, чтобы они могли пройти дополнительное психотерапевтическое лечение и продолжить психосоциальную реабилитацию.¹³⁵

В соответствии с принципом равноценности медицинского обслуживания,¹³⁶ который применяется не только в отношении терапии, но и профилактических мер по охране здоровья, во всех странах, где реализуется метадоновая заместительная терапия, такая терапия также должна быть доступна в местах лишения свободы. Это важно не только по этическим соображениям, но и с точки зрения клинической практики и мер профилактики, поскольку в период нахождения

¹³²Стандарты ЕКПП 2002 года, редакция 2011 год

¹³³Всемирная медицинская ассоциация: ВМА - Положение об обыске тела заключенного, Будапешт 1993, пересмотренное 2005 год

¹³⁴ЕМЦНН: Передовой опыт: Свободная от наркотиков зона в тюрьме Хиртенберг (Best practices: Drug free zone in Hirtenberg prison)

¹³⁵Позиционный документ ВОЗ/УНП ООН/ЮНЭЙДС. Заместительная терапия при лечении опиоидной зависимости и профилактики ВИЧ/СПИД, 2004 (Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention, 2004)

¹³⁶Стандарты ЕКПП 2002 года, редакция 2011 год

в местах лишения свободы, прерывание метадоновой терапии вызывает синдром отмены опиатов и повышает риск возобновления внутривенного употребления наркотиков. Как правило, опасность передачи вируса в местах лишения свободы гораздо выше, чем в обществе. Помимо этого, метадоновая заместительная терапия в местах лишения свободы существенно снижает уровень смертности среди наркозависимых в первый день после освобождения из тюрьмы.¹³⁷

В силу всех указанных выше обстоятельств, по крайней мере, 26 европейских стран ввели применение метадоновой заместительной терапии в местах лишения свободы, а в семи странах Европы такое лечение проходят более 10% заключенных.¹³⁸ Метадон является наиболее распространенным заместительным средством, однако при этом используются и другие оральные опиоиды. На сегодняшний день уже существует опыт и подробные рекомендации о реализации метадоновой заместительной терапии в местах лишения свободы.^{139, 140, 141} Однако в отчетах, подготовленных по результатам недавних визитов, предпринятых ЕКПП в ряд стран, отмечается, что пенитенциарные системы в некоторых странах Европы нуждаются в существенном улучшении, для того чтобы соответствовать принципам столь важной стратегии профилактики.¹⁴²

Психотерапевтическое лечение и психосоциальный уход позволяют уменьшить распространенность наркотиков среди опиат-зависимых пациентов, принимающих наркотики внутривенно. В особенности это касается совмещения с метадоновой заместительной терапией. Таким образом, можно усилить меры по недопущению распространения передающихся через кровь вирусных инфекций, в особенности, с учетом того, что современные концепции психотерапевтического лечения сосредотачиваются на снижении вреда, а не полном воздержании.

3.5. Снижение вреда от поведения, связанного с риском распространения опасных инфекций

Имеющиеся данные свидетельствуют, что меры безопасности, предпринимаемые в местах лишения свободы, не могут устранить поведение, связанное с риском распространения ВИЧ/СПИДа и гепатита В и С. Они также показывают, что такое поведение в местах лишения свободы несет больший риск, чем в гражданской

¹³⁷ВОЗ Европа: Профилактика внезапной смертности, связанной с лекарственными средствами, среди заключенных в период сразу после освобождения.

¹³⁸ЕМЦНН 2010

¹³⁹Руководство ВОЗ по ВИЧ инфекции и СПИД в пенитенциарных учреждениях (WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons)

¹⁴⁰ВОЗ Европа: здравоохранение в тюрьмах. Руководство ВОЗ: основополагающие аспекты здравоохранения в тюрьмах. (WHO Europe: Health in Prisons. A WHO guide to the essentials in prison health)

¹⁴¹А. Кастелич, Дж. Понт, Х. Штовер: Метадоновая заместительная терапия в местах содержания под стражей. Практическое руководство, 2009 год (Kastelic A, Pont J, Stöver H: Opioid substitution treatment in custodial settings. A practical guide, 2009)

¹⁴²ЕКПП/Inf (2011)3; (2011)20; (2011)29; (2012)4; (2012)9; (2012)17; (2012)32

среде, следовательно, меры, направленные на снижение вреда в местах лишения свободы, важны не меньше, чем в обществе.^{143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152}

Менее опасное использование наркотиков. Информирование и просвещение в области рисков заражения ВИЧ и гепатитом В и С при передаче вирусов через общие зараженные средства для инъекций, является предпосылкой снижения вреда от использования наркотиков. В попытках добиться наибольшего эффекта от самой малой дозы, большинство опийных зависимых заключенных используют внутривенное введение. Распространенность такой практики можно снизить посредством метадоновой заместительной терапии в достаточных дозах. Таким образом, оральная метадоновая терапия является средством снижения потребления незаконных опиатов, а также возможностью безопасного использования опиатов. В тех местах лишения свободы, где нет доступа к стерильным принадлежностям для инъекций (см. ниже программы обмена игл/шприцев), у лишенных свободы лиц, по крайней мере, должен быть доступ к дезинфицирующим средствам и информации о том, как правильно промывать и обеззараживать оборудование для инъекций для уменьшения риска передачи вируса. При этом необходимо четко понимать, что дезинфекция - это совсем не то же самое, что безопасное использование, а единственный способ избежать заражения – это не использовать зараженные инструменты вовсе. При использовании в качестве дезинфицирующего средства хозяйственного отбеливателя (5.25 % гипохлорит натрия), для достижения какого-либо эффекта такое средство должно быть свежим и неразбавленным.¹⁵³

Программы обмена игл/шприцев: Существуют убедительные свидетельства того, что программы обмена игл/шприцев в обществе являются эффективным средством уменьшения ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков. Такие меры являются экономически целесообразными и не имеют отрицательных непредсказуемых последствий.¹⁵⁴ Смысл программ по обмену игл заключается не только в предоставлении стерильного инъекционного оборудования потребителям

¹⁴³ВОЗ Европа: политика по борьбе с ВИЧ/СПИД в пенитенциарном учреждении

¹⁴⁴Р. Юргенс, М. Новак, М. Дэй: ВИЧ и содержание в местах заключения: пенитенциарные учреждения и содержание под стражей. Журнал международного общества борьбы со СПИДом 2011, 14:26

¹⁴⁵ВОЗ/УНП ООН/ЮНЭЙДС Вмешательства, направленные на борьбу с ВИЧ в пенитенциарных учреждениях:

Комплексный анализ (технический документ: основания для принятия действий) и эффективность вмешательств, направленных на борьбу с ВИЧ в пенитенциарных учреждениях. Женева, ВОЗ, 2007 год

¹⁴⁶Этические и организационные аспекты здравоохранения в тюрьмах. Рекомендация R (98) 7, 1998

¹⁴⁷Стандарты ЕКПП 2002 год, редакция 2011 год

¹⁴⁸ВОЗ/УНП ООН/ЮНЭЙДС: Профилактика СПИДа, уход, лечение и поддержка в условиях пенитенциарного учреждения. Основа эффективной национальной программы действий.

¹⁴⁹Руководство ВОЗ по ВИЧ инфекции и СПИД в пенитенциарных учреждениях

¹⁵⁰ВОЗ Европа: здравоохранение в тюрьмах. Руководство ВОЗ: основополагающие аспекты здравоохранения в тюрьмах.

¹⁵¹Всемирная медицинская ассоциация: Эдинбургская декларация об условиях содержания в пенитенциарных учреждениях и распространении туберкулеза и других инфекционных заболеваний.

¹⁵²УНП ООН Краткий документ по вопросам политики в области профилактики и лечения ВИЧ в пенитенциарных учреждениях и других учреждениях закрытого типа: всеобъемлющий комплекс мер 2012

¹⁵³ЦКПЗ: Дезинфекция шприцев для потребителей инъекционных наркотиков (CDC: Syringe disinfection for injection drug users), 2004 год

¹⁵⁴ВОЗ: Эффективность программ по обеспечению стерильности игл и шприцев в снижении ВИЧ/СПИД среди потребителей инъекционных наркотиков (WHO: Effectiveness of syringe needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users), 2004

инъекционных наркотиков, но и в безопасной утилизации использованных инъекционных инструментов, что имеет не меньшую значимость. Как упоминалось выше, в соответствии с принципом равноценного медицинского обслуживания, который применяется как в отношении профилактического медицинского ухода,¹⁵⁵ так и серьезных эпидемиологических проблем, в странах, где в обществе действуют программы обмена игл/шприцев и метадоновой заместительной терапии, такие программы должны действовать и в местах лишения свободы.

В 2012 году в 8 странах – Швейцарии, Германии, Испании, Молдове, Киргизстане, Румынии, Люксембурге, Таджикистане (где финансирование пенитенциарной системы варьировалось от крайне недостаточного до достаточного) насчитывалось 74 тюремных учреждения, в которых для мужчин и женщин действовали программы обмена игл/шприцев вне зависимости от уровня безопасности и размера учреждения. При этом в некоторых местах программы действовали более 10 лет. Использовались различные способы распространения и сбора принадлежностей для инъекций: медицинские специалисты, НКО, раздаточные автоматы или прошедшие специальный отбор заключенные. Несмотря на различия, результаты программ оказались на удивление сопоставимыми. Отмечено улучшение состояния здоровья заключенных, сокращение числа случаев совместного пользования общими иглами и предупреждение насилия. В то же время, доказательств увеличения потребления наркотиков и других отрицательных последствий получено не было.^{156, 157} В странах с высокой распространенностью ВИЧ среди наркозависимых в обществе и тюремных учреждениях, внедрение программ обмена игл/шприцев в тюрьмах должно быть первоочередной задачей.¹⁵⁸ Для достижения этой цели необходимы лидерские качества и навыки, позволяющие убедить общественность и политиков в важности мер, направленных на уменьшение вреда в тюремных учреждениях во благо общественного здравоохранения.

Исключение других возможных причин переноса инфекций с кровью, которые могут быть распространены в тюрьме, таких как использование и повторное использование инструментов для нанесения татуировок и пирсинга, бритв и ритуалов братания, предполагающих обмен кровью, должно быть предметом образовательных программ и/или специальных мер.

Задача презервативов и профилактика сексуального насилия.

Международное исследование тюремных учреждений показывает, что половая активность в тюрьмах имеет место во всех странах. Большинство половых контактов, по понятным причинам, носят однополый характер, происходят по согласию или принуждению (различие, с учетом тюремной среды, провести не

¹⁵⁵Стандарты ЕКПП 2002 год, редакция 2011 год

¹⁵⁶Обмена игл в местах лишения свободы: Выводы, сделанные по результатам подробного анализа международных данных и опыта. Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИД.

¹⁵⁷ВОЗ/УНП ООН/ЮНЭЙДС: Начало и реализация программ по обмену игл и шприцев. Программы обмена в учреждениях закрытого типа. (WHO/UNAIDS/UNODC: Guide to starting and managing needle and syringe programmes. Needle and syringe programmes in closed settings). 2007

¹⁵⁸ВОЗ/УНП ООН/ЮНЭЙДС: Начало и реализация программ по обмену игл и шприцев. Программы обмена в учреждениях закрытого типа. Руководство. 2007

всегда возможно), и 1-3% заключенных становятся жертвами изнасилований.¹⁵⁹ Риск передачи ВИЧ в среде насильственных действий полового характера является наибольшим. Уже несколько лет в большинстве стран Западной Европы в тюрьмах раздаются презервативы, и есть четкое подтверждение того, что презервативы, лубриканты и зубные защитные прокладки используются заключенными при половых актах, если к таким средствам можно беспрепятственно и анонимно получить доступ. При этом раздача презервативов не провоцирует рост половой активности в тюремных учреждениях, и, поскольку отрицательных нежелательных последствий зарегистрировано не было, раздача презервативов принимается как большинством заключенными, так и персоналом, поскольку это введено.¹⁶⁰

Однако, сама по себе раздача презервативов без эффективных мер, направленных на профилактику сексуального насилия, не является достаточным средством профилактики болезней, передаваемых половым путем в тюремной среде. К мерам профилактики сексуального насилия относятся: исключение переполненности тюрем, наличие соответствующего персонала и наблюдения, нетерпимость к неформальным иерархическим структурам среди заключенных, и структурные улучшения, позволяющие персоналу защищать уязвимых заключенных от сексуального насилия.

В нескольких недавних отчетах, подготовленных ЕКПП по результатам визита в ряд стран, выражается озабоченность тем, что практика раздачи презервативов отсутствует¹⁶¹, а мер защиты заключенных от сексуального насилия нет.¹⁶²

3.6. Медицинские профилактические мероприятия

Вакцинация. Согласно краткому документу УНП ООН (Управление ООН по наркотикам и преступности) по вопросам политики в области профилактики и лечения ВИЧ в пенитенциарных учреждениях и других учреждениях закрытого типа,¹⁶³ вакцинацию заключенных и сотрудников тюрем от гепатита В рекомендуется проводить бесплатно. Вакцинация против гепатита А является разумной мерой в отношении пациентов с хроническим гепатитом В и С, поскольку дополнительное инфицирование вирусом гепатита А может спровоцировать острую печеночную недостаточность со смертельным исходом.

Антивирусная терапия ВИЧ, гепатита В и С, помимо терапевтического, дает сильный профилактический эффект за счет быстрого снижения вирусной нагрузки у проходящих лечение пациентов, при этом существенно снижается риск того, что такие заключенные станут источником инфекции в будущем.

¹⁵⁹Р. Юргенс, М. Новак, М. Дэй: ВИЧ и содержание в местах заключения: пенитенциарные учреждения и содержание под стражей. Журнал международного общества борьбы со СПИДом [2011_14:26](#)

¹⁶⁰ВОЗ/УНП ООН/ЮНЭЙДС Вмешательства, направленные на борьбу с ВИЧ в пенитенциарных учреждениях:

Комплексный анализ (технический документ: основания для принятия действий) и эффективность вмешательств, направленных на борьбу с ВИЧ в пенитенциарных учреждениях. Женева, ВОЗ, 2007 год

¹⁶¹ЕКПП/Inf (2005)1; (2007)40; (2011)20

¹⁶²ЕКПП/Inf (2007)32; (2009)8; (2011)22; (2011)24; (2012)9

¹⁶³УНП ООН Краткий документ по вопросам политики в области профилактики и лечения ВИЧ в пенитенциарных учреждениях и других учреждениях закрытого типа: всеобъемлющий комплекс мер 2012

Профилактика. Эффективность профилактических мер в случае контакта с источником заражения имеет меньшую доказательность, но их польза достаточно велика. Медицинские консультации и профилактическое лечение после контакта с источником инфекции должны быть доступны жертвам сексуального насилия, а также заключенным и персоналу тюремного учреждения, подвергшимся случайному контакту с инфекцией ВИЧ и гепатита В/С. Для таких случаев в тюремных учреждениях должны быть предусмотрены стандартные процедуры или инструкции.¹⁶⁴

IV. Двойная эпидемия - ВИЧ/СПИД и туберкулез: актуальность проблемы для службы здравоохранения в местах лишения свободы

Возбудители ВИЧ/СПИД и туберкулеза делают эти заболевания наиболее опасными смертельными заболеваниями во всем мире.¹⁶⁵ Эпидемия ВИЧ/СПИД, сопровождающаяся распространением туберкулеза, получила название двойной или пересекающейся эпидемии, не только по причине хронологических и эпидемиологических совпадений, но и по причине того, что такие заболевания и эпидемии взаимно усугубляют друг друга. Наиболее часто оба заболевания встречаются в странах с низким уровнем жизни. На карте мира регионы с высокой распространенностью и встречаемостью ВИЧ в значительной степени совпадают с регионами, где распространен туберкулез. Примерно треть из 34 миллионов ВИЧ-инфицированных, также инфицированы и туберкулезом, при этом вероятность заболеть туберкулезом у данной категории в 30 раз выше, чем у людей со здоровой иммунной системой. Более половины больных СПИДом являются носителями туберкулеза, который в свою очередь является наиболее серьезной оппортунистической инфекцией среди пациентов с ВИЧ. Почти 25% смертей носителей ВИЧ вызваны туберкулезом.¹⁶⁶

Помимо этого, сегодня отмечается проблема роста лекарственной устойчивости туберкулеза, где первоочередной причиной является ненадлежащее лечение данного заболевания. В восточно-европейских странах более 10% вновь инфицированных заражаются лекарственно устойчивым штаммом бактерий. Безусловно, данный показатель гораздо выше у пациентов, уже получавших лечение и у пациентов с рецидивом. Применявшаяся ранее стратегия ВОЗ DOTS (краткосрочное лечение под непосредственным наблюдением) потребовала доработки, сейчас это DOTS плюс, поскольку возникла потребность в более дорогостоящем диагностическом оборудовании и расширении терапии второй линии, дающей большее число побочных эффектов.¹⁶⁷

¹⁶⁴УНП ООН Краткий документ по вопросам политики в области профилактики и лечения ВИЧ в пенитенциарных учреждениях и других учреждениях закрытого типа: всеобъемлющий комплекс мер 2012

¹⁶⁵Информационный бюллетень ВОЗ, октябрь 2012 год

¹⁶⁶Информационный бюллетень ВОЗ, октябрь 2012 год

¹⁶⁷Информационный бюллетень ВОЗ, октябрь 2012 год

ВИЧ/СПИД и туберкулез имеют много схожих характеристик, хотя пути распространения кардинально отличаются:

- данные заболевания наиболее распространены среди неимущих и поэтому гораздо чаще встречаются в местах лишения свободы, чем в обществе. Распространенность ВИЧ в местах лишения свободы может быть в 25 раз выше, а распространенность туберкулеза в 100 раз выше, чем в обществе в целом;¹⁶⁸ среда, характерная для мест лишения свободы, способствует как распространению ВИЧ (см. предыдущую главу) так и туберкулеза; условия содержания в местах лишения свободы – переполненность камер, плохая вентиляция и питание, а также низкий уровень или отсутствие медицинского ухода, усиливают распространение туберкулеза; места лишения свободы становятся очагами, из которых туберкулез передается в общество через персонал, посетителей и заключенных, не получивших надлежащего лечения; факторы, способствующие распространению туберкулеза, также способствуют распространению лекарственно устойчивого туберкулеза;¹⁶⁹ следовательно, места лишения свободы необходимо рассматривать в качестве эпицентров эпидемии туберкулеза, в той же мере, в которой это касается ВИЧ/СПИДа, т.е. места лишения свободы – это эпицентры эпидемии, и этот факт должен быть признан обществом;
- ведущим фактором распространения туберкулеза является бедность, при этом во многих странах наркозависимость является ведущей причиной ВИЧ инфекции, которая также связана с бедностью и/или ведет к таковой. Обе инфекции ВИЧ и туберкулез порицаются общественностью и ведут к дальнейшей маргинализации;
- быстрый рост числа пациентов происходит под влиянием обеих инфекций, поскольку и в том и в другом случае поражается Т-клеточный иммунитет, а клиническое течение одной болезни усугубляется под воздействием другой. Клинические проявления туберкулеза развиваются у не более чем 10% инфицированных иммунокомпетентных пациентов, при этом вероятность проявления туберкулеза у ВИЧ инфицированных в 30 раз выше. Проблема усугубляется тем, что диагностировать туберкулез у лиц с ослабленным иммунитетом гораздо сложнее, чем у иммунокомпетентных пациентов. Это объясняется меньшей надежностью диагностирования инфекционного туберкулеза легких посредством микроскопического анализа мокроты, а также большей встречаемостью внелегочного туберкулеза, и, следовательно, меньшей надежностью рентген-диагностики. Более того, сочетанное лечение ВИЧ/СПИД и туберкулеза антиретровирусными препаратами, в особенности лечение лекарственно-устойчивого туберкулеза, сопряжено с трудностями в силу взаимодействия большого количества лекарственных средств, а также побочных эффектов. Также такая терапия может быть менее эффективной.

¹⁶⁸ВОЗ: туберкулез в местах лишения свободы

¹⁶⁹ВОЗ: туберкулез в местах лишения свободы

Существует ряд обновленных руководств в отношении контроля над распространением туберкулеза в местах лишения свободы.^{170, 171, 172, 173} Все руководства включают следующие принципы:

- контроль над распространением туберкулеза в местах лишения свободы должен основываться на тех же стандартах, что и в обществе. Организация контроля должна строиться в тесном сотрудничестве с общественными органами здравоохранения, включаться в Национальную программу по борьбе с туберкулезом и сопровождаться таким же документальным учетом, проверками и средствами обеспечения качества;
- улучшение условий содержания под стражей: недопущение переполнения тюрем, надлежащая вентиляция, возможность пребывания на солнце, размещение заключенных в небольших отделениях, надлежащее питание и упражнения на открытом воздухе;
- образование и здравоохранение в области борьбы с туберкулезом;
- ранняя диагностика (обследование при поступлении, самостоятельное обращение пациентов, активное выявление случаев заболевания);
- изоляция инфицированных пациентов и отслеживание контактов;
- приведение действующих стандартов лечения в строгое соответствие с протоколами ВОЗ по DOTS и/или DOTS плюс;
- обеспечение непрерывности лечения после переводов и освобождения.

Некоторые европейские страны пока не следуют рекомендациям по недопущению распространения туберкулеза в местах лишения свободы. В ряде судебных решений ЕСПЧ указывается на нарушение Статьи 2 и/или 3 ЕКПЧ в силу недостаточного медицинского ухода за заключенными с туберкулезом¹⁷⁴ и того обстоятельства, что условия содержания в местах лишения свободы способствовали распространению туберкулеза, что равносильно бесчеловечному или унижающему достоинство обращению, по причине переполненности камер, отсутствия вентиляции и солнечного света. Также, в ходе посещения ряда стран,¹⁷⁵ ЕКПП выразил озабоченность недостаточностью мер профилактики туберкулеза и обеспечения медицинского ухода в местах лишения свободы.

Для решения проблем с лечением лекарственно устойчивого туберкулеза, а также двойной эпидемии ВИЧ/СПИД и туберкулеза, необходим ряд дополнительных мер:

¹⁷⁰ВОЗ (2000) Контроль над распространением туберкулеза в местах лишения свободы. ВОЗ/CDS/Туберкулез/2001/.281. Женева ВОЗ

¹⁷¹ВОЗ Европа: здравоохранение в тюрьмах. Руководство ВОЗ: основополагающие аспекты здравоохранения в тюрьмах.

¹⁷²Агентство США по международному развитию/КБТТС/МККК: Руководство по контролю над распространением туберкулеза в местах лишения свободы (USAID/TBCTA/ICRC: Guidelines for control of tuberculosis in prisons), 2009

¹⁷³ЦКПЗ, Еженедельный отчет о заболеваемости и смертности, 7 июля, 2006 год: Профилактика и контроль над распространением туберкулеза в коррекционных учреждениях и местах лишения свободы: рекомендации ЦКПЗ (Prevention and control of tuberculosis in correctional and detention facilities: Recommendations from CDC)

¹⁷⁴Мельник против Украины (Melnik v. Ukraine) 72286/01; Маленко против Украины (Malenko v. Ukraine) 18660/03; Васюков против России (Vasyukov v. Russia) 2974/05; Гумматов против Азербайджана (Hummatov v. Azerbaijan) 9852/05; Логвиненко против Украины (Logvinenko v. Ukraine) 13448/07; Махарадзе и Сихарулидзе против Грузии (Makharadze and Sikharulidze v. Georgia) 35254/07

¹⁷⁵ЕКПП/Inf (2007)42; (2010)12; (2010)27; (2010)30; (2012)24; (2011)26; (2011)29; (2012)17

- микроскопия мокроты обладает низкой чувствительностью для определения бактерий туберкулеза, а классические методы культивирования туберкулеза могут дать результаты только через два месяца. Для ранней и чувствительной диагностики инфекционного туберкулеза и лекарственно-устойчивого туберкулеза, необходимо как можно быстрее внедрять новые технологии, позволяющие быстро выявлять бактерии туберкулеза и характер устойчивости^{176, 177, 178}. Это обстоятельство особо значимо в тех случаях, когда речь идет о местах скопления людей - тюрьмах, поскольку в этом случае для недопущения распространения заболевания возникает необходимость немедленной изоляции инфицированных и устойчивых к лекарственным средствам пациентов, а также проведения раннего лечения в зависимости от характера устойчивости. Также необходимы высокочувствительные методы определения бактерии туберкулеза, поскольку концентрация бактерий в мокроте пациентов с инфекционным туберкулезом и сочетанным ВИЧ является низкой;
- с учетом того, что ВИЧ инфекция часто сопровождается туберкулезом, а также, принимая во внимание политику ВОЗ в области двойной эпидемии,¹⁷⁹ необходимо усилить меры по выявлению ВИЧ пациентов среди больных туберкулезом, а также диагностику туберкулеза у пациентов с ВИЧ. Поскольку проблема туберкулеза является актуальной уже длительное время, во многих странах и пенитенциарных системах существуют отдельные помещения для больных туберкулезом, при этом медицинский уход за больными ВИЧ в основном осуществляется централизованно. Для решения проблемы двойной эпидемии персоналу туберкулезных отделений в общественных больницах и тюрьмах настоятельно рекомендуется пройти тренинг на предмет обучения пациентов мерам профилактики ВИЧ/СПИД, а также на предмет проведения добровольных конфиденциальных консультаций и проверки пациентов с туберкулезом на ВИЧ. При этом пациенты, у которых проба дала положительный результат, должны при первой возможности получить кортимоксазол в профилактических целях и быть направленными на антиретровирусное лечение;
- схожим образом в отношении пациентов с ВИЧ, требуется усилить просветительские мероприятия в области профилактики туберкулеза, инфекционного контроля и выявления случаев заболевания туберкулезом. Вступившим в контакт с источником заражения ТБ и/или носителям латентной инфекции показано лечение изониазидом (INH), при условии отсутствия большого числа INH-устойчивых бактерий туберкулеза. ВИЧ

¹⁷⁶ПМ Смолл, М. Пай: Диагноз-туберкулез – время менять правила игры. (Small PM, Pai M: Tuberculosis Diagnosis – Time for a game change. N Engl J Med) 2010, 363:1070-1071

¹⁷⁷СС Бём, П. Набета, Д. Хиллеманн и другие: Быстрое молекулярное обнаружение туберкулеза и устойчивость к рифампицину. (Boehme CC, Nabeta P, Hillemann D et al: Rapid molecular detection of tuberculosis and rifampicin resistance.) N Engl J Med 2010, 363:1005-15

¹⁷⁸ВОЗ Глобальный отчет о борьбе с туберкулезом (WHO Global Tuberculosis Report) 2012

¹⁷⁹Политика ВОЗ в области совместных мероприятий по борьбе с ТБ/ВИЧ. Руководство для национальных программ и других участвующих сторон (WHO policy on collaborative TB/HIV activities. Guidelines for national programmes and other stakeholders), 2012

пациентам с диагнозом туберкулез необходимо незамедлительно назначить лечение от туберкулеза в соответствии с результатами проверки на чувствительность к лекарственному средству.

Эти принципы работы с пациентами должны быть частью стратегии при тесном взаимодействии ответственных за наблюдение, планирование, финансирование и мониторинг совмещенных программ по ВИЧ и ТБ на международных, национальных, региональных и организационных уровнях. Национальные программы по борьбе с туберкулезом и национальные программы по борьбе с ВИЧ/СПИД должны быть тесно взаимосвязаны, а места лишения свободы, где оба заболевания, составляющие двойную эпидемию, распространены в гораздо большей степени, нежели в обществе, должны быть включены в государственные программы по борьбе с ВИЧ/СПИД и туберкулезом.¹⁸⁰

V. Психоактивные средства, наркотическая зависимость и медицинское лечение наркозависимых заключенных

5.1. Психоактивные вещества

Психоактивные вещества присутствовали во все периоды развития общества. Они используются в религиозных ритуалах или обрядах гадания, в медицинских целях или для «отдыха».

В прошлом знания о таких средствах и обладание ими ограничивалось привилегированным кругом лиц: священниками, шаманами, врачами, иногда все эти функции совмещали одни и те же люди, занимающие властное положение в обществе. Использование психотропных средств непривилегированными людьми считалось нарушением и наказывалось властью имущими. Отчасти это объясняет историю создания норм, регулирующих обращение психоактивных средств, а также термины «разрешенные/неразрешенные» и «законные/незаконные» психоактивные средства.

С медицинской и социологической точки зрения, использование любых психотропных веществ создает риск для здоровья человека и общества в целом. Следовательно, возникает необходимость в нормах, учитывающих такие риски. В отношении психотропных средств, использование которых разрешено законом для отдыха, таких как табак и алкоголь, также применяются определенные нормы (вождение автомобиля, нахождение на рабочем месте, подростки). Однако в связи с ростом объемов производства, торговли и потребления психотропных средств в рекреационных целях в 20 веке, в трех конвенциях ООН о психотропных средствах^{181, 182, 183} речь идет о строгом запрете на немедицинское использование

¹⁸⁰Политика ВОЗ в области совместных мероприятий по борьбе с ТБ/ВИЧ. Руководство для национальных программ и других участвующих сторон 2012

¹⁸¹Единая конвенция ООН о наркотических средствах 1961 год

¹⁸²Конвенция ООН о психотропных веществах 1971 год

¹⁸³Конвенция ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 год

таких средств, которые называются запрещенными, а не о регулировании их использования. Те же принципы отражены в законах о психотропных средствах в большинстве стран. В результате, за последние десятилетия во многих странах резко выросло число приговоров за нарушения запретов, установленных в законах о наркотических средствах, и, следовательно, увеличилось количество заключенных. При этом не было достигнуто полного контроля над существованием черного рынка запрещенных препаратов с его жестокостью, анархией и сильным влиянием. Теперь стало очевидно, что данный подход в «войне с наркотиками» не увенчался успехом, и возникла необходимость в дополнительных моделях контроля оборота наркотических средств.¹⁸⁴

Если посмотреть на перечень социально приемлемых («разрешенных») психоактивных препаратов (табак, алкоголь, кофеин, в некоторых странах кат и плоды бетельной пальмы) и запрещенных препаратов (опиаты, кокаин, производные амфетамина, конопля, галлюциногенные препараты, бензодиазепины и т.д.), становится ясно, что:

- социальное и правовое отношение к психоактивным средствам имеет разную историю (запрет на алкоголь в тридцатые годы предыдущего века в США) и географию (продажа конопли в Голландии, приемлемость ката в Йемене, но не в соседней Саудовской Аравии);
- социальное и правовое принятие психоактивных препаратов не зависит от степени рисков для здоровья, которые несет вещество: вред для здоровья людей и общественного здравоохранения и влияние на глобальное бремя заболевания, которые оказывают табак и алкоголь, существенно превышают риски для здоровья людей от других психоактивных средств.¹⁸⁵

Психоактивные средства, как правило, классифицируются по химической структуре и/или воздействию на центральную нервную систему, с частичным совпадением категорий: этиловый спирт, никотин в табаке, кофеин, седативные и снотворные средства, каннабиноиды, опиаты и опиоиды, кокаин, амфетамины и их производные, галлюциногены и летучие компоненты. За исключением кофеина, хроническое использование всех групп вышеозначенных веществ связано с отрицательным воздействием на здоровье и с риском развития зависимости. Помимо этого, острое беспокойство вызывает постоянно возрастающая скорость появления новых синтетических психоактивных средств на черных рынках медицинских препаратов в Европе.¹⁸⁶

Все препараты действуют посредством образования связей со специфическими рецепторами в центральной нервной системе, мобилизирующими нейромедиаторы, которые в свою очередь активируют или подавляют нервную

¹⁸⁴Фонд преобразования наркополитики: после войны с наркотиками, проект нормативно-правового акта (Transform Drug Policy Foundation: After the War on Drugs: Blueprint for Regulation) 2009 год.

¹⁸⁵ВОЗ. Научные основы употребления психоактивных веществ и зависимости от них (WHO Neuroscience of psychoactive substance use and dependence), Женева, 2004

¹⁸⁶ЕМЦНН 2012: По сообщению агентств каждую неделю в ЕС обнаруживается новый препарат

деятельность в различных сложных биохимических и электрофизиологических связях в синапсе. При неоднократном использовании психоактивных веществ, повышенная активация рецепторов и усиленное продуцирование ферментов, необходимых для инактивации наркотических средств, формируют биохимическую основу толерантности.

Нейронаука и современные методики визуализации деятельности головного мозга показывают, что доминирующую роль в ответе на психоактивные вещества и развитии зависимости играют три области головного мозга: вентральная тегментальная область, мезолимбическая дофаминовая система и кора головного мозга.

Все психоактивные вещества имеют одинаковый принцип действия, вызывая ощущение удовлетворенности, и воздействуя на те же области головного мозга, что и стимулы, ответственные за выживание – питание и воспроизводство потомства. Рост дофамина в мезолимбической дофаминовой системе в результате биохимической реакции на все внезапные поощрения, происходит гораздо интенсивнее при воздействии психоактивных препаратов, чем при воздействии естественных возбудителей – приема пищи, например. Мезолимбическая дофаминовая система также играет ведущую роль в эмоциональной мотивации и процессах подкрепляемого обучения, механизма, который в сочетании с нейронной реорганизацией («синаптическая пластичность») корковой (сенсорной) и лимбической (эмоциональной) проекции, может составлять био-поведенческую основу зависимости.¹⁸⁷

5.2. Наркотическая зависимость

Несмотря на биологические реакции, описанные благодаря нейронаучным исследованиям, не у всех потребителей психоактивных препаратов развивается зависимость или привыкание к психоактивным веществам. Термин «зависимость» обозначает компульсивное поведение в целом, связанное не только с употреблением веществ, но и например, с азартными играми.

Зависимость. Помимо химической структуры вещества и биологических реакций на него головном мозге, существует ряд факторов, способствующих формированию зависимости и привыкания к наркотическим средствам:

- вещество, его доступность, доза, частота употребления, длительность употребления и способ введения также играют роль;
- расстройства личности, которые испытывает употребляющее наркотические средства лицо, могут оказать сильное влияние на вероятность развития зависимости от веществ: задержка развития эго и последующая неспособность взять под контроль супер-эго ведут к потере самостоятельности личности, что в свою очередь провоцирует поведение, направленное на избегание конфликтов и поиск суррогатных решений –

¹⁸⁷ВОЗ Нейронаучные основы употребления психоактивных веществ и зависимости от них, Женева, 2004 год

таких как использование наркотических средств. К факторам, способствующим развитию наркотической зависимости, относятся расстройства личности, которые часто диагностируются у наркозависимых пациентов, а также пережитый опыт жестокого обращения в детстве.

- другие сопутствующие психиатрические заболевания – биполярные расстройства и шизофрения часто сопровождаются употреблением наркотических средств и наркотической зависимостью и провоцируют развитие наркотической зависимости. Известно, что общей чертой психических расстройств и зависимости от веществ является дисфункция мезолимбической дофаминовой системы;
- низкий уровень образования, социальные и личные лишения, социальная изоляция, безработица, отсутствие будущих перспектив и неспособность справиться с негативными условиями, провоцируют развитие наркотической зависимости у молодых людей;
- другим фактором является социальная среда – культура и, так называемая, «субкультура» потребителей наркотиков, со сложившимся кодексом поведения и ритуалами;
- растет число свидетельств, подтверждающих существенную роль генетических факторов в развитии зависимости от веществ.¹⁸⁸

Следовательно, наркотическая зависимость это многофакторное заболевание, являющееся следствием комплексного взаимодействия личных, психологических, социальных и нейробиологических факторов, повышающих восприимчивость лиц, подверженных воздействию психоактивных средств, к развитию стойких нейрофизиологических изменений в головном мозге, которые провоцируют развитие наркотической зависимости и не позволяют добиться воздержания в короткий срок. По причине стойких изменений в головном мозге зависимость от веществ является хроническим заболеванием и, как и другие хронические заболевания – диабет и гипертензия, характеризуется длительным течением и частыми рецидивами, при этом зависимость можно лечить, но от нее практически нельзя избавиться в короткий срок.

Зависимость описывается как «монополизация системы внимания посредством вызывающих зависимость стимулов» или «непрерывное компульсивное поведение, несмотря на осознание отрицательных последствий такого поведения для здоровья и социального состояния». В отличие от такого описания, для наркотической зависимости существуют очень четкие критерии диагностики :

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ10), диагноз наркотическая зависимость ставится при наличии 3-х из нижеприведенных элементов:¹⁸⁹

- (а) сильное желание или навязчивое стремление принять вещество;

¹⁸⁸ВОЗ Нейронаучные основы употребления психоактивных веществ и зависимости от них, Женева, 2004 год

¹⁸⁹ВОЗ: МКБ 10

- (b) сложности в контроле приема веществ в плане начала, прекращения или уровня употребления;
- (c) физиологическое состояние отмены, когда использование вещества прекратилось или уровень его использования снизился, о чем свидетельствует характерный синдром отмены вещества;
- (d) повышение толерантности – потребность в повышенных дозах психотропных веществ для достижения эффекта, который изначально достигался меньшими дозами;
- (e) прогрессирующее нежелание иметь альтернативные удовольствия и интересы, поскольку использование психоактивных веществ ведет к увеличению времени, необходимого для получения или принятия вещества или восстановления после воздействия;
- (f) продолжение принятия вещества, несмотря на очевидность пагубных последствий.

Критерии диагностики, содержащиеся в Руководстве по диагностике и статистике психических расстройств (DSM-IV), по сути, говорят о том же, за исключением дополнительной характеристики «настойчивое желание или безуспешные попытки снизить или контролировать употребление вещества».¹⁹⁰

Неблагоприятные последствия. К отрицательным последствиям зависимости от психоактивных препаратов относятся: острое или хроническое токсическое воздействие самого препарата – интоксикация в силу случайной или преднамеренной передозировки, дорожные происшествия, хроническая токсичность, в основном по причине употребления алкоголя и табака, а также хронические нейропсихиатрические состояния, вызываемые другими группами веществ. Кроме того, факторы, отрицательно воздействующие на здоровье, связанные с бедностью и образом жизни: недостаточное питание, заболевания, передающиеся половым путем, туберкулез и стоматологические проблемы, а также проблемы, связанные со способом введения препарата - переносимые с кровью инфекции ВИЧ/гепатит В и С, бактериальная септицемия, абсцессы легкого, эндокардит и т.д. у потребляющих наркотические средства внутривенно или разрушение слизистой оболочки носа у вдыхающих кокаин.

Навязчивое желание, которое испытывают наркозависимые, эксплуатируется рынком наркотических средств, причем как рынком средств, разрешенных законом (алкоголь, табак) так и, в гораздо большей степени, черным рынком незаконных наркотических средств, приводя к неблагоприятным социальным последствиям. Очевидно, что торговцы и дилеры используют незаконность психоактивных препаратов в своих интересах. Это позволяет получить большую прибыль в короткий срок, при этом люди, страдающие зависимостью от веществ, и зачастую уже находящиеся в бедственном положении, вынуждены влезать в долги или

¹⁹⁰Американская психиатрическая ассоциация: Руководство по диагностике и статистике психических расстройств (DSM)

опускаются до нищеты, социальной изоляции, проституции и уголовных преступлений, которые заканчиваются тюремным сроком.

С учетом отрицательных последствий зависимости от веществ, и возрастающего числа наркозависимых пациентов во многих странах, несмотря на усилия, предпринятые в «войне против наркотиков» и хронического характера данного расстройства, необходимо сделать акцент на важности эффективных средств уменьшения вреда, о чем было сказано в предыдущей главе «Профилактика распространения ВИЧ/СПИД и гепатита В и С в местах лишения свободы».

5.3. Медицинское лечение наркозависимых в местах лишения свободы

Как упоминалось выше (Эпидемиология), до 30% заключенных имеют различный, в том числе инъекционный опыт употребления наркотиков, при этом большинство из них подпадают под диагностические критерии наркотической зависимости. Для обеспечения потребностей таких лиц в здравоохранении, медицинские специалисты должны выявить эти потребности уже в ходе медицинского обследования при поступлении. Они должны знать о том, какая неотложная помощь может потребоваться; уделять должное внимание особой уязвимости лиц в местах лишения свободы; искать возможности применения мер по уменьшению вреда в местах лишения свободы; обеспечивать необходимое лечение наркотической зависимости и своевременную реабилитацию после освобождения.

Раннее выявление наркозависимых нарушителей в ходе медицинского обследования при поступлении имеет особую значимость с точки зрения подготовки к лечению и поддержки при возникновении синдрома отмены, а также с точки зрения оценки риска самоубийства – проблем, возникающих вскоре после помещения в тюремные учреждения. Помимо этого, как уже упоминалось в разделе о медицинском обследовании при поступлении, данная возможность должна использоваться для донесения информации о переносимых с кровью инфекциях до наркозависимых заключенных и приглашения их к участию в добровольных конфиденциальных консультациях и проверках на ВИЧ и вирусный гепатит.

К неотложным состояниям у наркозависимых лиц относятся острые синдромы отмены, а также острая наркотическая интоксикация, которая имеет место и в местах лишения свободы. Синдром отмены, в особенности отмена алкоголя и бензодиазепина, и в некоторых случаях отмена опиатов, может представлять настолько серьезный риск для жизни, что может потребоваться интенсивная терапия. Если медицинская команда, работающая в пенитенциарном учреждении, не обладает достаточным опытом и/или оборудованием для проведения надлежащего лечения, необходимо организовать своевременный перевод в надлежащее стационарное учреждение, в противном случае будет нарушено право заключенного на адекватное лечение.¹⁹¹ В этой связи необходимо напомнить, что современное лечение синдрома отмены опиатов – это опиоидная детоксикация, а

¹⁹¹МакГлинчи и другие против Соединенного Королевства 50390/99

"холодная отмена", т.е. отмена без адекватной медицинской поддержки является жестоким обращением. Необходимо обеспечить наличие набора специальных средств для оказания первой помощи, в котором, помимо общих реанимационных средств, есть налоксон и детоксикационные препараты.

Уязвимость: наркозависимые нарушители составляют уязвимую группу, поскольку они стоят внизу иерархии заключенных и сталкиваются с предрассудками, как со стороны лиц, содержащихся в местах лишения свободы, так и со стороны недостаточно образованного персонала. Персонал должен понимать, что зависимость от веществ не является проявлением слабости воли или характера, а хроническим медицинским расстройством, которое часто связано с другими психическими расстройствами. Употребление наркотиков и направленное на их поиск поведение, характерное для зависимых от веществ нарушителей, делает их жертвами насилия, принудительных половых актов и других принуждений: отказ от предписанных препаратов, использующихся в метадоновой заместительной терапии, например. Пытаясь получить доступ к наркотическим средствам в местах лишения свободы, заключенные рискуют влезть в долги с последующими угрозами, запугиванием и насилием. В соответствии со стандартами ЕКПП, одной из задач медицинских специалистов, работающих в местах лишения свободы, является гуманитарная помощь особо уязвимым заключенным¹⁹², а также предоставление рекомендаций по защите и лечению с гарантией соблюдения врачебной тайны.

Меры по уменьшению вреда: данные показывают, что наркозависимые правонарушители продолжают проявлять сопряженное с риском поведение, находясь в местах лишения свободы, и, в случаях, когда меры по уменьшению вреда не предусмотрены в тюремном учреждении, такое поведение продолжается и даже провоцируется, что повышает опасность передачи переносимых с кровью инфекций. Таким образом, в силу эпидемиологических, медицинских и этических причин, уменьшение вреда в местах лишения свободы является неотъемлемым требованием. Обоснование, концепции и меры, направленные на уменьшение вреда, подробно описаны в главе «Профилактика распространения ВИЧ/СПИД и гепатита В/С в местах лишения свободы».

Лечение: несмотря на важность использования всех альтернатив помещению наркозависимых правонарушителей в тюрьму, принудительная стабилизация при нахождении в местах лишения свободы может и должна использоваться для начала лечения, которое не было доступно таким лицам ранее по причине беспорядочного образа жизни.

Успех лечения зависит от степени сотрудничества со стороны пациента. Принудительное лечение психически полноценных наркозависимых пациентов, несмотря на распространенность в уголовном законодательстве некоторых стран, вызывает большое количество медицинских и этических вопросов. Наркозависимость - это хроническое рецидивирующее заболевание, требующее долгосрочного лечения, как и любое другое хроническое заболевание.

¹⁹²Стандарты ЕКПП 2002 год, редакция от 2011

Как было упомянуто выше, большая часть зависимых от веществ пациентов имеют сопутствующие психиатрические заболевания, которые необходимо диагностировать и лечить. Эффективность фармакологической терапии сопутствующих депрессивных и шизофренических заболеваний была четко показана при лечении зависимости от веществ.¹⁹³ При фармакологическом лечении других психиатрических состояний и использовании бензодиазепинов в местах лишения свободы, необходимо проявлять большую осторожность. Прием препаратов должен сопровождаться непосредственным визуальным наблюдением по причине высокого риска уклонения от приема лекарств, как это происходит в случае с препаратами, используемыми при метадоновой заместительной терапии.

Добиться полного воздержания в короткий период времени при лечении опиумной зависимости практически невозможно. В современных концепциях терапии, стратегии, ориентированные на отказ от употребления веществ, сменились использованием препаратов в сочетании с терапией, направленной на уменьшение вреда, в ходе которой делается попытка стабилизировать психосоциальную ситуацию наркозависимого лица, снизить преступность, сохранить пациенту жизнь и уменьшить отрицательные последствия для здоровья. Лучше всего такой подход работает при метадоновой заместительной терапии.

Помимо многофакторной этиологии состояния зависимости от веществ, существует широкий спектр психологических и психосоциальных концепций лечения, в основе которых лежат различные методики психоанализа – Гештальт терапия, когнитивная поведенческая терапия: ситуационное вмешательство, профилактика рецидивов и методики усиления мотивации. Выбор наилучшей психосоциальной стратегии лечения в каждом пенитенциарном учреждении неизбежно зависит от ресурсов и опыта медицинских специалистов.

Реабилитация: т.е. подготовка мер, направленных на поддержку адаптации в обществе после освобождения, играет важную роль для любого, лишенного свободы лица, но для страдающих зависимостью заключенных это жизненно важный вопрос. По данным из разных стран, уровень смертности среди наркозависимых в первые недели после освобождения из тюрьмы чрезвычайно высок, в особенности в первые две недели после освобождения. Большинство из этих наркозависимых умерли от интоксикации, получив чрезмерную дозу, по причине сниженной переносимости опиатов, которая была вызвана нерегулярным или уменьшенным потреблением в период пребывания в местах лишения свободы. Метадоновая заместительная терапия позволяет существенно снизить данный риск.¹⁹⁴ Таким образом, помимо таких мер адаптации в обществе после освобождения, как: обеспечение жильем, денежными средствами, помощь в разрешении семейных проблем, образование, обеспечение работой и

¹⁹³ВОЗ. Нейронаучные основы употребления психоактивных веществ и зависимости от них, Женева, 2004 год

¹⁹⁴ВОЗ Европа: Профилактика внезапной смертности, вызванной наркотическими средствами, среди заключенных в период сразу после освобождения.

психологическая поддержка,¹⁹⁵ информирование о рисках передозировки по причине сниженной переносимости, - в случае с зависимыми от опиатов заключенными, настоятельно рекомендуется продолжение метадоновой заместительной терапии после освобождения из мест лишения свободы.

¹⁹⁵Непрерывный уход в партнерстве: Непрерывный уход за лишенными свободы лицами, испытывающими проблемы с использованием лекарственных препаратов: набор инструментов

Перечень Интернет-ссылок

Американская психиатрическая ассоциация: Руководство по диагностике и статистике психических расстройств (American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (DSM) www.psychiatry.org/practice/dsm

СС Бём, П. Набета, Д. Хиллеманн и другие: Быстрое молекулярное обнаружение туберкулеза и устойчивость к рифампицину. (Boehme CC, Nabeta P, Hillemann D et al: Rapid molecular detection of tuberculosis and rifampicin resistance.) N Engl J Med 2010, 363:1005-15 http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503006_eng.pdf

ЦКПЗ (Центр по контролю и профилактике заболеваний) : Дезинфекция шприцев для потребителей инъекционных наркотиков (CDC: Syringe disinfection for injection drug users) www.cdc.gov/idu/facts/disinfection.pdf

ЦКПЗ, Еженедельный отчет о заболеваемости и смертности, 7 июля, 2006 год: Профилактика и контроль над распространением туберкулеза в коррекционных учреждениях и местах содержания под стражей: рекомендации ЦКПЗ (Prevention and control of tuberculosis in correctional and detention facilities: Recommendations from CDC) www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5509a1/htm

Стандарты ЕКПП 2002 год, редакция от 2011 года www.cpt.coe.int/en/documents/eng-standards.pdf

База данных ЕКПП www.cpt.coe.int/en/database.htm

Рекомендация Rec (2006)2 к Европейским пенитенциарным правилам (Recommendation Rec (2006)2 on the European Prison Rules) <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>

ЕМЦНН Европейский мониторинговый центр по наркотикам и наркомании www.emcdda.europa.eu/topics/hepatitis

ЕМЦНН: Альтернативы заключению под стражу – работа с проблемными наркозависимыми правонарушителями в ЕС 2005 год (EMCDDA: Alternatives to imprisonment — targeting offending problem drug users in the EU 2005).

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

ЕМЦНН: Передовой опыт: Свободная от наркотиков зона в тюрьме Хиртенберг (Best practices: Drug free zone in Hirtenberg prison)

www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=57&tab=overview

ЕМЦНН 2010 www.emcdda.europa.eu/stats/hsrtab9

EMCDDA 2012: По сообщению агентств каждую неделю в ЕС обнаруживается новый препарат (EMCDDA 2012: New drugs detected in the EU at the rate of around one per week, say agencies)

www.emcdda.europa.eu/news/2012/2

Этические и организационные аспекты здравоохранения в тюрьмах. Рекомендации R (98) 7
The Ethical and Organisational Aspects of Health Care in Prison. Recommendation R (98) 7
[https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec\(98\)7&Language=lanEnglish&Ver=original&BackColorIntranet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D383](https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec(98)7&Language=lanEnglish&Ver=original&BackColorIntranet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D383)

Европейский Суд по правам человека, база данных

<http://hudoc.echr.coe.int>

Европейская социальная хартия

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

Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (International Convention on Economic, Social and Cultural Rights)

www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm#art12

Двойной диагноз в пенитенциарных учреждениях: практическое руководство. Департамент здравоохранения. (A Guide for the Management of Dual Diagnosis for Prisons. Department of Health), Gov. UK 2009

www.dh.uk/publications

Стамбульский протокол. Руководство об эффективных принципах расследования и документального учета фактов пыток и другого жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения и наказания (Istanbul Protocol. The Manual on Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment) www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf

Р. Юргенс, М. Новак, М. Дэй: ВИЧ и содержание в местах лишения свободы: пенитенциарные учреждения и содержание под стражей. Журнал международного общества борьбы со СПИДом 2011, 14:26 (Jürgens R, Nowak M, Day M: HIV and incarceration: prisons and detention. Journal of the International AIDS Society)

www.jiasociety.org/content/14/1/26

А. Кастелич, Дж. Понт, Х. Штовер: Метадоновая заместительная терапия в местах содержания под стражей. Практическое руководство, 2009 год (Kastelic A, Pont J, Stöver H:

Opioid substitution treatment in custodial settings. A practical guide, 2009)
www.unodc.org/documents/hivaids/2117_5 OST in Custodial Settings.pdf

NICE клиническое руководство. Антисоциальное расстройство личности: лечение, ведение и профилактика (NICE Clinical Guidelines. Antisocial personality disorder: Treatment, management and prevention). NHS (2009)

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

NICE Клиническое руководство. Пограничное расстройство личности: рекомендации NICE по лечению и ведению. Британское психологическое общество и Королевский колледж психиатров (NICE Clinical Guidelines. Borderline personality disorder: The NICE guideline on treatment and management. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists (2009)

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

Международная тюремная реформа: Дублинская декларация о ВИЧ/СПИД в пенитенциарных учреждениях Европы и Центральной Азии (Penal Reform International: Dublin Declaration on HIV/AIDS in Prisons in Europe and Central Asia)

www.penalreform.org/publications/Dublin-declaration-hivaids-prisons-europe-and-central-asia-0

Принципы медицинской этики, применимые к роли медицинского персонала, в особенности врачей, в защите заключенных и задержанных от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, ООН (Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment) 1982 год

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

Профилактика психических расстройств. Эффективные вмешательства и альтернативные варианты политики. Отчет Всемирной организации здравоохранения. Департамент психического здоровья и борьбы с наркоманией в сотрудничестве с научным центром профилактики университетов Неймегена и Маастрихта (Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy options. A report of the World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht)

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

Обмен игл в местах лишения свободы: Выводы, сделанные по результатам подробного анализа международных данных и опыта. Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИД (Prison Needle Exchange: Lessons from a comprehensive review of international evidence and experience. Canadian HIV/AIDS Legal Network).

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

Непрерывный уход за лишенными свободы лицами, испытывающими проблемы с использованием лекарственных препаратов: набор инструментов ([Through care services for prisoners with problematic drug use – a toolkit](#)).
http://throughcare.eu/reports/throughcare_toolkit.pdf

Фонд преобразования наркополитики: после войны с наркотиками: проект правил (Transform Drug Policy Foundation: After the War on Drugs: Blueprint for Regulation) 2009
www.tdpf.org/blueprint%20download.htm

Единая конвенция о наркотических средствах, ООН, 1961 год (UN Single Convention on Narcotic Drugs)
www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf
ООН Конвенция по психотропным веществам 1971 год (UN Convention on Psychotropic Substances)

www.unodc.org/pdf/convention1971_en.pdf
ООН, Конвенция против запрещенного трафика наркотических средств и психотропных веществ (UN Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychoactive Substances) 1988 год

www.unodc.org/pdf/convention_1988_en.pdf

Отчет ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИД 2010 год (ноябрь 2010) (UNAIDS Report on the global AIDS epidemic 2010 (November 2010))
www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourepidemic/epidemiologypublications
ВОЗ/УНП ООН/ЮНЭЙДС: Профилактика ВИЧ/СПИД, уход, лечение и поддержка в условиях пенитенциарного учреждения. Основа эффективной национальной программы действий. (UNAIDS/UNODC/WHO: HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings. A Framework for an effective national response.)
www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2006/20060701_hiv-aids_prisons_en.pdf

УНП ООН Краткий документ по вопросам политики в области профилактики и лечения ВИЧ в пенитенциарных учреждениях и других учреждениях закрытого типа: всеобъемлющий комплекс мер (UNODC Policy Brief. HIV prevention and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions) 2012
www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_prisons_advance_copy_July_1212_leaflet_UNODC_ILO_UNDP_Ebook.pdf

УНП ООН: от принуждения к взаимодействию: лечение наркозависимости посредством здравоохранения, а не наказания. Материалы для обсуждения на научном семинаре (UNODC: From Coercion to cohesion: Treating drug dependence through health care not punishment. Discussion paper of a scientific workshop) 2009 год.
www.unodc.org/docs/treatment/coercion_Ebook.pdf

Агентство США по международному развитию/КБТТС/МККК: Руководство по контролю над распространением туберкулеза в местах лишения свободы (USAID/ТВСТА/ICRC: Guidelines for control of tuberculosis in prisons), 2009

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

Информационный бюллетень ВОЗ (WHO Fact sheets), октябрь 2012 год

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

ВОЗ Глобальный отчет о борьбе с туберкулезом (WHO Global Tuberculosis Report) 2012

www.who.int/tb/publications/global_report/en

Руководство ВОЗ по ВИЧ инфекции и СПИД в пенитенциарных учреждениях (WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons)

http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/ic277-who-guidel-prison_en.pdf

ВОЗ: Эффективность программ по обеспечению стерильности игл и шприцев в снижении ВИЧ/СПИД среди потребителей инъекционных наркотиков (WHO: Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users), 2004

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

ВОЗ: МКБ (WHO: ICD) 10

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

ВОЗ Нейронаучные основы употребления психоактивных веществ и зависимости от них, Женева, (WHO: Neuroscience of psychoactive substance use and dependence) 2004 год

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

Политика ВОЗ в области совместных мероприятий по борьбе с ТБ/ВИЧ. Руководство для национальных программ и других участвующих сторон (WHO policy on collaborative TB/HIV activities. Guidelines for national programmes and other stakeholders) 2012

www.who.int/tb/publications/2012/9789241503006_eng.pdf

Действия в рамках общественного здравоохранения по профилактике самоубийств. ВОЗ 2012 (Public Health Action for the Prevention of Suicide. WHO 2012)

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

ВОЗ: туберкулез в местах лишения свободы (WHO: TB in in prison)

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

ВОЗ (2000) Контроль над распространением туберкулеза в местах лишения свободы.

ВОЗ/CDS/Туберкулез/2001/.281. Женева ВОЗ (WHO (2000) Tuberculosis control in prisons.

WHO/CDS/TB/2001/.281. Geneva: WHO)

http://www.who.int/tb/publications/prisons_tb_control_manual/en/index.html

ВОЗ Европа: здравоохранение в тюрьмах. Руководство ВОЗ: основополагающие аспекты здравоохранения в тюрьмах. (WHO Europe: Health in Prisons. A WHO guide to the essentials in prison health) [www.euro.who.int/ data/assets/pdf file/0009/99018/E90174.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf)

ВОЗ Европа: политика по борьбе с ВИЧ/СПИД в пенитенциарном учреждении (WHO Europe: Policy HIV/AIDS in prison)

www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/communicable-diseases/hiv aids/policy/hiv aids-in-prisons

ВОЗ Европа: Профилактика внезапной смертности, связанной с лекарственными средствами, среди заключенных в период сразу после освобождения. (WHO Europe: Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period)

[www.euro.who.int/ data/assets/pdf file/0020/114914/E93993.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0020/114914/E93993.pdf)

ВОЗ Европа: Профилактика внезапной смертности, связанной с лекарственными средствами, среди заключенных в период сразу после освобождения. (WHO Europe: Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period)

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

ВОЗ Европа: Профилактика внезапной смертности, связанной с лекарственными средствами, среди заключенных в период сразу после освобождения. (WHO Europe: Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period) www.euro.who.int/ data/assets/pdf file/0020/114914/E93993.pdf

ВОЗ/УНП ООН/ЮНЭЙДС Вмешательства, направленные на борьбу с ВИЧ в пенитенциарных учреждениях: Комплексный анализ (технический документ: основание для действий), Женева, ВОЗ (WHO/UNODC/UNAIDS Interventions to address HIV in prisons: Comprehensive review (Evidence for Action Technical Paper) Geneva, WHO) 2007 год www.unodc.org/documents/hiv aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%20hiv_treatment.pdf

и эффективность вмешательств, направленных на борьбу с ВИЧ в пенитенциарных учреждениях (Effectiveness of interventions to address HIV in prisons) http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596190_eng.pdf

Позиционный документ ВОЗ/УНП ООН/ЮНЭЙДС. Заместительная терапия при лечении опиоидной зависимости и профилактики ВИЧ/СПИД, 2004 (Substitution maintenance therapy

in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention)

www.unodc.org/documents/hivaids/Position%20Paper%20sub.%20maint.%20therapy.pdf

ВОЗ/УНП ООН/ЮНЭЙДС: Начало и реализация программ по обмену игл и шприцев.

Программы обмена в учреждениях закрытого типа. Руководство. 2007

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

Женевская декларация Всемирной медицинской ассоциации (WMA: Declaration of Geneva)
1948 года

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

ВМА: Мальтийская декларация о лицах, объявивших голодовку

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

Всемирная медицинская ассоциация: Токийская декларация. Рекомендации для врачей относительно пыток или других видов жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания в связи с арестом или содержанием в местах заключения. Токио 1975 год, пересмотренное издание Дивон-ле-Бен (WMA: Declaration of Tokyo. Guidelines for Physicians Concerning Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment. Tokyo 1975, revised Divonee-les-Bains) 2005 год. www.wma.net/en/30publications/10policies/c18

Всемирная медицинская ассоциация: Декларация о поддержке врачей, отказывающихся участвовать в использовании или скрывать применение пыток или других форм жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения, Гамбург (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, Hamburg) 1997 год

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

Женевская декларация Всемирной медицинской ассоциации (WMA International Code of Medical Ethics) (2006 год)

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/index.html>

Всемирная медицинская ассоциация: Резолюция об ответственности врачей в осуждении актов жестокого или бесчеловечного или унижающего достоинство обращения, о которых им известно. Хельсинки 2003 года. (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. Helsinki 2003)

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

Всемирная медицинская ассоциация: Эдинбургская декларация об условиях содержания в пенитенциарных учреждениях и распространении туберкулеза и других инфекционных заболеваний. (WMA: Declaration of Edinburgh on Prison Conditions and the Spread of Tuberculosis and Other Communicable Diseases)

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

ВМА Положение об обыске тела заключенного, Будапешт 1993, пересмотренное 2005 год (WMA: WMA Statement on Body Searches of Prisoners, Budapest 1993, rev 2005)

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