

Психиатрическая помощь в тюрьмах: новая парадигма для улучшения практики

*Тюрьма – отнюдь не камень стен,
И не железный прут:
Кто чист умом, и кто смирен,
Как в скит в нее идут.
(пер. А. Лукьянов)*

Стихотворение поэта XVII в. Р. Лавлейса «Алтея, из тюрьмы» говорит о возможности «чистого» ума возвыситься над ограничениями, установленными в учреждениях, отнимающих у человека свободу. Однако наши тюрьмы переполнены не теми, «кто чист умом и кто смирен», а теми, чьи умы страдают от психических болезней¹. Тюрьмы должны быть охвачены психиатрической помощью, но «камень стен» и «железный прут» становятся препятствиями на пути этого намерения. Системам, созданным для того, чтобы помогать и лечить психически больных, противостоят институты, созданные для того, чтобы карать, удерживать и превращать человека в недееспособного.

Заключение в тюрьме само по себе является наказанием, человека отправляют в тюрьму не для того, чтобы причинять ему там страдания, и поэтому нам необходимо понять, как в таком месте можно обеспечить гуманное обращение. Существование различных международных инструментов для защиты прав человека (таких как Международный пакт о гражданских и политических правах и Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания) необходимо, но недостаточно для того, чтобы гарантировать гуманное обращение с наиболее незащищенными членами нашего общества².

В мире в любой момент времени более чем 10 млн. человек находятся в пенитенциарных учреждениях, более чем 30 млн. – оказываются в тюрьме каждый год, а в некоторых регионах рост численности заключенных превышает рост населения. Отмечается повышенный риск смертности, включая смерть из-за суицида, у заключенных, находящихся под стражей³ и только что освободившихся⁴. Поэтому мы все заинтересованы в том, чтобы во время заключения и при переходе к жизни на свободе выявлялись проблемы со здоровьем, и предоставлялась эффективная помощь.

Исследования в этой области прояснили главные проблемы, на которые следует обратить внимание при создании всеобъемлющей системы помощи психически больным заключенным. Во-первых, в тюрьме должен проводиться скрининг психических болезней при поступлении заключенного и в другие важные моменты. Разработаны как минимум пять инструментов для такого скрининга⁵. Однако есть необходимость в дополнительных проверках и диагностических мероприятиях для обстоятельного разбора ситуации.

Когда появляется необходимость, может потребоваться перевод больного в больницу. Такие переводы должны соответствовать законам о психиатрической помощи. В других случаях помощь в тюрьме оказывают приходящие медики, которые в последнее время все чаще участвуют в создании подходов к лечению и уходу за заключенными с тяжелыми психическими расстройствами, включая вклад в процесс освобождения, обеспечивая медицинское сопровождение на свободе⁶.

Системы психиатрической помощи в тюрьме не чужды инновациям. Группы разносторонних специалистов могут работать со сложными проблемами пси-

хиатрической и социальной помощи и использовать культурологические знания там, где в среде заключенных есть много представителей коренных народов и этнических меньшинств⁶. Планирование освобождения предоставляет возможность организовать помощь в критические моменты жизни с акцентом на обеспечении преемственности медицинских специалистов после того, как заключенный выходит на свободу⁷. Появляется все больше и больше доказательств успешности таких начинаний, с указанием на то, как положительно влияют систематические посещения тюрем на выявление нуждающихся в помощи⁸ и на установление контакта с медицинским учреждением после освобождения⁴.

Современная тюрьма ставит целью снизить количество рецидивов и в этом смысле мы объединены одной задачей – выпустить на свободу реабилитировавшегося заключенного, чье психическое здоровье и зависимость были приняты во внимание. Однако достижение этой общей цели слишком часто зависит от благожелательности тюремного персонала или от способности приходящих медиков ориентироваться в организационных барьерах, установленных там, где соображения «охраны и безопасности» стоят выше человеческих страданий. Нашим социальным институтам предстоит преодолеть эту разобщенность менталитетов. Что бы ни было причиной изменений – правовые претензии к нарушениям прав человека или прагматичный, неолиберальный акцент на ограниченности бюджета – происходит движение к сотрудничеству учреждений. К этому добавляется личностно-ориентированный подход в работе институтов, которые переориентируются с потребностей самих институтов на людей, которым они служат.

В судах такое преобразование происходит на основе «терапевтической юриспруденции», предлагающей рассматривать деятельность правовой системы с точки зрения терапии. Известно, что аддикции, психические заболевания и социальные потребности (такие как семейная поддержка, жилье и работа) неразрывно связаны с уровнем преступности, и связаны до такой степени, что правонарушители, чье поведение объясняется психосоциальными проблемами, постоянно оказываются в судах. Все чаще суды фокусируются на решении проблемы, используя судебный процесс для того, чтобы побудить людей обратиться к причинам правонарушений и привлечь органы социального обеспечения, которые могут помочь⁹.

Смена парадигмы особенно заметна в местах заключения для подростков. Исследования показывают, что молодые люди, имеющие проблемы с законом, часто имеют травматический опыт. Физическое, сексуальное и психологическое насилие негативно сказывается на жизненной траектории, повышая вероятность психических болезней и постоянных контактов с правоохранительными органами¹⁰. Подход к попечению, принимающий во внимание опыт травм, учитывает то, что молодые люди несут ответственность за свои правонарушения, но при этом все вовлеченные стороны должны признать влияние травматического опыта на развитие человека, его поведение и индивидуальность. Подход к попечению, принимающий во внимание опыт травм, означает, что администрация в местах заключения сотрудничает с семьями и общественностью, чтобы упростить и поддержать процесс исправления и реабилитации молодых людей.

В исправительных учреждениях для взрослых тоже происходят перемены. Психологически продуманные и спланированные пространства (PIPE)¹¹ и терапевтические группы, работающие с определенными проблемами, такими как наркомания, алкоголизм и агрессивность, строят мост между терапией и содержанием в заключении. Во многих тюрьмах при «исправлении» правонарушителей большое значение приобрела реабилитация с использованием подходов, подразумевающих терапевтический альянс и признание сильных сторон человека. Однако в пенитенциарной системе ощущается потребность в парадигме, формулирующей связь терапии и пребывания в заключении. Преобладание парадигмы наказания неизбежно приведет к увеличению вреда – для заключенных, их семей и близких, для сообществ, откуда они пришли и куда они вернутся, освободившись.

Общая задача для всех вовлеченных сторон заключается в том, чтобы трансформировать отравленную среду исправительных учреждений так, чтобы в них предоставлялись возможности для настоящего исправления. В этом начинании, может быть, многое стоит позаимствовать из практики тех больниц для заключенных, в которых лечение и надзор способствуют исправлению этой наименее защищенной части нашего общества.

Brian McKenna¹, Jeremy Skipworth², Krishna Pillai²

¹School of Clinical Sciences, Auckland University of Technology, Auckland, New Zealand; ²Auckland Regional Forensic Psychiatry Services, Auckland, New Zealand

Перевод: Филиппов Д.С.(Санкт-Петербург)
Редактура: к.м.н. Руженкова В. В. (Белгород)

(World Psychiatry 2017;16(1):3-4)

Библиография:

1. Fazel S, Seewald K. Br J Psychiatry 2012;200:364-73.
2. Naylor B. Int J Crime Justice Soc Democracy 2015;4:79-95.
3. Fazel S, Hayes A, Bartellas K et al. Lancet Psychiatry 2016;3:871-81.
4. Binswanger I, Stern M, Deyo R et al. N Engl J Med 2017;356:157-65.
5. Martin M, Colman I, Simpson A et al. BMC Psychiatry 2013;13:275.
6. McKenna B, Skipworth J, Tapsell R et al. Crim Behav Ment Health 2015;25:429-39.
7. Jarrett M, Thornicroft G, Forrester A et al. Epidemiol Psychiatr Sci 2012;21:187-93.
8. Pillai K, Rouse P, McKenna B et al. BMC Psychiatry 2016;16:9.
9. Wiener RL, Winick BJ, Georges L et al. Int J Law Psychiatry 2010;33:417-27.
10. Ford J, Kerig P, Desai N et al. OJJDP Journal of Juvenile Justice 2016;5:31-49.
11. Brereton S. Probation Journal 2014;61:84-90.

DOI:10.1002/wps.20395