



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

**Профилактика
смертности от острых
состояний, связанных
с употреблением
наркотиков, среди
лиц, только что
освободившихся
из мест заключения**





Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Профилактика смертности от острых состояний, связанных с употреблением наркотиков, среди лиц, только что освободившихся из мест заключения



РЕЗЮМЕ

Уровень смертности от острых состояний, вызванных употреблением наркотиков, или смертности от передозировки среди лиц, освобождающихся из МЛС, неприемлемо высок. Подобные случаи вызваны многими факторами, такими как снижение переносимости наркотиков после определенного периода относительной абстиненции во время пребывания в местах лишения свободы, а также одновременное употребление нескольких наркотиков, когда при употреблении любого другого наркотика в комбинации с опиоидами риск смерти от употребления опиоидов практически удваивается. К другим важным факторам относится отсутствие консультирования в порядке подготовки к освобождению, врачебного контроля после освобождения и непринятие мер по выявлению лиц, входящих в группу риска. Зависимость от психоактивных веществ является хроническим заболеванием, которое характеризуется высокими показателями рецидива и часто требует длительного непрерывного лечения. В результате испытаний и когортных исследований были получены достоверные фактические данные, которые свидетельствуют о том, что опиоидная заместительная терапия снижает риск передозировки среди потребителей опиоидов.

В данном документе определяются основные сферы, в которых требуются улучшения для того, чтобы снизить риск смерти. Для снижения этого риска крайне важно обеспечить тесную связь между пенитенциарным и общественным здравоохранением. Рассматриваются рекомендации в отношении профилактических мер на всех уровнях системы правосудия. В данный документ входит обзор литературы, указывающий на значительный объем исследований, проведенных в разных странах. Эти исследования подтверждают вывод о том, что в период непосредственно после освобождения из МЛС человек подвержен резко возросшему риску смерти от острых состояний, связанных с употреблением наркотиков.

Ключевые слова

PRISONERS – statistics

SUBSTANCE-RELATED DISORDERS – mortality – prevention and control

OVERDOSE – mortality – prevention and control

DELIVERY OF HEALTH CARE – organization and administration

EUROPE

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

Publications

WHO Regional Office for Europe

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро:

<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

ISBN 978 92 890 0238 7

© **Всемирная организация здравоохранения, 2011 г.**

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

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

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|-----------|
| <i>Выражение благодарности</i> | <i>iv</i> |
| <i>Предисловие</i> | <i>v</i> |
| <i>Рекомендации по снижению смертности от острых состояний, связанных с употреблением наркотиков, среди лиц, только что освободившихся из мест лишения свободы</i> | <i>1</i> |
| Ключевые рекомендации | 1 |
| <i>Смертность от острых состояний среди лиц, недавно освобожденных из мест лишения свободы: общие сведения</i> | <i>6</i> |
| Проблема | 6 |
| Факторы риска | 12 |
| Возможные меры противодействия | 17 |
| Вывод | 23 |
| <i>Библиография</i> | <i>24</i> |

Выражение благодарности

Мы хотели бы отметить большой вклад Katherine Moloney, которая во время работы в Европейском региональном бюро ВОЗ написала данный доклад и подготовила первоначальный проект рекомендаций, а также поблагодарить сотрудников Регионального бюро (Alex Gatherer, Paul Hayton, Andrew Fraser, Brenda van den Bergh и Tina Kiaer) за представленные ими ценные комментарии.

Мы также хотели бы поблагодарить следующих участников дискуссии в формате круглого стола, которая состоялась во время Конференции по охране здоровья в местах лишения свободы в Мадриде, Испания, 29-31 октября 2009 года, за весьма ценные комментарии по этому докладу: Isabelle Giraudon и Dagmar Hedrich из Европейского центра мониторинга наркотиков и наркомании; Michael Farrell, профессора аддикционной психиатрии, Королевский колледж, Лондон; Morag McDonald, сотрудника журнала *International Journal of Prisoner Health*; Michael Levy, директора программы здравоохранения в исправительных учреждениях в АСТ Австралии, и Albert Giménez, директора программы по профилактике СПИДа и медико-санитарной помощи больным в автономной области Каталония, Испания. Мы также выражаем благодарность доценту Kate Dolan из Национального исследовательского центра по проблемам наркотиков и алкоголя Университета Нового Южного Уэльса, Австралия, за комментарии на стадии написания доклада.

Lars Møller

И.о. Регионального советника по вопросам алкоголя и наркотиков,
Европейское региональное бюро ВОЗ

Srdan Matic

Руководитель отдела, Неинфекционные заболевания и окружающая среда,
Европейское региональное бюро ВОЗ

Предисловие

Пенитенциарное здравоохранение является частью общественного здравоохранения, а для системы общественного здравоохранения очень непросто обеспечить помощь одинакового уровня качества тем категориям лиц, до которых ей труднее всего добраться. В целом лица, находящиеся в местах лишения свободы, представляют собой группу людей с множественными проблемами здоровья, включая расстройства, связанные с употреблением наркотиков. Во время пребывания в МЛС эти люди находятся в пределах досягаемости для здравоохранения, и тут задача состоит в том, чтобы использовать эту печальную ситуацию на благо этих лиц и общества в целом.

Признавая существование такой проблемы, еще в 1995 году Европейское региональное бюро ВОЗ начало осуществлять специальный проект, посвященный охране здоровья в тюрьмах. Задачей проекта было установление тесных связей между системами пенитенциарного и общественного здравоохранения. В последние годы был опубликован ряд руководств, рекомендаций и пособий по данному вопросу, и в целом уровень медико-санитарного обслуживания лиц, пребывающих в МЛС, повысился.

В последние годы наблюдается существенное повышение внимания на международном уровне к охране здоровья в местах лишения свободы. И все же, несмотря на это, по-прежнему сохраняется необходимость укрепления связей между системами пенитенциарного и общественного здравоохранения. В качестве примера можно привести явный риск смерти от передозировки наркотиков в течение первых недель после освобождения из мест лишения свободы. Некоторые исследования указывают на более чем стократное возрастание риска в сравнении с другими группами населения того же пола и возраста. Большинство этих случаев смерти связаны с употреблением незаконных наркотиков, и в большинстве случаев это случайная, а потому и предотвратимая смерть.

Большой процент заключенных употребляли наркотики до попадания в МЛС, и многие продолжают употреблять их и в местах лишения свободы, но менее регулярно и, зачастую, более опасными способами. В результате относительной абстиненции во время пребывания в МЛС в этот период меняется уровень переносимости ими наркотиков. Но, несмотря на это, количество смертей можно снизить за счет надлежащего лечения наркотической зависимости в местах лишения свободы, надлежащего информирования и обучения, а также правильно организованного медицинского контроля после освобождения.

Фактические данные подтверждают способность определенных вмешательств улучшить положение дел. В соответствии с этими данными, в настоящем докладе представлены рекомендации по наиболее эффективным подходам к снижению высокой смертности в период непосредственно после освобождения.

Данный доклад предназначен в первую очередь для сотрудников министерств, ответственных за здоровье лиц, пребывающих в местах лишения свободы, и лиц, освобождающихся из МЛС, а также для сотрудников, занимающихся лечением и помощью при наркотической зависимости.

Европейское региональное бюро ВОЗ высоко оценивает данную книгу и представленные в ней рекомендации как способ снижения высокого уровня смертности после освобождения из мест лишения свободы в результате передозировки незаконных наркотиков.

Д-р Nedret Emiroglu
И.о. директора, Отделение программ здравоохранения,
Европейское региональное бюро ВОЗ

Рекомендации по снижению смертности от острых состояний, связанных с употреблением наркотиков, среди лиц, только что освободившихся из мест лишения свободы

Уровень смертности от острых состояний, связанных с употреблением наркотиков, среди лиц, только что освободившихся из МЛС, является неприемлемо высоким. Это обусловлено многими факторами, такими как снижение переносимости после периода относительной абстиненции во время пребывания в местах лишения свободы, а также одновременное употребление нескольких наркотиков, когда при употреблении в комбинации с опиоидами любого дополнительного наркотика риск смерти от опиоидов практически удваивается. Другие важные факторы включают отсутствие консультирования перед освобождением и врачебного контроля после освобождения, а также непринятие мер по выявлению лиц, входящих в группу риска.

Зависимость от психоактивных веществ является хроническим расстройством с высоким уровнем рецидива и часто требует длительного непрерывного лечения. В результате испытаний и когортных исследований были получены убедительные данные, которые свидетельствуют о том, что опиоидная заместительная терапия снижает риск передозировки среди потребителей опиоидов.

Ключевые рекомендации

Важным условием успеха является тесная связь между системами пенитенциарного и общественного здравоохранения. Министерство здравоохранения, министерство, ответственное за охрану здоровья в местах лишения свободы и министерство, ответственное за МЛС, должны вместе изучить приведенные ниже рекомендации.

Оказание услуг и осуществление программ

Оказание услуг в масштабах всей системы в рамках протоколов и программ лечения наркотической зависимости, ориентированных на контингент в местах лишения свободы, должно осуществляться в соответствии с приведенными ниже принципами.

Справедливость в предоставлении медико-санитарной помощи

Лечение наркозависимости, осуществляемое в местах лишения свободы, должно быть равнозначно по всем показателям лечению, предоставляемому в обществе. Это включает подготовку персонала, качество лечения, показатели охвата и наличие альтернативных способов лечения. Для обеспечения преимущества лечения необходимо поддерживать единообразие лечения наркозависимости в различных местах лишения свободы и между местами лишения свободы и обществом.

Практика на доказательной основе

Доказано, что эффективным вариантом лечения лиц с опиоидной зависимостью является опиоидная заместительная терапия. Заключение, страдающие от опиоидной зависимости, должны иметь возможность начать или продолжить опиоидную заместительную терапию, если такая возможность существует в обществе.

Неотъемлемыми компонентами всех программ лечения наркотической зависимости в местах лишения свободы являются психотерапевтические или психосоциальные вмешательства и просвещение по вопросам, связанным с наркотиками.

Непрерывность медико-санитарной помощи и стабильность лечения

Принимая во внимание затяжной характер расстройств, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами, и тяжелые последствия отсутствия лечения этого заболевания или перерывов в его лечении, важнейшее значение имеют непрерывность помощи и стабильность лечения. Оказание всеобъемлющих медико-санитарных услуг наркозависимым лицам, пребывающим в МЛС, необходимо как в течение всего времени нахождения их в системе уголовного правосудия, так и во время последующей реинтеграции в общество. Необходимо обеспечить этим людям связь с соответствующими наркологическими или вспомогательными службами при самом первом контакте с системой уголовного правосудия или после того, как они будут отнесены к группе риска по совершению преступлений, связанных с наркотиками. Возможность оказания помощи наркозависимым лицам должна существовать во время их нахождения под стражей в полиции, в следственном изоляторе и в исправительном учреждении. Более того, наркологические услуги перед освобождением должны координироваться и увязываться с надлежащей последующей помощью, чтобы обеспечить бесперебойное оказание помощи. Это позволит обеспечить лицам, пребывающим в МЛС, с зависимостью от психоактивных веществ устойчивую непрерывную и преемственную помощь в долгосрочной перспективе.

Создание партнерств и сетей

Для создания системы предоставления действенной и непрерывной помощи лицам, пребывающим в МЛС, необходимы межведомственные партнерские отношения между поставщиками услуг в местах лишения свободы и на уровне общего населения. При правильной организации процессы, осуществляемые государственными и негосударственными учреждениями, и поддержка на уровне местных сообществ могут быть интегрированы и согласованы, и могут быть налажены системы направления пациентов на лечение согласно с потребностями. Формальные и неформальные взаимодействия с местными общинами, особенно со структурами социальной поддержки, очень важны для лиц, пребывающих в МЛС, и служат психологическим "буфером" в ближайший период после освобождения.

Эффективность программ зависит от государственных чиновников, политиков, негосударственных организаций, руководителей программ, научных работников, работников пенитенциарных учреждений и внешних заинтересованных партнеров, а также от самих заключенных и тех, кто оказывает им поддержку. Залог эффективности всех мер вмешательства состоит в том, чтобы они были направлены на удовлетворение конкретных потребностей лиц, освобождающихся из мест лишения свободы, и предупреждение рисков, угрожающих наркозависимым лицам, пребывающим в МЛС. Программы должны ориентироваться на укрепление организационно-кадрового потенциала на основе использования моделей интегрированной медико-санитарной помощи, включающих в себя психосоциальные, фармакотерапевтические и образовательные аспекты передовой практики.

На уровне мест лишения свободы

На уровне мест лишения свободы помощь должна включать установление здоровых отношений между врачом и пациентом. Для этого необходим целый ряд основанных на потребностях и ориентированных на клиента способов терапевтического воздействия.

Также рекомендуется создавать партнерства для ведения пациентов многопрофильной бригадой. Планы лечения и варианты оказания помощи должны разрабатываться в ходе консультаций с потребителями услуг, чтобы способствовать формированию культуры взаимного уважения, активному участию потребителей, повышению их мотивации и расширению их прав и возможностей.

На этом уровне также необходимо *обучение всех заинтересованных партнеров*. Работники пенитенциарных учреждений, заключенные, лица, оказывающие им поддержку и внешние поставщики услуг (такие как социальные работники и негосударственные организации) должны быть проинформированы о риске смерти от острых состояний, вызванных употреблением наркотиков, в ближайший период после освобождения. С лицами, освобождающимися из МЛС, и лицами, оказывающими им поддержку, перед освобождением должны проводиться занятия по санитарному просвещению, которые охватывали бы следующие аспекты:

- профилактика употребления наркотиков: существуют различные методы просвещения людей в отношении наркотиков, включая распространение информации, поддержка со стороны лиц равного статуса и групповые или индивидуальные консультации по вопросам употребления наркотиков;
- поведение, связанное с риском: заключенным и лицам, которые оказывают им поддержку, особенно членам их семей, следует подробно рассказывать о чрезвычайно высоком риске, связанном со снижением переносимости и одновременным употреблением нескольких наркотиков; и
- профилактика передозировки.

Наркозависимых лиц, пребывающих в местах лишения свободы, их родственников и тех лиц в обществе, кто оказывает им поддержку, следует учить распознавать симптомы передозировки и реагировать на них. Последние фактические данные указывают на то, что необходимо подумать о возможности обучения навыкам первой помощи самих наркозависимых, людей из их социального окружения, родственников и лиц, оказывающих им социальную поддержку, включая обучение использованию в экстренных случаях налоксона. Существует острая потребность в дальнейших исследованиях в этой области.

Кроме того, на этом уровне необходимо *снизить уязвимость лиц, только что освободившихся из МЛС*. Помочь снизить подобную уязвимость могут целостные программы, направленные на удовлетворение физических и/или практических и психосоциальных потребностей лиц, освободившихся из МЛС. Выход из тюрьмы может представлять для них период неопределенности и нестабильности, что может повысить вероятность возврата к употреблению наркотиков и, как результат, смерти. Необходимо обеспечить реальную поддержку, чтобы удовлетворить остающиеся неудовлетворенными:

- физические и практические потребности, такие как жилье и работа, улаживание домашних и финансовых дел, а также получение образования и обучение практическим навыкам;
- психологические потребности, такие как преодоление стресса, вызванного деинституционализацией, психологических травм и маргинализации, лечение психиатрической коморбидности, повышение устойчивости к житейским невзгодам и самооценки;
- социальные потребности, такие как реинтеграция в семью или местное сообщество и выработка социальных и родительских навыков.

На национальном уровне

На *национальном уровне* создание важнейших структур и служб должно включать:

- создание всеобъемлющей системы лечения наркозависимости на всей территории страны;
- назначение службы или ведомства, которое должно принять на себя ответственность за проведение этой работы;
- признание и удовлетворение особых потребностей отдельных подгрупп населения;
- мониторинг, оценка риска и оценка эффективности принимаемых мер вмешательства.

Создание всеобъемлющей системы лечения наркозависимости на территории всей страны

Всеобъемлющая система лечения наркозависимости, действующая на территории всей страны, должна быть внедрена на всех уровнях системы уголовного правосудия. Эта стратегия должна стать составной частью мер, предпринимаемых для лечения наркозависимости на уровне общего населения в рамках системы общественного здравоохранения страны, или осуществляться совместно с ними. Главный принцип заключается в том, что там, где это возможно, представляется предпочтительным, чтобы лица с заболеваниями, связанными со злоупотреблением психоактивными веществами, направлялись в соответствующее гражданское лечебное учреждение, а не в места лишения свободы. В случае, если лишение свободы признается необходимым, следует проводить лечение наркозависимости на основе формализованных стратегий обеспечения непрерывности помощи и оказания последующей помощи¹, предполагающих непрерывную цепь необходимых мероприятий.

Назначение ответственной службы или ведомства

Для того, чтобы определить, какая служба или какое ведомство должно взять на себя ответственность за удовлетворение потребностей лиц, которым угрожает риск смерти от острых состояний, связанных с употреблением наркотиков, после освобождения из мест лишения свободы, требуется концептуально новая формулировка обязанностей службы пенитенциарного здравоохранения, которые должны включать и обеспечение благополучия в период после освобождения. Для этого может потребоваться:

- оценка системы сбора данных, чтобы можно было вести непрерывный мониторинг отражения исходов в период после освобождения в данных пенитенциарного здравоохранения и тем самым адекватно определять пробелы в оказываемых услугах;
- анализ правовой базы и степени обязанности оказывать помощь и ответственности за здоровье людей после их освобождения из мест лишения свободы;

¹ Fox et al. (2005) дают следующие определения: "Термин *"непрерывная помощь"* означает организационные меры, позволяющие осуществлять оказание бесперебойной помощи, начиная с первого контакта правонарушителя с системой уголовного правосудия и далее на этапе досудебного пребывания под стражей, во время судебного процесса, в период пребывания в МЛС по приговору суда и после выхода из них и возвращения в общество. *"Последующая помощь"* – это комплекс поддерживающих мер, необходимый после того, как правонарушитель, злоупотребляющий наркотиками, полностью проходит программу лечения в месте лишения свободы, завершает отбывание наказания без лишения свободы или выбывает из лечения. Такая помощь не является единовременным и простым, обособленным процессом, предполагающим только лечение, но включает доступ к дополнительной поддержке в таких вопросах, как психическое здоровье, жилье, улаживание финансовых проблем и проблем в семье, приобретение новых навыков и трудоустройство".

- включение в сферу ответственности этой государственной структуры лиц, отбывающих наказание без лишения свободы, лиц, находящихся в отпусках для посещения дома, или лиц, к которым было применено условно-досрочное освобождение.

Для того чтобы способствовать осуществлению целостных программ, основанных на потребностях пациентов, эти процессы должны начинаться перед освобождением и интегрироваться в программы лечения наркозависимости.

Признание и удовлетворение особых потребностей отдельных подгрупп населения

Структура программы должна быть ориентирована на выявленные потребности социально-демографических групп высокого риска, включая женщин и иностранных граждан. Помимо этого, стандартизированная оценка риска и скрининг помогают выявлять отдельных лиц, пребывающих в местах лишения свободы, которым угрожает повышенный риск смерти от состояний, связанных с употреблением наркотиков, в ближайший период после освобождения и которые могут получить пользу от специализированных программ и поддержки.

Мониторинг, оценка риска и оценка эффективности вмешательств

Мониторинг, оценка риска и оценка эффективности вмешательств включают выполнение стандартизированного протокола мониторинга, что позволяет:

- определить исходные уровни смертности;
- оценить потребности лиц, пребывающих в МЛС и освобождающихся из МЛС;
- документировать осуществление мер и их успешность;
- выявлять пробелы в оказании услуг.

Также для оценки эффективности мер, направленных на снижение смертности после освобождения, важно проводить исследования и разрабатывать конкретные показатели.

Смертность от острых состояний среди лиц, недавно освобожденных из мест лишения свободы: общие сведения

Проблема

Распространенность употребления незаконных наркотиков в течение жизни среди лиц, пребывающих в МЛС, непропорционально высока. Хотя между странами этот показатель существенно различается, в период с 2000 по 2007 год большинство обследований, проведенных среди лиц, находящихся под стражей, в Европейском Союзе и Норвегии, указывали на распространенность употребления наркотиков в течение жизни на уровне свыше 50% (EMCDDA, 2008). В некоторых странах, где проводились исследования, 50-60% лиц, пребывающих в МЛС, сообщали, что хотя бы один раз употребляли героин, амфетамины или кокаин, а более трети сообщали, что хотя бы один раз в жизни употребляли инъекционные наркотики. В Азии, Европе и Северной Америке среди лиц, пребывающих в местах лишения свободы, непропорционально высока распространенность опиоидной зависимости, доходящая в Центральной Азии до 80%, тогда как в Латинской Америке наиболее распространенным наркотиком является кокаин (Kastelic, Pont & Stöver, 2008). Также, в силу высокого уровня сменяемости контингента в местах лишения свободы (Stöver, 2001; Møller et al., 2008), каждый год большое количество правонарушителей, в анамнезе которых значится употребление наркотиков, оказываются в МЛС, а затем возвращаются в общество.

В данном докладе рассматривается влияние нахождения под стражей на последствия употребления наркотиков после освобождения. В частности, в нем представлен обзор литературы по данной проблематике и по риску смерти от острых состояний, вызванных употреблением наркотиков лицами, только что освободившимися из МЛС. Далее в докладе обсуждаются возможные меры профилактического характера.

Лица, освобождающиеся из МЛС, характеризуются худшим состоянием здоровья, нежели население в целом, и уровень смертности от естественных и искусственных причин среди лиц, освобождающихся из мест лишения свободы, существенно выше. Hobbs et al. (2006) провели когортное исследование с анализом взаимосвязи данных по всем заключенным, в Западной Австралии (13 667 человек), освобожденным в период с 1995 по 2001 год (всего 26 674 случая освобождения из МЛС). Случаи смерти, вызванные острыми или хроническими последствиями употребления наркотиков, а также травмами или отравлением, составили примерно три четверти смертей среди женщин из числа коренного населения, женщин, не относящихся к коренному населению, и мужчин, не относящихся к коренному населению, а также значительную часть избыточной смертности среди лиц, освобождающихся из МЛС. Результаты исследований, проведенных в нескольких странах, также указывают на повышение уровня смертности от острых состояний, вызванных употреблением наркотиков, в ближайший период после освобождения по сравнению с показателями среди населения в целом: Австралия (Coffey et al., 2003; Graham, 2003; Stewart et al., 2004; Kariminia et al., 2007a), Дания (Christensen et al., 2006), Англия и Уэльс (Singleton et al., 2003; Farrell & Marsden, 2008), Франция (Verger et al., 2003), Шотландия (Seymour, Oliver & Black, 2000; Shewan et al., 2000), Швейцария (Harding-Pink, 1990) и Соединенные Штаты Америки (Binswanger et al., 2007).

В таблице 1 резюмируются результаты исследований, в которых фиксировались стандартизированные относительные коэффициенты смертности (СКС) среди лиц, освобождающихся из мест лишения свободы, по сравнению с общим населением. Между этими исследованиями наблюдаются существенные различия в СКС. При этом, однако, представленные в них данные последовательно указывают на то, что уровень смертности в результате употребления наркотиков после освобождения намного превышает приведенные коэффициенты для всего населения, часть которого составляли когорты лиц, освобождающихся из мест лишения свободы. В целом результаты всех этих исследований поддерживают гипотезу о том, что лицам, освобождающимся из МЛС, угрожает риск смерти в результате употребления наркотиков, существенно превышающий подобный риск для всего остального населения.

Таблица 1. Связанные с употреблением наркотиков СКС среди лиц, освобождающихся из мест лишения свободы, и общего населения

| Исследование | СКС (95% ДИ) для смертности в связи с употреблением наркотиков после освобождения | Время (после освобождения) | Общее население | Коррекции СКС (первоначальное исследование) |
|---------------------------|--|---|---|---|
| Binswanger et al. (2007) | Мужчины и женщины = 129,0 | Первые 2 недели | Жители штата Вашингтон, США | Возраст, пол и раса |
| Christensen et al. (2006) | Мужчины и женщины = 61,9 ^a | Первые две недели | Все население Дании | Возраст и пол |
| Farrell & Marsden (2008) | Мужчины, первая неделя после освобождения = 28,3 Мужчины, вторая неделя после освобождения = 15,8 Женщины, первая неделя после освобождения = 68,9 Женщины, вторая неделя после освобождения = 56,3 | Первая и вторая недели (расчеты проводились отдельно) | Все население Англии и Уэльса | Возраст и пол |
| Harding-Pink (1990) | Мужчины и женщины = 50,0 ^a | Первые 45 дней | Население Женевы, Швейцария | Возраст и пол |
| Kariminia et al. (2007a) | Мужчины = 14,5 Женщины = 50,3 | По времени не ограничено, время контроля колебалось от 1 дня до 15 лет (средний показатель = 7,7 лет) | Население Нового Южного Уэльса, Австралия | Возраст и пол |

Таблица 1 (продолжение)

| | | | | |
|-------------------------|---|--|---|--|
| Singleton et al. (2003) | Первая неделя после освобождения = 37,1 Вторая неделя после освобождения = 12,4 (мужчины и женщины вместе) ^b | Первая и вторая неделя (расчеты проводились отдельно) | Все население Англии и Уэльса | Возраст и пол |
| Stewart et al. (2004) | Женщины-аборигены = 3,3 Женщины, не являющиеся аборигенами = 115,9 Мужчины-аборигены = 2,9 Мужчины, не являющиеся аборигенами = 20,1 | По времени не ограничено, период контроля колебался от 0 до 2160 дней (медиана 1223 дня) | Коренное и некоренное население Западной Австралии в возрасте от 20 до 40 лет | Этническая принадлежность, возраст и пол |
| Verger et al. (2003) | 15–34 года = 124,1 35–54 года = 274,2 (только мужчины) | Первый год | Все население Франции | Возраст и пол |

Примечание. СКС выражаются относительно 1. Описательные статистические данные стандартизированы и данные соответствующим образом скорректированы, чтобы облегчить сравнимость исследований.

^a Расчеты авторов: оценка основана на количестве смертей на 1000 человеко-лет общего населения и лиц, освобожденных из МЛС. Доверительного интервала (ДИ) получено не было.

^b Singleton et al. (2003) ДИ не указали.

Также следует отметить, что тенденция к повышенной смертности в результате употребления наркотиков среди лиц, освобождаемых из МЛС, на уровне общего населения наиболее очевидна в период непосредственно после освобождения (EMCDDA, 2008). В выборке из 12 438 лиц, освободившихся из мест лишения свободы в Англии и Уэльсе в июне или в декабре 1999 года, чью дальнейшую судьбу можно было проследить, Singleton et al. (2003) выявили в период проведения исследования 137 смертей. Из них 79 были связаны с употреблением наркотиков. Особое значение имеет тот факт, что в первую неделю после освобождения было зарегистрировано 13 случаев смерти, 12 из которых были связаны с употреблением наркотиков (что представляет собой эквивалентный показатель смертности 50,4 случая смерти на 1000 лиц, освобождающихся из МЛС, в год). На следующей неделе было отмечено 6 случаев смерти, 4 из которых были связаны с употреблением наркотиков (16,8 смертей на 1000 лиц, освобождающихся из МЛС, в год). После этого смертность резко снизилась и, начиная с пятой недели, стабилизировалась на уровне 2 случаев смерти в неделю. Снижение смертности от всех причин было в первую очередь обусловлено снижением количества смертей, связанных с употреблением наркотиков, в первые две недели после освобождения. По сравнению с населением в целом у лиц, освобождающихся из МЛС, вероятность умереть в первую неделю после освобождения была в 40,2 раз выше, причем 92% смертей было обусловлено употреблением наркотиков, а во вторую неделю после освобождения – в 18,6 раз выше (67% вследствие употребления наркотиков).

Из ретроспективной когорты, насчитывавшей 15 885 зарегистрированных потребителей наркотиков в Дании, 6019 человек в период проведения исследования (1996-2001 годы) хотя бы один раз освобождались из тюрьмы (Christensen et al., 2006). В этот период было отмечено 145 случаев смерти, связанных с употреблением наркотиков (11,9 случаев на 1000 человеко-лет), из которых 24 произошли в первые две недели после освобождения

(117,7 случаев смерти на 1000 человеко-лет). Последняя категория превышает смертность среди населения в целом (1,9 случая смерти на 1000 человеко-лет) в 62 раза, и на нее приходится 92% всех смертей в первые две недели после освобождения.

Аналогичным образом, ретроспективный анализ когорты из 48 771 лиц, освобожденных из МЛС в Англии и Уэльсе в период с 1998 по 2000 год, показал, что в период проведения исследования имели место 442 случая смерти, 59% из которых были отнесены на счет употребления наркотиков (Farrell & Marsden, 2008). В первую неделю после освобождения вероятность умереть у лиц мужского пола была в 29,4 раз выше, чем у мужчин на уровне общего населения, а у освобождаемых из МЛС женщин эта вероятность была выше в 68,9 раз по сравнению с женщинами на уровне общего населения. Употреблением наркотиков были вызваны 96% случаев смерти среди мужчин и 100% среди женщин. Во вторую неделю этот коэффициент смертности (и доля случаев смерти, вызванных употреблением наркотиков), составил 20,4 (78%) для бывших заключенных-мужчин и 56,3 (100%) для бывших заключенных-женщин.

В рамках сравнимого исследования с анализом взаимосвязи данных, охватывавшего 30237 бывших заключенных, находившихся под юрисдикцией Управления исправительных учреждений штата Вашингтон в США, освобожденных в период между июлем 1999 года и декабрем 2003 года, было документально зафиксировано 443 случая смерти (7,8 случаев на 1000 человеко-лет) (Binswanger et al., 2007). Из них 23% были связаны с употреблением наркотиков. В первые две недели после освобождения с употреблением наркотиков были связаны 27 из 38 случаев смерти, что равно 18,4 случаям на 1000 человеко-лет. Также в этот период непосредственно после освобождения относительный риск смерти от острого состояния, связанного с употреблением наркотиков, составлял 129 по сравнению с населением в целом. Таким образом, в первые две недели после освобождения можно наблюдать ярко выраженный рост смертности среди лиц, освобождающихся из МЛС, в основном из-за употребления наркотиков. В последующие недели смертность от всех причин стабилизируется, что отражает снижение смертности в связи с употреблением наркотиков.

Поправки на отдельные факторы, связанные с образом жизни, такие как количество употребляемых наркотиков и уровни рискованного поведения, можно делать путем согласования во времени. Таким образом, в этой группе высокого риска можно оценить непропорционально высокий уровень смертности, наблюдаемый в первые две недели после освобождения. В таблице 2 представлена подборка литературы, в которой рассматривается относительный риск смерти у лиц, освобождающихся из МЛС, в результате употребления наркотиков в первые две недели после освобождения в сравнении с некоторым заданным последующим периодом.

Приведенные данные показывают, что во всех исследованиях вероятность смерти у лиц, освобождающихся из МЛС, в результате употребления наркотиков в первые две недели после освобождения превышает вероятность смерти в результате употребления наркотиков в последующий период нахождения на свободе. Средний риск смерти у лиц, освободившихся из МЛС, в результате употребления наркотиков в течение первых двух недель после освобождения в 8 раз выше, чем в любой другой последующий период времени (см. таблицу 2). Этот факт подтверждает выводы в растущем количестве публикаций о том, что лица, только что лица, освободившиеся из мест лишения свободы, подвержены высокому риску смерти в результате употребления наркотиков. Важно то, что между сравнениями с внесенными поправками нет существенных различий в соответствии со временем, прошедшим после освобождения, на основании которого осуществлялось сравнение.

Более того, смертность в результате употребления наркотиков в первые две недели после освобождения превышает как смертность в результате суицида в местах лишения свободы (Seaman, Brettle & Gore, 1998; Bird & Hutchinson, 2003; Kariminia et al., 2007c), так и смертность в местах лишения свободы в результате употребления наркотиков (Kariminia et al., 2007c). Смертность среди лиц, освобождающихся из МЛС, в результате употребления наркотиков как доля от смертности от всех причин в большей степени сходна со смертностью в результате употребления наркотиков среди лиц, отбывающих наказание в виде исправительных работ без лишения свободы, нежели со смертностью в результате употребления наркотиков среди лиц, пребывающих в МЛС (Sattar, 2001). Существенное значение имеет тот факт, что среди лиц, освобождающихся из МЛС на условно-досрочном режиме, уровень смертности от всех причин выше, чем среди лиц, отбывающих другие виды наказания без лишения свободы на условиях надзора, причем наиболее распространенной причиной смерти является употребление наркотиков (Biles, Harding & Walker, 1999; Sattar, 2001). Лица, освобождающиеся из МЛС, находящиеся под надзором по месту жительства, по-прежнему представляют собой социально заброшенную группу (но при этом весьма уязвимую) и группу.

Таблица 2. Динамика относительного риска (ОР) смерти в связи с употреблением наркотиков в первые две недели после освобождения, по сравнению с последующими периодами

| Исследование | Страна | ОР (во времени) | Период для сравнения |
|-------------------------------|-------------------------------|---|-------------------------------------|
| Bird & Hutchinson (2003) | Шотландия | 7,4 | Последующие 10 недель (3–12 недель) |
| Christensen et al. (2006) | Дания | 4,6 ^a | Последующие 10 недель (3–12 недель) |
| Farrell & Marsden (2008) | Англия и Уэльс | Мужчины = 8,3 Женщины = 10,6 | Через 52 недели |
| Kariminia et al. (2007c) | Австралия (Новый Южный Уэльс) | Мужчины = 9,3 Женщины = 6,4 | Через 26 недель |
| Seaman, Brettle & Gore (1998) | Шотландия (Эдинбург) | 7,7 ^b | Последующие 10 недель (3–12 недель) |
| Singleton et al. (2003) | Англия и Уэльс | Первая неделя = 12,5 Вторая неделя = 4,2 | 13–52 недели |

^a Участники исследования: потребители наркотиков.

^b Участники исследования: ВИЧ-инфицированные потребители инъекционных наркотиков.

Kariminia et al. (2007a) провели крупнейшее на сегодняшний день когортное исследование по изучению смертности по причинам за большой промежуток времени среди взрослых лиц, освобождающихся из МЛС. Анализ представлял собой ретроспективное установление взаимосвязи между данными по всем 85 203 взрослым заключенным в Новом Южном Уэльсе в Австралии с 1988 по 2002 год включительно. В ходе обследования было установлено 5137 случаев смерти (4714 мужчин и 423 женщин), из которых на долю смерти в результате употребления наркотиков приходилось 31% (СКС 12,8) случаев смерти среди мужчин и 47% (СКС 50,3) среди женщин. Это составило примерно одну четверть (26%) всех связанных с употреблением наркотиков случаев

смерти в Новом Южном Уэльсе за пятнадцать лет. Эта цифра соответствует результатам других исследований, проведенных среди лиц, пребывающих в местах лишения свободы, в Австралии (Coffey et al., 2003; Graham, 2003) и Шотландии (Shewan et al., 2000), в ходе которых изучались когорты, различавшиеся по полу и возрасту.

При этом следует отметить временные тенденции в уровнях смертности, выведенные Kariminia et al. (2007a), которые отражают снижение смертности от всех причин в период проведения исследования по сравнению с населением Нового Южного Уэльса. В значительной степени это обусловлено снижением смертности в результате употребления наркотиков и суицида. Причина этой тенденции к снижению смертности в результате употребления наркотиков пока не была установлена; данная проблема заслуживает дальнейшего изучения. Одна из гипотез, выдвинутых авторами для объяснения данного результата, заключается в улучшении качества услуг по охране психического здоровья и повышении доступности этих услуг для лиц, пребывающих в МЛС. По времени проведения исследование совпадает с одобрением расширения метадоновой заместительной терапии как основного компонента стратегии по минимизации вреда от употребления наркотиков в Австралии в 1985 году и с внедрением в 1986 году метадоновой заместительной терапии в исправительных учреждениях Нового Южного Уэльса. Признается, что подобное лечение как средство снижения вреда выполняет функцию защиты от преждевременной смертности среди потребителей героина в условиях жизни в обществе (Gunne & Grönbladh, 1981; Langendam et al., 2001). Очевидно, что результаты исследований, проведенных в Австралии, Германии, Италии, Швеции и США, в своей совокупности подтверждают, что, по сравнению с отсутствием лечения опиоидной зависимости, удержание пациентов в метадоновой поддерживающей терапии позволяет снизить смертность на 75% (Gearing & Schweitzer, 1974; Cushman, 1977; Grönbladh, Ohlund & Gunne, 1990; Davoli et al., 1993; Poser, Koc & Ehrenreich, 1995; Caplehorn et al., 1996). Аналогичные результаты были получены во Франции (Auriacombe et al., 2004), где в качестве альтернативного средства для заместительной терапии применялся бупренорфин, частичный опиоидный агонист-антагонист.

Dolan et al. (2005) провели оценку смертности среди лиц, пребывающих в МЛС, от всех причин в рамках катamnестического исследования, охватившего 382 заключенных мужского пола, участвовавших в рандомизированном контролируемом испытании метадоновой заместительной терапии в местах лишения свободы в Новом Южном Уэльсе. В ходе четырехлетнего катamnестического наблюдения была установлена отрицательная корреляция продолжения метадоновой поддерживающей терапии и смертности. Во всех 17 зарегистрированных случаях смерти лица либо никогда не проходили метадоновой поддерживающей терапии, либо прекратили метадоновую поддерживающую терапию в исправительном учреждении до освобождения, что отражает показатель смертности в отсутствие лечения на уровне 20 смертей на 1000 человеко-лет. И наоборот, программы детоксификации в местах лишения свободы, которые представляют собой прерывание лечения в рамках заместительной терапии на уровне общего населения, не приводят ни к снижению случаев возврата к употреблению инъекционных наркотиков после освобождения, ни к снижению смертности в результате употребления наркотиков по сравнению с контрольными группами (Shewan et al., 2001). Несмотря на относительно благоприятный показатель рецидивов за двенадцать месяцев, составляющий 78% (на 12% меньше, чем в аналогичных программах на базе стационарных учреждений), в рамках программы детоксификации в тюрьме "Маунтджой" в Ирландии был зарегистрирован высокий уровень смертности в результате употребления наркотиков после освобождения после завершения лечения (Crowley, 1999). На этом основании Crowley выступает в защиту проведения метадоновой поддерживающей терапии в местах лишения свободы для большинства потребителей наркотиков из числа лиц, пребывающих в МЛС, для

которых детоксификация не подходит. Более того, метадоновая поддерживающая терапия экономически целесообразна, поскольку расходы на нее не превышают расходов на метадоновую поддерживающую терапию на уровне общего населения, а сравнение стоимости лечения в расчете на каждый предотвращенный случай смерти показывает преимущество такой терапии перед аналогичными медицинскими мерами (Warren et al., 2006).

Факторы риска

Смертность от острых состояний, связанных с употреблением наркотиков, является главной причиной смертности в результате употребления наркотиков среди лиц, только что освободившихся из мест лишения свободы. Считается, что чрезмерно высокий уровень смертности от острых состояний, связанных с употреблением наркотиков, наблюдаемый в период непосредственно после освобождения, является следствием многих факторов. Главные факторы смертности от острых состояний, связанных с употреблением наркотиков, среди лиц, только что освободившихся из МЛС, представлены двумя одновременными и взаимодействующими процессами: пониженная переносимость после периода относительной абстиненции во время пребывания в МЛС и одновременное употребление нескольких наркотиков, когда употребление в комбинации с опиоидами каждого дополнительного незаконного наркотика практически удваивает риск смерти в результате употребления опиоидов. С этими процессами тесно связаны такие факторы риска, как прогрессирование хронических заболеваний, как пролеченных, так и не пролеченных, и социально-демографические детерминанты. К этим факторам относится отсутствие консультирования перед освобождением и контрольного наблюдения после освобождения, а также непринятие мер к выявлению лиц, входящих в группу риска. Поэтому необходимо изучить механизмы, лежащие в основе проблемы, и факторы риска, которые способствуют этим процессам.

Часто пребывание в местах лишения свободы является периодом снижения доступности наркотиков и, как результат, абстиненции или снижения употребления наркотиков на протяжении срока пребывания в МЛС. Следствием этого периода относительной абстиненции является снижение физиологической переносимости того количества наркотиков, которое человек употреблял до попадания в МЛС. Это обстоятельство подвергает лиц, освобождающихся из мест лишения свободы, еще более высокому риску смерти от острых состояний, вызванных употреблением наркотиков, после возобновления употребления наркотиков после освобождения. В силу этого же процесса снижения переносимости наркотиков среди лиц, освобождающихся из МЛС, которые возвращаются к употреблению наркотиков после метадоновой детоксификации в исправительном учреждении, смертность от острых состояний, вызванных употреблением наркотиков, непропорционально высока (Harding-Pink, 1990; Crowley, 1999). Прохождение метадоновой детоксификации в течение последнего года положительно коррелирует с передозировкой, тогда как про метадоновую терапию можно сказать обратное (Seal et al., 2001). Поэтому, как уже отмечалось ранее, удержание пациентов в метадоновой поддерживающей терапии в местах лишения свободы и на уровне общего населения со снижением смертности среди лиц, освобождающихся из МЛС (Dolan et al., 2005). Это проще понять, если признать тот факт, что зависимость от психоактивных веществ является хроническим заболеванием, предрасполагающим больных к высоким уровням рецидива и, часто, к потребности в длительном непрерывном лечении. Зависимость от психоактивных веществ как причина смерти встречается непропорционально часто как среди контингента пенитенциарной системы (Fazel, Bains & Doll, 2006; Kastelic, Pont &

Stöver, 2008), так и среди лиц, освобождающихся из МЛС (Harding-Pink, 1990; Singleton et al., 2003; Farrell & Marsden, 2005).

Результаты исследований, в которых не делался упор на лиц, пребывающих в МЛС (см., например, Zador, Sunjic & Darke, 1996), говорят о том, что смертность в результате употребления наркотиков среди бывших заключенных обычно наблюдается среди лиц старше 25 лет (Davies & Cook, 2000; Sattar, 2001; Singleton et al., 2003; Verger et al., 2003; Binswanger et al., 2007), что может свидетельствовать о длительном стаже употребления наркотиков. По данным Singleton et al. (2003), почти три четверти (72%) избыточной смертности (по значениям СКА) в результате употребления наркотиков непосредственно после освобождения приходится на лиц в возрасте 25–39 лет. В результате репрезентативного обследования среди лиц, пребывающих в МЛС, Singleton et al. (2003) определили, что из подвыборки лиц, пребывающих в местах лишения свободы, которые впоследствии умерли от причин, связанных с употреблением наркотиков, 72% лиц в пределах года проведения собеседования были признаны наркозависимыми (против 52% во всей выборке), причем у 40% была определена зависимость от опиатов и стимуляторов (против 12%); 85% (против 57%) употребляли наркотики в течение месяца до того, как оказались в местах лишения свободы, а 54% (против 55%) во время нахождения под стражей воздерживались от употребления наркотиков. Было обнаружено, что и употребление наркотиков в течение месяца перед попаданием в места лишения свободы, и воздержание от употребления наркотиков в тюрьме в конечной логистической регрессионной модели независимо друг от друга коррелируют со смертностью в результате употребления наркотиков. Правонарушителям-рецидивистам также угрожает повышенный риск смерти после освобождения (Harding-Pink, 1990; Hobbs et al., 2006; Kariminia et al., 2007b), что указывает на усугубляющее кумулятивное влияние периодов снижения переносимости в результате периодического нарушения привычек к употреблению наркотиков или лечению. Смертность в результате употребления наркотиков после освобождения также достоверно выше среди наркозависимых лиц старшего возраста, не проходящих поддерживающей фармакотерапии на момент обследования и переживших прерывание в употреблении наркотиков или лечении вследствие попадания в МЛС.

Помимо этого, при рассмотрении смертности в результате употребления психоактивных веществ в зависимости от возраста на момент освобождения становится очевидной отчетливая разница в смертности в результате употребления наркотиков между мужчинами и женщинами. У женщин неизменно наблюдается более молодой возрастной профиль в сравнении с мужчинами. Farrell & Marsden (2005) установили, что свыше двух третей избыточной смертности в результате употребления наркотиков имело место среди мужчин в возрасте 25–39 лет и женщин в возрасте 20–29 лет. Kariminia et al. (2007b) также отметили, что возрастное распределение смертей различается по полу: у женщин с возрастом наблюдается тенденция к снижению, тогда как у мужчин смертность наиболее высока в самой младшей и самой старшей возрастных группах.

По сравнению с лицами, освобождающимися из МЛС, мужского пола, бывшие заключенные-женщины представляют обособленный профиль смертности в результате употребления психоактивных веществ. Хотя в результате употребления наркотиков после освобождения умирает большее число мужчин, чем женщин, бывшим лицам, освобождающимся из МЛС, женского пола угрожает пропорционально больший риск смерти от подобных причин (Graham, 2003; Stewart et al., 2004; Kariminia et al., 2007a; Farrell & Marsden, 2008). Это может быть обусловлено классами и комбинациями наркотиков, которые употребляют женщины. Смертельные случаи в результате употребления наркотиков среди женщин чаще связаны с употреблением бензодиазепинов

(Harding-Pink, 1990), кокаина и трициклических антидепрессантов и с более чем одним классом наркотиков, чем соответствующие случаи среди мужчин (Farrell & Marsden, 2005). Однако и у мужчин, и у женщин практически 90% смертей, связанных с употреблением психоактивных веществ, в Австралии, Англии и Уэльсе и в Швейцарии вызвано употреблением опиоидов (Harding-Pink, 1990; Davies & Cook, 2000; Singleton et al., 2003; Farrell & Marsden, 2005). Таблица 3 иллюстрирует преобладание опиоидов в токсикологических анализах комбинаций наркотиков в исследованиях, проведенных в Австралии и в Европе. В этих исследованиях было документально подтверждено, что и наиболее часто употребляемыми наркотиками, и основной причиной смерти являются героин и морфин. В противоположность этому, выводы исследований, проведенных в США, в большинстве случаев смерти, связанных с употреблением наркотиков, указывают на кокаин (Binswanger et al., 2007). В первые две недели после освобождения большая часть смертей, вызванных употреблением наркотиков, связана с героином и кокаином, тогда как с алкоголем связана меньшая часть случаев смерти, чем по сравнению с более отдаленными сроками пребывания на свободе (Farrell & Marsden, 2005; Binswanger et al., 2007).

Значительная часть случаев смерти, связанных с употреблением наркотиков после освобождения, вызвана употреблением нескольких психоактивных веществ (Harding-Pink, 1990; Davies & Cook, 2000; Seymour, Oliver & Black, 2000; Shewan et al., 2000; Singleton et al., 2003; Farrell & Marsden, 2005; Binswanger et al., 2007). Согласно теории употребления нескольких наркотиков, эффекты угнетения дыхательной системы опиоидами усиливаются одновременным употреблением опиатов и других наркотиков, особенно веществ, воздействующих на центральную нервную систему (Darke & Zador, 1996). Именно в силу этого механизма одновременного воздействия нескольких веществ употребление опиоидов в дозах, которые обычно являются переносимыми, может привести к смерти. Gossop et al. (2002) установили, что с каждым дополнительным незаконным наркотиком, употребляемым вместе с каким-либо опиоидом, риск смерти фактически удваивается. Было выяснено, что употребление в больших количествах алкоголя в комбинации с незаконными наркотиками также ведет к повышению смертности. McGregor et al. (1999) сообщают, что в трех из каждых четырех летальных случаев передозировки наркотиков в первый месяц после освобождения из МЛС имело место одновременное употребление героина и психотропных веществ. Авторы обсуждают изначально присущие трудности определения относительного влияния снижения переносимости по сравнению с употреблением нескольких психоактивных препаратов. Однако кумулятивный эффект от этих разных процессов создает для лиц, освобождающихся из МЛС, существенно более высокий риск смерти от острых состояний, вызванных употреблением наркотиков непосредственно после освобождения, по сравнению с другими периодами после освобождения. Лица, пребывающие в местах лишения свободы, недостаточно осведомлены о риске, связанном либо с пониженной переносимостью, либо с одновременным употреблением нескольких психоактивных веществ. Пенитенциарные программы подготовки к освобождению должны надлежащим образом информировать лиц, пребывающих в МЛС, о природе и степени этих рисков.

Таблица 3. Результаты исследований по изучению выявленных при вскрытии токсикологических комбинаций у лиц, освободившихся из мест лишения свободы, умерших в результате употребления наркотиков, по количеству (и доле) случаев

| Выявленные наркотики или комбинации наркотиков | Количество (и доля) смертей по исследованиям и причинам | | | | | | | | | |
|--|---|--------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------|---|-----------------------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|
| | Davies & Cook (2000) ^a | Farrell & Marsden (2008) | Наркотики и алкоголь | Harding-Pink (1990) ^b | Наркотики и алкоголь | Seymour, Oliver & Black (2000) ^c | Shewan et al. (2000) ^d | Наркотики и алкоголь | Singleton et al. (2003) | Наркотики и алкоголь |
| | Только наркотики | Только наркотики | Наркотики и алкоголь | Только наркотики | Наркотики и алкоголь | Только наркотики | Только наркотики | Наркотики и алкоголь | Только наркотики | Наркотики и алкоголь |
| Один наркотик | | | | | | | | | | |
| Героин/морфин | 6 (13) | 57 (22) | 30 (12) | НО | 4 (31) | 10 ^e (53) | НО | НО | 34 (43) | 7 (9) |
| Метадон | НО | 9 (4) | 2 (1) | НО | НО | 1 (5) | НО | НО | 4 (5) | 2 (3) |
| Другой опиоид или вещества на базе опиоидов | НО | 6 (2) | 5 (2) | НО | НО | НО | НО | НО | 3 (4) | 1 (1) |
| Трициклические антидепрессанты | НО | 5 (2) | 1 (0) | НО | НО | НО | НО | НО | 1 (1) | НО |
| Другие | НО | 6 (2) | 2 (1) | НО | НО | 1 (5) | НО | НО | НО | НО |
| Все случаи с одним наркотиком | 6 (13) | 83 (32) | 40 (16) | НО | 4 (31) | 12 (63) | НО | НО | 42 (53) | 10 (13) |
| Несколько наркотиков | | | | | | | | | | |
| Более одного опиоида | НО | 4 (2) | 4 (2) | НО | НО | 1 (5) | НО | НО | 2 (3) | 1 (1) |
| Опиоид(ы) и бензодиазепины | 10 (22) | 13 (5) | 16 (6) | 2 (15) | 6 (46) | 6 (32) | 5 (50) | 2 (20) | 1 (1) | 3 (4) |
| Опиоид(ы) и кокаин | НО | 11 (4) | 6 (2) | НО | НО | НО | НО | НО | 3 (4) | НО |
| Опиоид(ы) и один тип другого наркотика | НО | 14 (5) | 10 (4) | НО | НО | НО | 2 (20) | НО | 1 (1) | НО |

Таблица 3 (продолжение)

| | | | | | | | | | | | |
|---|----------|----------|----------|--------|---------|----------|--------|--------|----|----------------------|----------------------|
| Опиоид(ы) и два или более других типов наркотиков | НО | 14 (5) | 9 (4) | НО | НО | НО | НО | НО | НО | 1 (1) | 1 (1) |
| Опиоид(ы) и бензодиазепины и другие типы наркотиков | 24 (53) | 6 (2) | 9 (4) | 1 (8) | НО | НО | 1 (10) | НО | НО | 2 (3) | 3 (4) |
| Два или более других типов наркотиков | НО | 5 (2) | 4 (2) | НО | НО | НО | НО | НО | НО | НО | 1 (1) |
| Неопределенная смесь наркотиков | 5 (11) | 5 (2) | 3 (1) | НО | НО | НО | НО | НО | НО | 5 (6) | 2 (3) |
| Все случаи употребления нескольких наркотиков | 39 (87) | 72 (28) | 61 (24) | 3 (23) | 6 (46) | 7 (37) | 8 (80) | 2 (20) | НО | 15 (19) | 11 (14) |
| Всего случаев | 45 (100) | 155 (61) | 101 (39) | 3 (23) | 10 (77) | 19 (100) | 8 (80) | 2 (20) | НО | 57 (72) ^f | 21 (27) ^f |

Примечание: НО = не определено.

^a Нерепрезентативная ретроспективная выборка смертей после освобождения только среди женщин. Алкоголь был обнаружен в 3 (7%) неуказанных случаях.

^b Смерти, связанные с употреблением наркотиков, в первые 45 дней после освобождения.

^c Смерти, связанные с употреблением наркотиков, в первые 2 дня после освобождения. Количество случаев употребления алкоголя не было указано.

^d Смерти, связанные с употреблением наркотиков, только среди женщин в первый год после освобождения.

^e В одном из этих случаев в крови присутствовал метадон, однако причиной смерти стала легочная гиперемия и отек.

^f В одном случае смерть не была напрямую связана с эпизодом употребления.

Помимо возраста и пола, с повышенным риском смерти в результате употребления наркотиков после освобождения связан ряд социально-демографических характеристик. Исследования, проведенные в Австралии, Англии и Уэльсе, указывают на то, что лицам, пребывающим в МЛС, из доминирующей этнической группы угрожает относительно более высокий риск смерти в результате употребления наркотиков (Singleton et al., 2003; Stewart et al., 2004; Farrell & Marsden, 2005; Kariminia et al., 2007b). В результате многовариантного статистического анализа было установлено, что независимыми параметрами, прогнозирующими смерть в результате употребления наркотиков, являются поступление в психиатрическую больницу во время пребывания в местах лишения свободы (Kariminia et al., 2007b), суицидальное поведение, виктимизация в местах лишения свободы и прием лекарств, воздействующих на центральную нервную систему (Singleton et al., 2003). Однако аналогичные анализы криминалистических детерминант показывают противоречивые результаты между исследованиями по степени основного типа преступления (Singleton et al., 2003; Kariminia et al., 2007b). Дополнительные независимые факторы риска смерти в результате употребления наркотиков после освобождения включают в себя существование за счет преступлений до нынешнего срока нахождения в МЛС и наличие основной сети поддержки, состоящей менее чем из четырех человек (Singleton et al., 2003). Эти результаты подчеркивают, что у данной группы населения отсутствуют формальные и неформальные структуры психосоциальной поддержки. Поэтому необходимо рассматривать передозировку наркотиков в более широком контексте жизненного опыта лиц, пребывающих в МЛС. Это создает потенциальную возможность исправительного воздействия за счет включения программ на основе психосоциальных потребностей в протоколы лечения в местах лишения свободы и после освобождения.

Аналогичным образом, условия, в которых наступает смерть в результате употребления наркотиков после освобождения (таблица 4), указывают на социальные препятствия, с которыми сталкиваются лица, освобождающиеся из мест лишения свободы – в частности, на трудности с получением постоянного жилья (Davies & Cook, 2000). По меньшей мере половина случаев смерти произошла во временном жилье или в каком-либо общественном месте. Однако это также дает представление о том, на какие аспекты следует ориентировать программы, например, на помощь в получении жилья. Более того, поскольку значительная часть случаев смерти, связанных с употреблением наркотиков, произошла в жилых помещениях, можно научить наблюдателей распознавать передозировку, оказывать помощь и обращаться за медицинской помощью при передозировке (Singleton et al., 2003; Farrell & Marsden, 2005).

Возможные меры противодействия

В соответствии с международным правом и документами по защите прав человека, воздействие пребывания в МЛС на права человека должно ограничиваться только лишением свободы (United Nations, 1990), которое называется "ограниченной исключительностью" (Betteridge, 2005:69). Это означает, что лица, пребывающие в МЛС, как и все люди, имеют право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья (United Nations, 1946, 1948, 1976b) в соответствии с принципом "эквивалентности медико-санитарной помощи" в местах лишения свободы и в гражданской системе медико-санитарной помощи (United Nations, 1982, 1990; WHO, 1993; CE Committee of Ministers, 1998, 2006; UNODC, UNAIDS & WHO, 2006). Кроме того, отстаивается идея о создании в местах лишения свободы консолидированной системы медико-санитарной помощи, которая позволила бы пенитенциарным системам

здравоохранения взаимодействовать или интегрироваться с национальной системой общественного здравоохранения (United Nations, 1955; CE Committee of Ministers, 1998; Европейское региональное бюро ВОЗ, 2003).

Таблица 4. Место наступления смерти в связи с употреблением наркотиков после освобождения, по количеству (и доле) случаев, в отношении которых имелась информация

| Место смерти и другие сведения | Число (и процентная доля) случаев смерти, в разбивке по трем исследованиям | | |
|--|--|--------------------------|-------------------------|
| | Davies & Cook (2000) ^a | Farrell & Marsden (2005) | Singleton et al. (2003) |
| Постоянное место жительства | 10 (26) | 112 (50) | 13 (34) |
| Временное жилье | 17 (44) | | |
| Жилище другого человека/ неустановленное помещение | НО | 51 (23) | 12 (32) |
| Общежитие (принадлежащее местным органам власти или органу пробации) | НО | 26 (12) | 6 (16) |
| Общественные места (в том числе автостоянки, вокзалы или на улице) | 12 (31) | 34 (15) | 4 (11) |
| Больница | 0 | 0 | 3 (8) |
| Другое | 0 | 1 (0) | 0 |
| Общее число случаев | 39 из 45 (87) | 224 из 261 (86) | 38 из 79 (48) |
| Исключенные случаи (данные отсутствуют) | 6 случаев | 37 случаев | 41 случай |

Примечание. НО = не определено.

^a Нерепрезентативная ретроспективная выборка случаев смерти после освобождения только среди лиц женского пола.

В совместной позиции ВОЗ, Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности и Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу по заместительной поддерживающей терапии (WHO, UNODC & UNAIDS, 2004) говорится, что для надлежащего удовлетворения индивидуальных потребностей клиентов необходим гибкий, ориентированный на потребности конкретных лиц подход к лечению опиоидной зависимости. Таким образом, рекомендуется осуществление фармакотерапии, "важным компонентом" которой является заместительная поддерживающая терапия (WHO, UNODC & UNAIDS, 2004:13), психотерапии, психосоциальной реабилитации и мер по снижению риска. Что касается мест лишения свободы, то в данном случае рекомендуются меры по снижению вреда и профилактике (WHO, 1993; Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005), а в странах, где на уровне общего населения имеется возможность получить метадоновую поддерживающую терапию, подобное лечение должно распространяться и на лиц, пребывающих в местах лишения свободы, чтобы у них была возможность продолжить или начать заместительную терапию, находясь в них. Отсутствие такой возможности может приравниваться к жестокому, бесчеловечному или унижающему достоинство обращению или наказанию, либо к нарушению права на жизнь (United Nations, 1976a, 1988).

В региональных и международных документах подробно излагаются всеобъемлющие рекомендации по минимальным стандартам пенитенциарного здравоохранения, однако обязанность определять, каким образом лучше всего реализовывать эти принципы, лежит на органах власти каждой страны. Borzycki (2005) классифицирует непрерывную медицинскую помощь в местах лишения свободы с помощью трехступенчатой модели, позволяющей определить концепцию оказания услуг в пределах той или иной юрисдикции. Ступенями модели являются:

- a) философия, лежащая в основе исправительных воздействий и связанная с целями и методами, которые используются для достижения этих целей;
- b) оказание услуг в масштабе всей системы; и
- c) конкретные программы, осуществляемые в рамках выполняемых функций.

В соответствии с моделью, дух и традиция исправления определяют содержание политики, которая в свою очередь осуществляется через оказание услуг в масштабе всей системы. А из этих систем исходят и реализуются конкретные программы. Каждая ступень обеспечивает возможность совершенствования концепции, структуры и процедур для оказания влияния на будущее человека после освобождения из МЛС. Именно на основе этой модели и рассматриваются приведенные ниже рекомендации.

Забота о будущем здоровье лиц, пребывающих в МЛС, все в большей степени отражает признание того факта, что социальный контекст влияет на рецидивизм, а здоровье заключенных так или иначе влияет на здоровье населения в целом. В связи с этим акцент философии исправления сместился: существует понимание того, что эффективное управление пенитенциарной системой выходит за четко очерченные физические и временные рамки пребывания в местах лишения свободы. Учитывая это, многие системы уголовного правосудия осуществляют меры по реабилитации и социальной реинтеграции заключенных до и после освобождения (см, например, Stöver (2001): в этой публикации рассматривается политика и практика пенитенциарной системы в отношении наркотиков в Европейском Союзе). Что касается охраны здоровья лиц в МЛС, то обязанность по оказанию им помощи лежит на администрации мест лишения свободы, которая должна обеспечить (насколько это возможно) адекватный уровень оказания медико-санитарной помощи и надлежащее расследование случаев гибели заключенных в местах лишения свободы. Однако в клиническом ведении лиц, освобождающихся из МЛС (Darke, 2008) и лиц, отбывающих наказание в виде исправительных работ без лишения свободы (Biles, Harding & Walker, 1999), и в ответственности за их благополучие существует пробел.

Правовой аспект обязанности оказывать медико-санитарную помощь этой группе населения достаточно сложен. Тем не менее, концепции охраны здоровья лиц, пребывающих в местах лишения свободы, и состояния их здоровья после освобождения должны быть расширены на национальном и институциональном уровне, чтобы обеспечить соблюдение неотъемлемого права лиц, освобождающихся из мест лишения свободы, на получение адекватного уровня медико-санитарной помощи. Это предполагает изменение требований, заложенных в мандаты пенитенциарного здравоохранения и в литературу о влиянии пребывания в МЛС на состояние здоровья, таким образом, чтобы они распространялись и на смертность после освобождения. Это также требует, чтобы ответственность за лечение и ведение наркозависимости после освобождения была возложена на какой-либо подотчетный орган.

Основные направления и принципы политики, распространяющиеся на всю систему, обеспечивают стратегическую основу для последовательного и систематического оказания лицам, пребывающим в МЛС, услуг по лечению наркозависимости. Это способствует выработке и поддержанию всеобъемлющих структурных процессов, необходимых для бесперебойного оказания профессиональной медико-санитарной помощи во всей системе уголовного правосудия и последующего слияния этой помощи с мерами помощи, осуществляемыми в обществе. Такая непрерывность помощи имеет особое значение для наркозависимых заключенных, нуждающихся в постоянном долгосрочном лечении и ведении их хронического заболевания, чтобы предотвратить передозировку с летальным исходом. Однако во многих пенитенциарных системах наблюдаются различия в политике и практике лечения наркозависимости на национальном и региональном уровнях (Stöver, Casselman & Hennebel, 2006; Weilandt et al., 2008), что отрицательно влияет на непрерывность помощи.

Для обеспечения непрерывности помощи необходима политическая воля и координация программ сверху донизу. Жизнеспособность непрерывной помощи может быть обеспечена путем объединения формализованных интегрированных межведомственных партнерств и сетей с участием заинтересованных сторон из пенитенциарной системы и внешних структур. Кроме того, многогранные индивидуализированные режимы лечения, в которых учитываются потребности лиц, пребывающих в МЛС, способствуют формированию культуры активного участия и расширению прав и возможностей клиентов за счет их привлечения к выработке планов лечения и вариантов оказания услуг. Эффективная политика и практика в масштабе всей системы также предусматривают просвещение лиц, пребывающих в МЛС, обучение персонала и наличие внутренних регулирующих механизмов. Последние необходимы для выявления пробелов в реализации политики и лечении, а также для непрерывной оценки процессов и результатов по контуру обратной связи.

Улучшению подготовки человека к освобождению из мест лишения свободы способствуют инновационные подходы к осуществлению программ, особенно те из них, которые облегчают взаимодействия с семьей или с обществом. Программы по профилактике передозировки полезны для просвещения лиц, пребывающих в МЛС, и членов их семей о рисках, связанных с пониженной переносимостью и одновременным употреблением нескольких психотропных веществ. Такая стратегия профилактики включает обучение участников распознаванию симптомов передозировки и действиям в подобных случаях (Home Office, 2009).

Было рекомендовано выдавать лицам, освобождающимся из мест лишения свободы, налоксон, который преимущественно связывается с опиоидными рецепторами и тем самым противодействует угнетению центральной нервной системы и респираторной системы в результате передозировки опиоидов (Strang et al., 1996; Singleton et al., 2003; Darke, 2008). Гражданские экспериментальные программы по выдаче потребителям наркотиков налоксона принесли положительные результаты (Dettmer, Saunders & Strang, 2001; Galea et al., 2006). Хотя налоксон выдается во всех пенитенциарных учреждениях Австралии, формальной оценки эффективности такой практики проведено не было (Black, Dolan & Wodak, 2004).

Модели и меры вмешательства в странах

Во многих странах были разработаны различные модели и меры вмешательства, и ниже приводятся примеры таких мер из Австралии, Канады, Англии и Уэльса и Испании.

Что касается способов и возможностей реализации политики и практики, осуществляемых в масштабе всей системы, то примером может служить система, принятая в Англии и Уэльсе, в которой лечение наркозависимости проводится по модели интегрированной непрерывной медико-санитарной помощи с возможностью обращения в нескольких пунктах. Эта национальная система – "Интегрированная система лечения наркозависимости в местах лишения свободы", действующая совместно с Программой мер вмешательства при наркозависимости – предполагает многопрофильное сотрудничество пенитенциарных медицинских структур. Оказание медико-санитарных услуг в местах лишения свободы, которым с 2004 года руководит Национальная служба здравоохранения, осуществляется на принципах доказательной медицины, что позволило значительно расширить программу метадоновой поддерживающей терапии в местах лишения свободы (NHS, 2007; Weilandt et al., 2008). Цель Программы мер вмешательства при наркозависимости заключается в том, чтобы привести взрослых потребителей наркотиков к лечению и отвести их от совершения преступлений. Поддержка Программы со стороны политических и профессиональных структур означает одобрение принципа эквивалентности оказываемой помощи мерам вмешательства на уровне общего населения по качеству, степени охвата и наличию альтернативных способов лечения. В этих целях для работы с употребляющими наркотики лицами, пребывающими в МЛС, были разработаны всеобъемлющие учебные комплексы и руководства (WHO Collaborating Centre for Research and Training for Mental Health et al., 2002; Weilandt et al., 2008) и протоколы по режимам клинического ведения пациентов (DH et al., 1999, 2007; DH, 2006).

Кроме этого, меры юридического воздействия, такие как предупреждение на определенных условиях, ограничения на освобождение под залог, постановления о прохождении лечения наркозависимости или тестирования на предмет употребления наркотиков и требование о прохождении наркологической реабилитации в постановлениях о наказании без лишения свободы, позволяют направлять правонарушителей не в места лишения свободы, а на лечение (NHS, 2007; Skodbo et al., 2007). В существующей в стране системе также имеются документы с изложением стратегических указаний в отношении непрерывности медико-санитарной помощи на всех последовательных этапах и помощи после освобождения, начиная с первого соприкосновения правонарушителя с системой уголовного правосудия (DH, 2007). Ведение пациентов бригадным методом позволяет сохранять преемственность помощи, когда люди совершают переход между пенитенциарным учреждением (консультирование, диагностика, направление к специалистам, рекомендации и услуги в порядке непрерывной помощи) и гражданским обществом (комплексные бригады уголовного правосудия), для чего используется единый инструмент сбора данных – "Журнал вмешательств при наркозависимости" (NHS, 2007).

Передовая практика в области оказания услуг наркозависимым лицам, пребывающим в МЛС, в масштабе всей системы требует, чтобы в наличии имелся целый ряд вариантов лечения, основанных на практике, подкрепляемой фактическими данными. Для этого необходимо, чтобы меры вмешательства включали в себя гибкие программы, ориентированные на клиента, и использовался многоэтапный междисциплинарный подход, по своему уровню эквивалентный мерам вмешательства на уровне общего населения. Европейское региональное бюро ВОЗ (2005) кратко охарактеризовало стратегии по снижению вреда, имеющие отношение к лицам, пребывающим в местах

лишения свободы. К ним относятся программы обмена игл и шприцев, меры просвещения в виде программ профилактики передозировки, формализованное распространение информации, описание ожидаемых результатов лечения и поддержка по принципу "равный – равному", а также фармакотерапия. Региональное бюро также выступает в поддержку включения заместительной терапии в качестве центрального компонента в фармакотерапевтические меры в местах лишения свободы в опираясь на тот факт, что в настоящее время данный метод лечения является наиболее эффективным для снижения смертности среди потребителей инъекционных наркотиков с героиновой зависимостью (Møller et al., 2008).

Основополагающими компонентами лечения наркозависимости являются психотерапия и психосоциальные вмешательства, что вызывает необходимость целостности программ, учета криминогенных и психосоциальных потребностей и помощи после освобождения из мест лишения свободы (Stöver, 2001). Сочетание психосоциальной поддержки и фармакотерапии положительно коррелирует с повышением мотивации лиц, пребывающих в МЛС, к преодолению проблем, связанных с наркотиками (Stöver, Casselman & Hennebel, 2006). Также, признавая тот факт, что переходный период после освобождения из МЛС является для многих людей периодом неопределенности, программы до и после освобождения должны быть ориентированы на развитие психосоциальных навыков и устойчивости к жизненным трудностям, а также на оказание необходимой практической помощи. Для выявления заключенных, входящих в группу повышенного риска смерти в результате употребления наркотиков, оправдано проведение стандартизированных оценок риска и скрининга. Таким образом, для обеспечения равенства медико-санитарной помощи требуется стыковка в масштабе всей системы психосоциальных и фармакотерапевтических мер, ориентированных на особые потребности лиц, только что освободившихся из мест лишения свободы.

Самые широкие и развитые меры по снижению вреда в местах лишения свободы в Европе осуществляются в Испании (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005; Cook & Kanaef, 2008). На места лишения свободы в Испании приходится более одной пятой части заместительной терапии (22%), что составляет 19 010 лиц, пребывающих в МЛС, с опиоидной зависимостью и обеспечивает уровень охвата в 82% (Weilandt et al., 2008). Ответственность за охрану здоровья лиц, пребывающих в МЛС, в Испании лежит на министерстве здравоохранения и министерстве внутренних дел, которые предлагают значительное количество вариантов услуг и лечения. Они включают подготовку к освобождению (Weilandt et al., 2008) и направление на лечение в службы на уровне населения после освобождения (Stöver, 2001). Полезность оказания услуг наркозависимым заключенным в Испании также возрастает благодаря психосоциальным мерам вмешательства, которые считаются незаменимыми для успеха лечения. Недостатком, однако, является ограниченная доступность психосоциальной поддержки (Stöver, Hennebel & Casselman, 2004; Stöver, Casselman & Hennebel, 2006; Weilandt et al., 2008) и мер вмешательства, осуществляемых сторонними негосударственными организациями. Однако там, где такие организации существуют, они оказывают содействие в социальной реинтеграции после освобождения.

Для противодействия динамичным рискам для здоровья, с которыми сталкиваются наркозависимые лица, освобождающиеся из МЛС, могут быть разработаны конкретные программы, направленные на удовлетворение особых потребностей данной группы. Меры вмешательства могут быть многогранными и включать такие элементы, как выработка навыков и решение проблем, деинституционализация, улаживание домашних и финансовых вопросов, а также консультирование. Так, проблему наркозависимости можно поставить в контекст конкретных обстоятельств, чтобы разработать модель

интегрированной помощи и сместить акцент с преступного поведения на развитие потенциала. Передовая практика разработки и осуществления программ поэтому включает в себя создание партнерств и установление полноценных рабочих отношений со всеми заинтересованными сторонами, включая персонал исправительных учреждений и медицинских работников, лиц, пребывающих в МЛС, и внешних поставщиков услуг.

Примером такой инициативы является Центр переходного периода "Болвара хаус" в Новом Южном Уэльсе (Австралия), который представляет собой интенсивную программу подготовки к освобождению для женщин с наркозависимостью в анамнезе, осуществляемую на базе местного сообщества. Эта лечебная община, не предполагающая нахождения пациентов под стражей, обеспечивает структурированную поддержку в переходный период на основе принципов непрерывной помощи. Программа включает фармакотерапию, психосоциальное развитие и реинтеграцию в семью и общество в рамках целостного подхода, в центре которого находятся интересы клиента. Программа состоит из двух стадий: вначале – четырехнедельный процесс деинституционализации в стационаре, а затем женщины начинают участвовать в программах на базе местного сообщества, основанных на оценке их потребностей (NSW Department of Corrective Services, 2005). Эти программы включают обеспечение работой по найму или на общественных началах, предоставление жилья, выработку родительских навыков и получение образования. Все это способствует становлению участников как членов общества и реабилитации, а также укреплению знаний и навыков, личных ресурсов и самооценки.

Аналогичным образом в Канаде "Программа для аборигенов-правонарушителей, злоупотребляющих психоактивными веществами" является государственной программой, которая помогает мужчинам из числа коренного населения преодолеть наркозависимость и склонность к правонарушениям. Программа включает в себя заместительную терапию и изучение злоупотребления психоактивными веществами с точки зрения психологической травмы, полученной в межличностных отношениях и в отношениях между разными поколениями. В программе применяются традиционные методы, такие как культурное целительство и восстановление духовной принадлежности, в сочетании с современными мерами лечения, включающими управление риском и выработку навыков (Varis, McGowan & Mullins, 2006). Таким образом Программа борется с причинами наркозависимости среди коренного населения путем осуществления стратегий, приемлемых в культурном отношении.

Вывод

Среди лиц, только что освободившихся из мест лишения свободы, наблюдается заметно повышенный уровень смертности в результате употребления наркотиков. Это является следствием снижения переносимости наркотиков и одновременного употребления нескольких наркотиков. Тем не менее, эти случаи смерти можно предотвратить. Существует ряд мер профилактики и снижения вреда, которые могут эффективно применяться на всех уровнях системы уголовного правосудия.

Библиография

Auriacombe M et al. (2004). French field experience with buprenorphine. *American Journal on Addictions*, 13(Suppl. 1):S17–S28.

Betteridge G (2005). *Harm reduction in prisons and jails: international experience*. Toronto, Canadian HIV/AIDS Legal Network (<http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=158>, accessed 5 March 2010).

Biles D, Harding R, Walker J (1999). *The deaths of offenders serving community corrections orders*. Canberra, Australian Institute of Criminology (Trends and Issues in Crime and Criminal Justice Series, No. 107; <http://www.aic.gov.au/documents/E/A/7/%7BEA798A1D-7045-4F38-AD11-8EEF8CD69B16%7Dt107.pdf>, accessed 17 February 2010).

Binswanger IA et al. (2007). Release from prison – a high risk of death for former inmates. *New England Journal of Medicine*, 356:157–165.

Bird SM, Hutchinson SJ (2003). Male drugs-related deaths in the fortnight after release from prison: Scotland, 1996–99. *Addiction*, 98:185–190.

Black E, Dolan K, Wodak A (2004). *Supply, demand and harm reduction strategies in Australian prisons: implementation, cost and evaluation*. Canberra, Australian National Council on Drugs (ANCD Research Paper No. 9; http://www.ancd.org.au/images/PDF/Researchpapers/rp9_australian_prisons.pdf, accessed 17 February 2010).

Borzycki M (2005). *Interventions for prisoners returning to the community*. Canberra, Attorney-General's Department (<http://www.crimeprevention.gov.au/agd/WWW/ncphome.nsf/AllDocs/DAD69C1C8D3D5F28CA256FDB001DD4B4?OpenDocument>, accessed 17 February 2010).

Caplehorn JR et al. (1996). Methadone maintenance and addicts' risk of fatal heroin overdose. *Substance Use & Misuse*, 31:177–196.

Christensen PB et al. (2006). Mortality among Danish drug users released from prison. *International Journal of Prisoner Health*, 2:13–19.

Coffey C et al. (2003). Mortality in young offenders: retrospective cohort study. *British Medical Journal*, 326:1064–1066.

CE Committee of Ministers (1998). *Recommendation No. R 98(7) of the Committee of Ministers to Member States concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison*. Strasbourg, Committee of Ministers of the Council of Europe (<https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstraneImage=530914&SecMode=1&DocId=463258&Usage=2>, accessed 17 February 2010).

CE Committee of Ministers (2006). *Recommendation No. R 06(2) of the Committee of Ministers to member states concerning the European prison rules*. Strasbourg, Committee of Ministers of the Council of Europe (<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>, accessed 17 February 2010).

Cook C, Kanaef N (2008). *The global state of harm reduction 2008: mapping the response to drug-related HIV and hepatitis C epidemics*. London, International Harm Reduction Association (<http://www.ihra.net/GlobalState2008>, accessed 17 February 2008).

Crowley D (1999). The drug detox unit at Mountjoy prison – a review. *Journal of Health Gain*, 3:17–19.

Cushman P Jr (1977). Ten years of methadone maintenance treatment: some clinical observations. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 4:543–553.

Darke S (2008). From the can to the coffin: deaths among recently released prisoners. *Addiction*, 103:256–257.

Darke S, Zador D (1996). Fatal heroin ‘overdose’: a review. *Addiction*, 91, 1765–1772.

Davies S, Cook S (2000). *Dying outside: women, imprisonment and post-release mortality. Women in Corrections: Staff and Clients Conference, Adelaide, Australia, 31 October – 1 November 2000*. Griffith, Australian Institute of Criminology (<http://www.aic.gov.au/events/aic%20upcoming%20events/2000/~media/conferences/womencorrections/cookdavi.ashx>, accessed 5 March 2010).

Davoli M et al. (1993). Risk factors for overdose mortality: a case-control study within a cohort of intravenous drug users. *International Journal of Epidemiology*, 22:273–277.

Dettmer K, Saunders B, Strang J (2001). Take home naloxone and the prevention of deaths from opiate overdose: two pilot schemes. *British Medical Journal*, 322, 895–896.

DH (2006). *Clinical management of drug dependence in the adult prison setting: including psychosocial treatment as a core part*. London, Department of Health (England) (http://www.nta.nhs.uk/publications/documents/clinical_management_of_drug_dependence_in_the_adult_prison_setting.pdf, accessed 17 February 2010).

DH (2007). *Prisons integrated drug treatment system: continuity of care guidance*. London, Department of Health (England) (http://www.nta.nhs.uk/areas/criminal_justice/docs/continuity_of_care_guidance.doc, accessed 17 February 2010).

DH et al. (1999). *Drug misuse and dependence – guidelines on clinical management*. London, Her Majesty’s Stationary Office (http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4078198.pdf, accessed 17 February 2010).

DH et al. (2007). *Drug misuse and dependence – UK guidelines on clinical management*. London, Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive (http://www.nta.nhs.uk/publications/documents/clinical_guidelines_2007.pdf, accessed 5 March 2010).

Dolan KA et al. (2005). Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection. *Addiction*, 100:820–828.

EMCDDA (2008). *Statistical bulletin 2008*. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08>, accessed 17 February 2010).

- Farrell M, Marsden J (2005). *Drug-related mortality among newly-released offenders 1998 to 2000*. London, Home Office (Home Office Online Report 40/05; <http://www.drugscope.org.uk/OneStopCMS/Core/CrawlerResourceServer.aspx?resource=27EC17D-CEF3-451E-8DBB-4336FA695ECB&mode=link&guid=c460f97af5e449f189088a5545d9175c>, accessed 17 February 2010).
- Farrell M, Marsden J (2008). Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales. *Addiction*, 103:251–255.
- Fazel S, Bains P, Doll H (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*, 101:181–191.
- Fox A et al. (2005). *Throughcare and aftercare: approaches and promising practice in service delivery for clients released from prison or leaving residential rehabilitation*. London, Home Office (Online Report 01/05; <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr0105.pdf>, accessed 5 March 2010).
- Galea S et al. (2006). Provision of naloxone to injection drug users as an overdose prevention strategy: early evidence from a pilot study in New York City. *Addictive Behaviors*, 31:907–912.
- Gearing FR, Schweitzer MD (1974). An epidemiologic evaluation of long-term methadone maintenance treatment for heroin addiction. *American Journal of Epidemiology*, 100:101–112.
- Gossop M et al. (2002). A prospective study of mortality among drug misusers during a 4-year period after seeking treatment. *Addiction*, 97:39–47.
- Graham A (2003). Post-prison mortality: unnatural death among people released from Victorian prisons between January 1990 and December 1999. *Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 36:94–108.
- Grönbladh L, Ohlund LS, Gunne LM (1990). Mortality in heroin addiction: impact of methadone treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82:223–227.
- Gunne LM, Grönbladh L (1981). The Swedish methadone maintenance program: a controlled study. *Drug and Alcohol Dependence*, 7:249–256.
- Harding-Pink D (1990). Mortality following release from prison. *Medicine, Science and the Law*, 30:12–16.
- Hobbs M et al. (2006). *Mortality and morbidity in prisoners after release from prison in Western Australia 1995–2003*. Canberra, Australian Institute of Criminology (Trends and Issues in Crime and Criminal Justice Series, No. 320; <http://www.aic.gov.au/documents/6/7/3/%7B6731BD68-AD7F-48CF-B527-2D3C4FA71E13%7Dtandi320.pdf>, 7 March 2010).
- Home Office (2009). *Around arrest, beyond release 2: moving forward – identifying and promoting practice to meet the needs of families in relation to the arrest and release of drug-misusing offenders*. London, Home Office (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/dip/around-arrest-beyond-release-2/report2835.pdf?view=Binary>, accessed 18 March 2010).

- Kariminia A et al. (2007a). Extreme cause-specific mortality in a cohort of adult prisoners – 1988 to 2002: a data-linkage study. *International Journal of Epidemiology*, 36:310–316.
- Kariminia A et al. (2007b). Factors associated with mortality in a cohort of Australian prisoners. *European Journal of Epidemiology*, 22:417–428.
- Kariminia A et al. (2007c). Suicide risk among recently released prisoners in New South Wales, Australia. *Medical Journal of Australia*, 187:387–390.
- Kastelic A, Pont J, Stöver H (2008). *Opioid substitution treatment in custodial settings: a practical guide*. Oldenburg, BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- Langendam MW et al. (2001). The impact of harm-reduction-based methadone treatment on mortality among heroin users. *American Journal of Public Health*, 91:774–780.
- Lines R et al. (2004). *Dublin declaration on HIV/AIDS in prisons in Europe and Central Asia: good prison health is good public health*. Dublin, Irish Penal Reform Trust (<http://www.penalreform.org/resources/rep-2004-dublin-declaration-en.pdf>, accessed 18 February 2010).
- McGregor C et al. (1999). *It's rarely just the 'h': addressing overdose among South Australian heroin users through a process of intersectoral collaboration*. Parkside, Drug and Alcohol Services Council of South Australia (<http://www.drugpolicy.org/docUploads/mcgregor2.pdf>, accessed 18 February 2010).
- Møller L et al., eds (2008). *Здоровье в исправительных учреждениях. Руководство ВОЗ по основным аспектам охраны здоровья в местах лишения свободы*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/ru/what-we-publish/abstracts/health-in-prisons.-a-who-guide-to-the-essentials-in-prison-health>, по состоянию на 25 мая 2011 г.).
- NSW Department of Corrective Services (2005). *Inmate classification and placement procedures manual*. Sydney, NSW Department of Corrective Services (http://www.nswccl.org.au/docs/dcs/CLASSMAN_UPD%202005%20DRAFT%204%20-%20interim.doc, accessed 18 February 2010).
- NHS (2007). *Key messages for the drug interventions programme – February 2007*. London, National Treatment Agency for Substance Misuse (http://www.nta.nhs.uk/areas/criminal_justice/docs/ho_dip_key_mes_feb07.pdf, accessed 18 February 2010).
- Poser W, Koc J, Ehrenreich H (1995). Methadone maintenance treatment. Methadone treatment can reduce mortality. *British Medical Journal*, 310:463.
- Sattar G (2001). *Rates and causes of death among prisoners and offenders under community supervision*. London, Home Office (Home Office Research Study 231; <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/hors231.pdf>, 18 February 2010).
- Seal KH et al. (2001). Predictors and prevention of nonfatal overdose among street-recruited injection heroin users in the San Francisco Bay Area, 1998–1999. *American Journal of Public Health*, 91:1842–1846.

- Seaman SR, Brettle RP, Gore SM (1998). Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study. *British Medical Journal*, 316:426–428.
- Seymour A, Oliver JS, Black M (2000). Drug-related deaths among recently released prisoners in the Strathclyde Region of Scotland. *Journal of Forensic Sciences*, 45:649–654.
- Shewan D et al. (2000). Fatal drug overdose after liberation from prison: a retrospective study of female ex-prisoners from Strathclyde Region (Scotland). *Addiction Research and Theory*, 8:267–278.
- Shewan D et al. (2001). Injecting risk behaviour among recently released prisoners in Edinburgh: the impact of in-prison and community drug treatment services. *Legal and Criminological Psychology*, 6:19–28.
- Singleton N et al. (2003). *Drug-related mortality among newly released offenders*. London, Home Office (Home Office Online Report 16/03; <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/rdsolr1603.pdf>, accessed 18 February 2010).
- Skodbo S et al. (2007). *The drug interventions programme (DIP): addressing drug use and offending through 'Tough Choices'*. London, Home Office (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs07/horr02c.pdf>, accessed 18 February 2010).
- Stewart LM et al. (2004). Risk of death in prisoners after release from jail. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 28:32–36.
- Stöver H (2001). *Assistance to drug users in European Union prisons: an overview study*. London, European Network for Drug and HIV/AIDS Services in Prison and European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Stöver H, Casselman J, Hennebel L (2006). Substitution treatment in European prisons: a study of policies and practices in 18 European countries. *International Journal of Prisoner Health*, 2:3–12.
- Stöver H, Hennebel LC, Casselman J. (2004). *Substitution treatment in European prisons: a study of policies and practices of substitution in prisons in 18 European countries*. London, European Network of Drug Services in Prison.
- Strang J et al. (1996). Heroin overdose: the case for take-home naloxone. *British Medical Journal*, 312:1435–1436.
- United Nations (1946). Constitution of the World Health Organization. *Official Records of the World Health Organization*, 2:100 (http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf, accessed 5 March 2010).
- United Nations (1948). *The Universal Declaration of Human Rights*. New York, United Nations (<http://www.un.org/en/documents/udhr/>, accessed 18 February 2010): Article 25.

United Nations (1955). *Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners: adopted by the First United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders on 30 August 1955, UN Doc A/CONF/611, Annex I, ESC Res 663C, 24 UN ESCOR Supp (No 1) at 11, UN Doc E/3048 (1957), amended by ESC Res 2076, 62 UN ESCOR Supp (No 1) at 35, UN Doc E/5988 (1977)*. New York, United Nations (<http://www1.umn.edu/humanrts/instreet/g1smr.htm>, accessed 5 March 2010).

United Nations (1976a). *International Covenant on Civil and Political Rights*. Geneva, Office of the High Commissioner for Human Rights (<http://www2.ohchr.org/english/law/ccpr.htm>, accessed 18 February 2008): Articles 6–7.

United Nations (1976b). *International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights*. Geneva, Office of the High Commissioner for Human Rights (<http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm>, accessed 18 February 2008): Article 12.

United Nations (1982). *Principles of medical ethics*. New York, United Nations (document A/RES/37/194; <http://www.un.org/documents/ga/res/37/a37r194.htm>, accessed 18 February 2010).

United Nations (1988). *Body of principles for the protection of all persons under any form of detention or imprisonment*. New York, United Nations (document A/RES/43/173; <http://www.un.org/documents/ga/res/43/a43r173.htm>, accessed 5 March 2010).

United Nations (1990). *Basic principles for the treatment of prisoners: annex*. New York, United Nations (document A/Res 45/111; <http://www.un.org/documents/ga/res/45/a45r111.htm>, accessed 5 March 2010).

UNODC, UNAIDS, WHO (2006). *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an efficient national response*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime (http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV-AIDS_prisons_Oct06.pdf, accessed 18 February 2010).

Varis DD, McGowan V, Mullins P (2006). Development of an Aboriginal Offender Substance Abuse Program. *FORUM on Corrections Research*, 18:42–44 (http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/forum/e181/e181j_e.pdf, accessed 18 February 2010).

Vergier P et al. (2003). High mortality rates among inmates during the year following their discharge from a French prison. *Journal of Forensic Science*, 48:614–616.

Warren E et al. (2006). Value for money in drug treatment: economic evaluation of prison methadone. *Drug and Alcohol Dependence*, 84:160–166.

Weilandt C et al. (2008). *Reduction of drug-related crime in prison: the impact of opioid substitution treatment on the manageability of opioid dependent prisoners*. Bremen, Bremen Institute for Drug Research, University of Bremen; Bonn, WIAD – Scientific Institute of the German Medical Association.

WHO (1993). *WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/hiv/idu/WHO-Guidel-Prisons_en.pdf, accessed 18 February 2010).

WHO Collaborating Centre for Research and Training for Mental Health et al. (2002). *Mental health primary care in prison: adapted for prisons and young offender institutions from the WHO guide to mental health in primary care*. London, Royal Society of Medicine Press (<http://www.prisonmentalhealth.org>, accessed 18 February 2010).

WHO, UNODC, UNAIDS (2004). *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: position paper*. Geneva, World Health Organization (http://www.unodc.org/docs/treatment/Brochure_E.pdf, accessed 18 February 2010).

Zador D, Sunjic S, Darke S. (1996). Heroin-related deaths in New South Wales, 1992: toxicological findings and circumstances. *Medical Journal of Australia*, 164:204–207.

Европейское региональное бюро ВОЗ (2003). *Декларация. Охрана здоровья в тюрьмах в рамках системы общественного здравоохранения*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/moscow-declaration-on-prison-health-as-part-of-public-health>, по состоянию на 25 мая 2011 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ (2005). *Проблема наркомании в тюрьмах и меры по снижению вреда: доклад о положении дел*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/ru/what-we-do/health-topics/disease-prevention/illicit-drugs/publications/status-paper-on-prisons,-drugs-and-harm-reduction2>, по состоянию на 25 мая 2011 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ

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

Государства-члены

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

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро



Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 39 17 17 17 Факс: +45 39 17 18 18 Эл. адрес: contact@euro.who.int
Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>