



АРГУМЕНТЫ В ПОЛЬЗУ ДЕЙСТВИЙ
Серия аналитических обзоров

МЕРЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ТЮРЬМАХ: ЛЕЧЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ



ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ
Управление по наркотикам и преступности



Всемирная
организация здравоохранения



ЮНЭЙДС
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

УВКБ ЮНОДК
ЮНИСЕФ МОТ
МПП ЮНЕСКО
ПРООН ВОЗ
ЮНФПА ВСЕМИРНЫЙ БАНК

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Interventions to address HIV in prisons: Drug dependence treatments / Ralf Jürgens.

(Evidence for Action Technical Papers)

1.HIV infections – prevention and control. 2.Acquired immunodeficiency syndrome – prevention and control. 3.Analgesics, Opioid – therapeutic use. 4. Substance Abuse, Intravenous – complications. 5.Street Drugs. 6.Prisons. I.World Health Organization. II.UNAIDS. III.UNODC. IV.Jürgens, Ralf.

ISBN 978 92 4 459580 0

(NLM classification: WC 503.6)

©Всемирная организация здравоохранения, 2007

Все права зарезервированы. Публикации Всемирной организации здравоохранения могут быть получены в Отделе прессы В03, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; электронная почта: bookorders@who.int). Вопросы для получения разрешения на воспроизведение или перевод публикаций В03 - будь то для продажи или для некоммерческого распространения - следует направлять в Отдел прессы В03 по указанному выше адресу (факс: +41 22 791 4806; электронная почта: permissions@who.int).

Все значения, используемые в настоящем издании, и приводимые в нем материалы ни в коем случае не выражают мнения Всемирной организации здравоохранения о юридическом статусе какой-либо страны, территории, города или района, их правительствах или их границах. Пунктирными линиями на картах показаны приблизительные границы, в отношении которых пока еще не достигнуто полного согласия.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения отдает им предпочтение по сравнению с другими, которые являются аналогичными, но не упомянуты в тексте. Исключая ошибки и пропуски, наименования патентованной продукции выделяются начальными прописными буквами.

Все разумные меры предосторожности были приняты В03 для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов.

Названные авторы одни несут ответственность за точку зрения, выраженную в данной публикации.

Опубликовано в Российской Федерации

Тираж: 3000 экземпляров

АРГУМЕНТЫ В ПОЛЬЗУ ДЕЙСТВИЙ
СЕРИЯ АНАЛИТИЧЕСКИХ ОБЗОРОВ

**МЕРЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ТЮРЬМАХ:
ЛЕЧЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКОЙ
ЗАВИСИМОСТИ**



Всемирная
организация здравоохранения



ЮНЭЙДС
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

УВКБ
ЮНИСЕФ
МПП
ПРООН
ЮНВПА
ЮНОДК
МОТ
ЮНЕСКО
ВОЗ
ВСЕМИРНЫЙ БАНК



ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ
Управление по наркотикам и преступности

Женева
2007

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Автором настоящего документа и других аналитических обзоров серии «Аргументы в пользу действий», посвященного эффективности мер по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах, является Ральф Юргенс (Ralf Jürgens).

Важный вклад в подготовку данных публикаций внесли представители обширной международной исследовательской сети и их коллеги. О большом объеме проделанной ими научно-практической работы по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах свидетельствует прилагаемая библиография. Отдельной благодарности заслуживают: Кейт Долан (Kate Dolan) и ее коллеги, проводившие серьезную исследовательскую работу и опубликовавшие множество материалов по данной тематике; Анке Столлвиц (Anke Stallwitz) и Хейно Штёвер (Heino Stöver), недавно закончившие обзор литературы по заместительной терапии в тюрьмах; Эмануэле Понтали (Emanuele Pontali) за его превосходный анализ проблем, связанных с предоставлением антиретровирусной терапии в тюрьмах; Рик Лайнс (Rick Lines) за его работу, посвященную тюремным программам обеспечения иглами и шприцами; Джуди Ауэрбах (Judy Auerbach), Моника Бег (Monica Beg), Дейв Барроуз (Dave Burrows), Холли Катанья (Holly Catania), Николас Кларк (Nicholas Clark), Пэдди Косталл (Paddy Costall), Аниндья Чаттерджи (Anindya Chatterjee), Micheline Diepart (Мишелин Дьепар), Мартин Донохью (Martin Donoghoe), Fabienne Hariga (Фабьен Арига), Жумана Эрме (Joumana Hermez), Йоти Райа (Jothi Raja), Кристиан Кролл (Christian Kroll), Морэг Макдональд (Morag MacDonald), Мартина Мелис (Martina Melis), Ларс Моллер (Lars Moller), Игорь Олийник (Igor Oliynyk), Владимир Позняк (Vladimir Poznyak), Грей Саттлер (Gray Sattler), Бобби Смит (Bobby Smyth), Джеральд Томас (Gerald Thomas), Майк Трейс (Mike Trace), Рон Вальдисерри (Ron Valdiserri), Marco Victoria (Марко Виктория), Алекс Водак (Alex Wodak), а также Отдел профилактики внебольничных инфекций Департамента здравоохранения Канады за комментарии к некоторым разделам первой редакции данных публикаций.

Мы признательны многим людям из многих стран, участвовавшим в финансировании и содействовавшим проведению исследований в данной области, помогавшим в трудном деле претворения результатов исследований в конкретные политические программы, предоставлявшим услуги несмотря на недостаточное финансирование, а также работавшим с заключенными и теми сообществами, выходцами из которых эти заключенные являются и куда большинство из них возвращаются. Мы благодарны заключенным, которые в течение ряда лет участвовали в исследованиях и практических мероприятиях, информировали работников сферы общественного здравоохранения о своей жизни в тюрьме и давали рекомендации по эффективной профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах.

Публикацию, подготовленную под общим руководством Джоса Перриёнса (Jos Perriëns), Отдел ВИЧ/СПИДа, редактировали Аннетт Верстер (Annette Verster) и Эндрю Болл (Andrew Ball), ВОЗ, а также Эндрю Дуп (Andrew Doupe), консультант по вопросам права и ВИЧ-инфекции.

ВОЗ хочет особо отметить активное участие в подготовке этого документа Австралийского агентства по международному развитию и Министерства здравоохранения Нидерландов.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	6
Краткое содержание	8
Методология	11
1. Введение	12
1.1. Наркопотребление и наркозависимость среди заключенных	12
1.2. Цели лечения наркозависимости	12
1.3. Виды лечения наркозависимости	12
1.3.1. Опиоидная заместительная терапия	13
1.3.2. Другие варианты лечения наркозависимости	14
1.4. Лечение наркозависимости в тюрьмах	14
1.4.1. Краткий обзор	14
1.4.2. ОЗТ в условиях тюрем	15
2. Данные об эффективности опиоидной заместительной терапии в тюремных условиях	17
2.1. Общая информация	17
2.2. Ведет ли тюремная ОЗТ к снижению потребления запрещенных наркотиков и практике менее рискованных форм сопутствующего поведения?	17
2.3. Принесит ли тюремная ОЗТ дополнительные выгоды?	18
2.3.1. Обеспечение непрерывности лечения	18
2.3.2. Снижение смертности	18
2.3.3. Содействие в лечении после освобождения	18
2.3.4. Другие выгоды для здоровья	19
2.3.5. Снижение уровня рецидива правонарушений	19
2.3.6. Положительное влияние на тюремную среду	19
2.4. О каких других значимых результатах сообщается в литературе?	20
2.4.1. Экономическая эффективность тюремной ОЗТ	20
2.4.2. ОЗТ с применением бупренорфина	20
2.4.3. Применение налтрексона	20
2.4.4. Применение диаморфина	20
2.4.5. Детоксикация в тюрьме	21
2.5. Выводы и рекомендации	21
3. Данные об эффективности других видов лечения наркозависимости в тюремных условиях	24
3.1. Общая информация	24
3.2. Свидетельства эффективности	24
3.2.1. Программы терапевтических сообществ	24
3.2.2. Программы учебных лагерей	25
3.2.3. Программы консультирования	25
3.2.4. Лечение после освобождения	25
3.2.5. Мероприятия для женщин, представителей этнических меньшинств и несовершеннолетних	25
3.3. Выводы и рекомендации	26
4. Данные об эффективности других мер по снижению доступности наркотиков и спроса на них: отделения «без наркотиков» и программы анализа мочи	28
4.1. Общая информация	28
4.1.1. Отделения «без наркотиков»	28
4.1.2. Программы анализа мочи	28
4.2. Данные, касающиеся отделений «без наркотиков»	29
4.2.1. Влияние на наркопотребление	29
4.2.2. Мнения заключенных	29
4.2.3. Влияние на уровень рецидива правонарушений	29
4.2.4. Другие результаты	30
4.3. Выводы и рекомендации, касающиеся отделений «без наркотиков»	30
4.4. Данные, касающиеся программ анализа мочи	30
4.4.1. Снижают ли программы анализа мочи наркопотребление и связанный с ним риск ВИЧ-инфицирования среди заключенных?	30
4.4.2. Приносят ли программы анализа мочи другие выгоды?	31
4.4.3. Имеются ли свидетельства каких-либо серьезных незапланированных отрицательных последствий?	32
4.5. Выводы и рекомендации, относящиеся к программам анализа мочи	33
Библиография	34

ВВЕДЕНИЕ

Отношение в мире к проблеме ВИЧ-инфекции существенно изменилось в сторону серьезной активизации мероприятий по профилактике, лечению и уходу. В частности, на Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу в 2001 г. правительства приняли на себя беспрецедентные обязательства к 2015 г. остановить эпидемию и обратить ее вспять. Позднее, на Всемирном саммите 2005 г. и во время Встречи на высшем уровне по проблемам СПИДа 2006 г., правительства выразили готовность приложить все необходимые усилия для достижения к 2010 г. цели обеспечения всеобщего доступа к комплексным программам профилактики, лечения, ухода и помощи. В поддержку этого решения, для расширения мер противодействия ВИЧ-инфекции, были выделены значительные дополнительные финансовые ресурсы, в том числе через Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Перед правительствами стоит задача претворения этих обязательств в практические программы, включающие ряд комплексных мероприятий по профилактике передачи ВИЧ-инфекции через потребление инъекционных наркотиков, в том числе в условиях тюремной системы. Данная публикация является частью серии аналитических обзоров «Аргументы в пользу действий», цель которых - продемонстрировать эффективность мер по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах лицам, принимающим решения, и специалистам по планированию.

Эта серия включает:

1. Четыре документа, посвященных вопросам эффективности ряда ключевых мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах, в том числе:

- программы обеспечения иглами и шприцами, стратегии дезинфекции;
- обеспечение презервативами и принятие других мер для снижения риска передачи инфекции половым путем;
- заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью, а также другие виды лечения и профилактики наркотической зависимости;
- уход за людьми, живущими с ВИЧ (ЛЖВ), их лечение и поддержка.

2. Всеобъемлющую публикацию «Эффективность мер по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах», в которой: 1) представлена гораздо более подробная информация о мероприятиях, описанных в четырех вышеупомянутых документах; 2) содержится обзор данных о распространенности ВИЧ-инфекции, рискованном поведении и передаче инфекции в тюрьмах, а также описываются мероприятия (обучение по проблеме ВИЧ-инфекции, тестирование, консультирование и другие программы), являющиеся частью всестороннего подхода к профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах. Эта публикация доступна только в электронном виде по адресу <http://www.who.int/hiv/idu/>

ВОЗ, УПН ООН* и ЮНЭЙДС** признают важность данного аналитического обзора в поддержке реализации и дальнейшего расширения доказавших свою эффективность мер, направленных на профилактику ВИЧ-инфекции, лечение ЛЖВ и оказание им помощи в условиях тюрем.

* УНП ООН - управление ООН по наркотикам и преступности.

** ЮНЭЙДС - Объединенная программа ООН по СПИДу.

ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ

В разных юрисдикциях используются разные термины для обозначения мест лишения свободы, где содержатся лица, ожидающие суда, осужденные или лица, удерживаемые по другим соображениям безопасности. Точно так же разные слова используются для обозначения различных групп лиц, содержащихся под стражей.

В настоящей публикации термин «**тюрьма**» используется для обозначения всех мест содержания под стражей, а термин «**заключенный**» - для обозначения всех содержащихся в таких местах лиц, включая взрослых и подростков мужского и женского пола, находящихся в уголовно-следственных учреждениях и учреждениях тюремного типа во время уголовного расследования, **в процессе судебного разбирательства**, после вынесения обвинения, до и после вынесения приговора. И хотя этот термин формально не охватывает категории лиц, которые содержатся под стражей по причинам, связанным с **иммиграцией или статусом беженца, задержаны без предъявления обвинений**, а также тех, кто проходит **принудительное лечение и реабилитацию в специальных центрах**, как это происходит в некоторых странах, большинство положений данной публикации распространяются и на них.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ

ВИЧ-инфекция поражает тюрьмы быстро и поражает их тяжело. Уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди заключенных во многих странах значительно выше, чем среди населения в целом, а уровень распространенности вируса гепатита С еще выше. Несмотря на то, что большинство заключенных, живущих с ВИЧ или СПИДом в тюрьме, инфицируются до того, как попали в заключение, риск инфицирования в тюрьме, особенно через использование нестерильного инъекционного инструментария и незащищенный секс, очень высок. Проводимые в мире исследования показывают, что многие заключенные имеют опыт проблемного наркопотребления и что наркопотребление, включая инъекционное, наблюдается также в тюрьмах. В целом ряде тюремных систем случились вспышки ВИЧ-инфекции, продемонстрировавшие, как быстро ВИЧ-инфекция может распространиться в тюрьме, если не предпринять эффективных профилактических мер.

Важность реализации в тюрьмах мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции, включая программы лечения от наркотической зависимости, была осознана еще на раннем этапе развития эпидемии. После первой консультации по вопросу профилактики и контроля ВИЧ-инфекции в тюрьмах, проведенной в 1987 г., ВОЗ отреагировала на рост числа случаев ВИЧ-инфекции в тюрьмах всего мира выпуском в 1993 г. «Руководства по ВИЧ-инфекции и СПИДу в тюрьмах». В руководстве подчеркивается, что «заключенные имеют право на такую медицинскую помощь, включая профилактическую, которая предоставляется всему гражданскому населению, без какой-либо дискриминации». В частности, оно рекомендует, чтобы «заключенные, находившиеся на метадоновой поддерживающей терапии до заключения, могли продолжить это лечение в тюрьме» и чтобы «в странах, где метадоновая терапия доступна зависимым от опиатов представителям гражданского населения, аналогичное лечение было доступно и в тюрьмах». Эти рекомендации были вновь подтверждены в 2006 г. в изданном совместно УПН ООН, ВОЗ и ЮНЭЙДС документе об эффективных мерах профилактики на национальном уровне ВИЧ/СПИДа в тюрьмах.

С начала 1990-х годов число стран, внедривших программы профилактики ВИЧ-инфекции в тюрьмах, выросло. Однако многие из этих программ маломасштабны, ограничиваются несколькими тюрьмами или исключают те необходимые мероприятия, эффективность которых подтверждена. Следует срочно внедрять комплексные программы (в том числе информирование и обучение, особенно по принципу «равный - равному»; обеспечение презервативами; обеспечение иглами и шприцами; организация добровольного тестирования на ВИЧ и консультирования; оказание помощи и поддержки людям, живущим с ВИЧ, включая антиретровирусную терапию) и способствовать их быстрому распространению. В рамках этих программ тюремные системы должны предоставлять лечение от наркотической зависимости, в частности опиоидную заместительную терапию (ОЗТ), всем заключенным, нуждающимся в нем.

Опиоидная заместительная терапия

Существует ряд подтверждений того, что ОЗТ, в частности метадоновая поддерживающая терапия, может применяться в самых разных тюремных условиях.

Тюремные ОЗТ показали свою эффективность в деле снижения частоты инъекционного потребления наркотиков и сопутствующего ему использования нестерильного инъекционного инструментария при условии, что обеспечивается достаточная дозировка и лечение проводится в течение длительных периодов времени. Возможно также снижение риска передачи ВИЧ-инфекции и других парентеральных инфекций среди заключенных.

Подобные программы приносят и другие выгоды для здоровья участвующих в них заключенных, а также для тюремных систем и общества в целом. Например, заключенные, получающие адекватную ОЗТ, с меньшей вероятностью вновь попадают в тюрьму. Было отмечено, что ОЗТ оказывает положительный эффект на поведение в местах заключения, снижая стремление к добыче наркотиков и тем самым усиливая тюремную безопасность. Хотя изначально администрации многих тюрем выражали беспокойство по поводу возможных проблем с безопасностью, насилием

и попаданием метадона в незаконный оборот, эти проблемы не возникали или успешно решались там, где проходила реализация программ ОЗТ.

Другие виды лечения наркотической зависимости

В отличие от ОЗТ, которая становится все более доступной во многих тюремных системах (отчасти благодаря ее способности снижать инъекционное потребление наркотиков и сопутствующий риск распространения инфекций), другие виды лечения наркотической зависимости, имеющие своей целью, помимо решения прочих задач, профилактику ВИЧ-инфекции, в тюрьмах обычно не внедряются. Именно поэтому данных об их эффективности в деле профилактики ВИЧ-инфекции очень мало.

Однако качественное, адекватное и доступное лечение может усилить тюремную безопасность, улучшить здоровье и социальное функционирование заключенных, а также снизить уровень рецидива. Исследования продемонстрировали важность предоставления длительного лечения, поддержки и удовлетворения индивидуальных потребностей заключенных, включая женщин, несовершеннолетних и представителей этнических меньшинств.

Исследования также показали, что для получения долгосрочных дивидендов от инвестиций в лечение заключенных важную роль играет эффективная **помощь после освобождения**. Эта помощь, не ограничиваясь содействием в получении дальнейшего лечения от наркотической зависимости, должна включать в себя и социальную поддержку.

В исследованиях выдвигается предположение, что **альтернативы лишению свободы**, такие как лечение зависимости в обществе, могут оказаться более рентабельными в плане снижения медицинского, социального и экономического вреда от потребления запрещенных наркотиков, а расширение мер профилактики ВИЧ-инфекции в тюрьмах должно в идеале сочетаться с оценками программ замены уголовной ответственности наркопотребителей, не замеченных в насилии, альтернативными видами воздействия.

Наконец, **снижение числа людей, которые находятся в тюрьме** или направлены в центры принудительного лечения и реабилитации, существующие в некоторых странах, по причине потребления наркотиков, должно стать приоритетом.

В связи с этим рекомендуется следующее:

1. Тюремные администрации в странах, где ОЗТ предоставляется гражданскому населению, должны срочно внедрять программы ОЗТ и распространять их как можно скорее. Особые усилия следует направить на то, чтобы заключенные, получавшие ОЗТ до лишения свободы, могли без перерыва продолжить лечение в тюрьме.

2. Тюремные администрации должны предоставить наркозависимым заключенным другие варианты лечения, особенно в случаях зависимости от таких веществ как стимуляторы типа амфетамина.

Поскольку данных об эффективности альтернативных видов лечения в деле профилактики ВИЧ-инфекции очень мало, следует оценить их эффективность с точки зрения снижения частоты инъекционного потребления наркотиков и использования нестерильного инъекционного инструментария.

3. Тюремные администрации должны уделять особое внимание доступности лечения и социальной поддержке заключенных при их освобождении, а также сотрудничать с представителями соответствующих органов власти для обеспечения доступности комплексной помощи после освобождения.

4. Государства должны утвердить и усилить принцип предоставления лечения, консультирования, просвещения и реабилитации как альтернативы осуждению и наказанию за связанные с наркотиками правонарушения.

Сегодня во многих странах значительные средства тратятся на лишение наркозависимых лиц свободы; такой подход влечет за собой довольно высокие уровни рецидива вскоре после освобождения. Нет никаких свидетельств того, что этот подход экономически оправдан.

Отделения «без наркотиков»

Небольшое число исследований продемонстрировали, что так называемые отделения «без наркотиков» («drug-free» units) способны помочь заключенным снизить уровень наркопотребления во время пребывания в тюрьме. Однако в этих исследованиях ничего не говорится о том, удастся ли привлечь в такие отделения и удержать в них наиболее проблемных наркопотребителей, в частности потребителей инъекционных наркотиков (ПИН).

В связи с этим рекомендуется следующее:

5. Тюремные системы должны предоставить заключенным возможность проживания в отделениях «без наркотиков». Однако на сегодняшний день не существует каких-либо данных относительно эффективности отделений «без наркотиков» как меры профилактики ВИЧ-инфекции. В связи с этим необходимо оценить их эффективность с точки зрения привлечения и удержания ПИН, а также в плане снижения уровня инъекционного потребления наркотиков и использования нестерильного инъекционного инструментария.

Меры по снижению доступности наркотиков

Несмотря на то, что многие тюремные системы значительные средства вкладывают в снижение доступности наркотиков, существует очень мало достоверных, последовательных эмпирических данных, подтверждающих эффективность этих мер в сокращении уровня наркопотребления. В частности, отсутствуют какие-либо свидетельства того, что эти меры способны привести к снижению риска инфицирования ВИЧ.

Программы обязательного тестирования на наркотики (ПОТ) как мера снижения доступности

используются в ряде тюремных систем. Представители общественного здравоохранения выразили озабоченность тем, что подобные программы могут повысить, а не понизить риск инфицирования заключенных ВИЧ. Имеются данные о том, что реализация таких программ способна уменьшить в тюрьмах спрос на каннабис и его потребление. Однако на потребление опиатов такие программы влияют очень мало. Ряд данных указывают на то, что небольшое число людей переключаются на инъекционные наркотики, с тем чтобы при тестировании на наркотики скрыть факт потребления ими каннабиса.

Учитывая тот факт, что, в отличие от инъекционного потребления опиатов, курение каннабиса не представляет риска в плане распространения ВИЧ-инфекции, информация о переходе некоторых заключенных с каннабиса на более вредные наркотики вызывает беспокойство.

В связи с этим рекомендуется следующее:

6. Совершенствование процедуры документирования и оценки мероприятий по снижению доступности наркотиков должно стать приоритетом для тех тюремных систем, которые в подобные мероприятия инвестируют значительные средства.

7. Тюремные системы, в которых функционируют ПОТ, должны пересмотреть практику тестирования мочи на наличие каннабиса.

Как минимум следует четко разграничить меры наказания за положительные результаты тестов на каннабис и на опиаты.

МЕТОДОЛОГИЯ

В ходе подготовки данной публикации был проведен всесторонний анализ изданной литературы, изучены электронные библиотеки и базы данных по ВИЧ/СПИДу, а также веб-сайты различных правительственных и неправительственных организаций, соответствующих конференций, сайты, посвященные вопросам тюремной медицины, и медицинские новостные сайты. Поиск осуществлялся по таким ключевым словам как «prison(s)» (тюрьма(ы)), «jail(s)» (следственный(е) изолятор(ы)), «detention centre(s)» (место(а) содержания под стражей), «correctional facility(ies)» (исправительное(ые) учреждение(я)), «prisoner(s)» (заключенный(е)), «inmate(s)» (заключенный(е)), «HIV» (ВИЧ), «human immunodeficiency virus» (вирус иммунодефицита человека), «hepatitis C» (гепатит С) и «HVC» (вирус гепатита С). Эти ключевые слова были использованы в сочетании со специфическими дополнениями, такими как «drug dependence treatment» (лечение наркотической зависимости), «substitution therapy» (заместительная терапия), «methadone» (метадон), и, при необходимости, с названиями конкретных стран или регионов. Проводился обзор исследований и других материалов, опубликованных на английском, французском, немецком, итальянском, португальском и испанском языках. Были предприняты попытки получить информацию из развивающихся стран и доступ к так называемой «серой»* литературе, используя профессиональные контакты и прямые контакты с известными исследователями и исследовательскими центрами. Однако составители обзора столкнулись с рядом ограничений: не все документы удалось получить, а потому публикации на других языках, помимо упомянутых в библиографии, использованы не были.

В целом авторы обзора пытаются ответить на вопрос, явились ли мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах научным доказательством реальной возможности снизить распространение ВИЧ-инфекции среди заключенных или оказать иное положительное воздействие на их здоровье. В основу оценки полученных данных легли критерии, впервые предложенные Бредфордом Хиллом (Bradford Hill, 1965) и позволяющие устанавливать причинно-следственные связи между

результатами наблюдений. Использовались и дополнительные критерии, включая:

- Отсутствие негативных последствий: Непредусмотренные негативные последствия способны оказать серьезное влияние на выбор или расширение мероприятий. Например, опасения, что введение опиоидной заместительной терапии может быть рассмотрено как потворствование наркопотреблению в тюрьмах, создаст угрозу безопасности, приведет к насилию или к попаданию метадона в незаконный оборот, являются основной причиной, тормозящей принятие и расширение программ ОЗТ.
- Возможность реализации и расширения: Возможна ли реализация программ в тюрьмах разных типов, в том числе в тюрьмах с ограниченными ресурсами и в тюрьмах с разными степенями безопасности, включая женские?
- Приемлемость мероприятий для целевой аудитории: Являются ли программы приемлемыми для заключенных и персонала, и какие условия делают их приемлемыми?
- Непредвиденные выгоды: Приносит ли внедрение таких программ какие-либо незапланированные, но желательные выгоды?

Хотя достоверность результатов исследований, не подкрепленных рандомизированными клиническими испытаниями, часто ставится под сомнение, не следует преуменьшать сложность проведения подобных испытаний для оценки такого рода мероприятий (см., например, Drucker et al., 1998). В целом же, по ряду причин, пока было проведено очень мало рандомизированных клинических испытаний для оценки мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах.

* «Серая» литература - это не опубликованные в официальных научных изданиях работы (в том числе научные), доступ к которым через библиотеки (в том числе электронные) практически отсутствует.

1. Введение

1.1. Наркопотребление и наркозависимость среди заключенных

Во многих странах заключенные, находясь в тюрьме, потребляют наркотики, в том числе инъекционные (подробности см. в докладе «Эффективность мер по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах»). Частично это обусловлено тем, что значительная доля заключенных наркозависимы. Проведенный недавно систематический обзор исследований, которые изучали распространенность среди заключенных злоупотребления алкоголем или наркотиками или зависимость от них в предшествующем году, показал, что оценки злоупотребления наркотиками или наркотической зависимости среди заключенных мужского пола (восемь исследований, $n = 4\ 293$) варьируют от 10,0 % до 48 %, а среди заключенных женского пола (шесть исследований, $n = 3\ 270$) - от 30,3 % до 60,4 % (Fazel, Bains, Doll, 2006).

В отсутствие эффективного лечения наркозависимости велика вероятность того, что значительная доля наркозависимых заключенных продолжат потреблять наркотики и преступать закон; при этом многие из них будут подвергаться риску инфицирования ВИЧ как во время заключения, так и на свободе. В США статистические данные, представленные в Бюро судебной статистики, показывают, что среди условно осужденных те, кто часто потребляет наркотики, имеют на 53 % больше шансов подвергнуться повторному аресту, чем те, кто наркотиков не потребляет (Bureau of Justice Statistics, 1995).

Срок, в течение которого заключенный находится в тюрьме, дает возможность разорвать порочный круг «наркопотребление - преступления» и снизить вред от потребления наркотиков (Mitchell, Wilson, MacKenzie, 2005; McSweeney, Turnbull, Hough, 2002). Однако многие наркопотребители отбывают в тюрьме короткие сроки или содержатся там лишь на период следствия. Это означает, что время для терапевтических вмешательств часто бывает ограничено. Кроме того, удовлетворение разнообразных потребностей наркозависимых заключенных в тюрьме может оказаться затруднительным (EMCDDA, 2003).

1.2. Цели лечения наркозависимости

Цель лечения наркозависимости - достижение и поддержание физического, психологического и социального благополучия путем перехода к менее рискованному поведению, коррективы привычек, связанных с наркопотреблением, либо полного отказа от наркотиков.

Вследствие хронического рецидивирующего характера зависимости от наркотиков, а также необходимости решать сопутствующие социальные и психологические проблемы полный отказ для многих людей зачастую является длительным и трудным процессом. Использование «промежуточных этапов» или «стабилизирующих стратегий» в виде краткосрочных и более достижимых целей помогает определять и структурировать движение вперед, а также уменьшать наносимый приемом наркотиков вред, в том числе инфицирование такими парентеральными вирусами как ВИЧ, гепатит В и С (WHO, 2005).

Потенциальное воздействие лечения наркозависимости на профилактику ВИЧ-инфекции включает в себя (Metzger, Navaline, Woody, 1998; Sorensen, Copeland, 2000): снижение уровня инъекционного потребления наркотиков; менее частое использование нестерильного инъекционного инструментария; менее рискованное сексуальное поведение; появление возможностей для консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции, ведения просветительской работы и оказания медицинской помощи.

1.3. Виды лечения наркозависимости

Существует ряд доступных видов лечения - от учреждений круглосуточного пребывания с полным отказом от наркотиков до амбулаторной фармакотерапии, включающей режимы поддержки и детоксикации. ВОЗ провела анализ эффективности различных видов лечения, описанных в других публикациях, и пришла к выводу, что долгосрочная терапия с применением метадона или бупренорфина является на сегодняшний день самым эффективным доступным способом лечения опиоидной зависимости и решающим компонентом про-

филактики распространения ВИЧ-инфекции среди ПИН (WHO, 2004; WHO, 2005). Пациенты, желающие отказаться от опиоидов, могут получать лечение с применением клонидина, лофексидина или сокращающихся доз метадона или бупренорфина для минимизации тяжести абстинентного синдрома.

Использование метадона и бупренорфина для программ детоксикации следует отличать от программ ОЗТ. Хотя программы детоксикации и важны в лечении синдрома отмены, в целом они не служат цели профилактики ВИЧ-инфекции.

1.3.1. Опиоидная заместительная терапия

Опиоидная заместительная терапия в ее различных формах получила широкое распространение как способ лечения наркотической зависимости и мера по снижению вреда среди представителей гражданского населения с опиоидной зависимостью (Stallwitz, Stöver, со ссылкой на Council of Europe, 2001). ОЗТ предполагает назначение наркотического вещества, действие которого аналогично действию потребляемого запрещенного наркотика («агонист» согласно фармакологической терминологии), но степень риска при этом ниже. Программы медикаментозного лечения агонистами полезны только для тех, кто зависим прежде всего от опиоидов; эффективность заместительной терапии при потреблении кокаина и стимуляторов типа амфетамина доказана не была.

Польза от такого рода замещения для наркозависимых людей заключается в возможности изменить свое рискованное поведение на более безопасное, а также стабилизировать состояние своего здоровья и социальное положение перед тем как перейти к решению других проблем, связанных с зависимостью.

Веществом, которое лучше всего исследовано и применяется наиболее широко для медикаментозного лечения опиоидной зависимости агонистами, является метадон. Впервые метадон был использован в 1960-х годах. Это синтетический опиоидный агонист длительного действия, который легко усваивается при пероральном приеме и у большинства лиц, его принимающих, не вызывает синдрома отмены в течение 24 часов, что позволяет принимать его один раз в день. Исследования показали, что метадон успешно блокирует симптомы опиатной абстиненции и эйфории,

вызываемые опиоидами короткого действия (Senay, Uchtenhagen, 1990). Было установлено, что дозы метадона от 60 до 120 мг/день или выше наиболее эффективны с точки зрения сохранения приверженности пациентов лечению, снижения уровня потребления запрещенных наркотиков и преступного поведения (Kreek, 2000; Ward et al., 1998).

Бупренорфин впервые был зарегистрирован как препарат для заместительной терапии при опиоидной зависимости в 1995 г. во Франции. Бупренорфин - это частичный агонист длительного действия. ОЗТ с дозами бупренорфина 8-24 мг дает те же результаты, что и ОЗТ с применением метадона. Выбор между этими двумя препаратами должен базироваться на клинической оценке.

Было установлено, что ОЗТ с применением как метадона, так и бупренорфина снижает те огромные издержки, которые влечет за собой опиоидная зависимость для самих зависимых, их семей и общества в целом, сокращая потребление героина, смертность, связанную с потреблением наркотиков, риск инфицирования ВИЧ и участие в преступной деятельности. ОЗТ является важным компонентом профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН (WHO, 2004; WHO, 2005). Эффективность ОЗТ повышается при ее сочетании с психосоциальной поддержкой.

ОЗТ также предоставляет широкие возможности для проведения антиретровирусной терапии среди ВИЧ-положительных наркопотребителей. Поддерживающая терапия помогает наркопотребителям с опиоидной зависимостью стабилизировать свою жизнь, избегать многих осложнений, сопутствующих инъекционному потреблению наркотиков, или лечить их, а потому рассматривается как важный элемент стратегии удержания активных ПИН в программах антиретровирусной терапии (Mattick et al., 2002). ОЗТ также предоставляет дополнительные возможности для расширения антиретровирусной терапии, повышает приверженность лечению и упрощает доступ к получению помощи (Clarke et al., 2002; Moscatello et al., 2003; Lucas 2004; WHO et al., 2004; Open Society Institute 2004; Farrell et al., 2005).

В 2005 г. и метадон, и бупренорфин были включены в Модельный список основных лекарственных средств ВОЗ (WHO, 2005b).

Несмотря на объем и качество свидетельств в поддержку использования метадона и бупренорфина, в некоторых странах ОЗТ остается спорным вопросом и многие ведомства выступают против ее использования. ВОЗ подчеркивает, что «лица, принимающие решения, должны ясно понимать, что развитие заместительной терапии является важным компонентом стратегии профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных опиоидов». Далее ВОЗ утверждает, что «лица, принимающие решения... должны быть проинформированы об очень высоких издержках, которые влечет за собой отсутствие такого лечения. Именно те страны, в которых не практикуется подобное лечение, сообщают сегодня о серьезных вспышках ВИЧ-инфекции, и эти отрицательные тенденции, вероятнее всего, сохранятся» (WHO, 2005).

1.3.2. Другие варианты лечения наркозависимости

Опираясь на имеющиеся обширные доказательства эффективности лечения опиоидной зависимости, авторы данного обзора решили сконцентрироваться на стратегиях, которые оказывают прямое воздействие на инъекционное наркопотребление, - таких как ОЗТ. Однако, несмотря на крайнюю важность такого лечения в решении задач профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных опиоидов, другие имеющиеся виды лечения формируют серьезную основу общей стратегии лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Все виды лечения в той или иной степени влияют на риск передачи ВИЧ-инфекции, хотя снижение такого риска может и не быть их явной целью (WHO, 2005).

Подходы к лечению, основанные на абстиненции или полном отказе от наркотиков, характеризуются крайним разнообразием условий их реализации и направлений. **Реабилитация в стационаре** базируется на том принципе, что структурированная, свободная от наркотиков среда обеспечивает адекватные условия для устранения причин, лежащих в основе зависимости. Эти программы помогают клиенту выработать адекватные навыки и отношения для достижения положительных изменений в направлении жизни без наркотиков. **Терапевтические сообщества** (ТС) являются подвидом реабилитации в стационаре; основной акцент в них делается на личной

ответственности за свои решения и действия (WHO, 2005; WHO -WPRO, 2006). Была доказана эффективность ТС в лечении определенной группы клиентов из числа гражданских лиц (Gowing, Cooke, Biven, Watts, 2002). **12-шаговые программы**, т.е. группы самопомощи или взаимопомощи, в целом опираются на принципы обществ «Анонимные алкоголики» или «Анонимные наркоманы». В основе деятельности этих обществ лежит концепция, утверждающая, что зависимость от алкоголя и наркотиков - это болезнь с возможностью выздоровления, но не излечения.

Психосоциальная поддержка может предоставляться в условиях лечения, основанного на полном отказе от наркотиков, или в сочетании с ОЗТ. Предоставление психологической поддержки и консультирования с целью содействия изменениям в поведении и эмоциональном состоянии играет важную роль в общем процессе лечения наркозависимости. Поведенческие вмешательства также важны при решении проблем связанного с наркозависимостью рискованного поведения, включая инъекционное потребление наркотиков и сексуальное поведение. В этом аспекте поведенческие вмешательства, предпринимаемые в сочетании с фармакотерапией, весьма важны для профилактики ВИЧ-инфекции (-WHO, 2005).

1.4. Лечение наркозависимости в тюрьмах

1.4.1. Краткий обзор

Лечение наркотической зависимости в условиях лишения свободы осуществляется в самыми разными способами, включая реализацию множества лечебных программ, в том числе:

- ОЗТ и программы детоксикации.
- Программы терапевтических сообществ; отдельные компоненты ТС характеризуются широким разнообразием, но имеется несколько общих компонентов (Mitchell, Wilson, MacKenzie, 2006):

Во-первых, для создания благоприятной реабилитационной среды члены ТС обычно размещаются в специальном, обособленном лечебном отделении вдали от тех, кто не участвует в программе. Во-вторых, члены принимают непосредственное участие в работе ТС, включая проведение лечебных сеансов, кон-

троль соблюдения правил другими членами, поддержание порядка в отделении и разрешение споров. В-третьих, персонал и члены ТС вступают в конфронтацию с нарушителями правил, но при этом члены также поддерживают друг друга в борьбе за положительные изменения. В-четвертых, основная философия ТС заключается в том, что наркопотребление - это симптом личностных расстройств более общего характера; исходя из этого, лечение фокусируется на основных расстройствах, а не на злоупотреблении наркотиками как таковом.

- Карательные меры, такие как учебные лагеря, смоделированные по принципу начальной военной подготовки (там же): *Обитатели лагерей живут в суровом режиме тренировок, изучают основы строевой подготовки и церемониала, носят униформу и занимаются на курсах преодоления проблем (бег с препятствиями). Учебные лагеря четко структурированы. С момента утреннего пробуждения и до выключения света их обитатели постоянно вовлечены в плановые мероприятия. В лагерях также наблюдается серьезная конфронтация, но, в отличие от большинства программ ТС, она чаще всего возникает между персоналом лагеря и его обитателями; при этом инструкторы по строевой подготовке наказывают за любое отклонение от установленного кодекса поведения. По теории, жесткий, суровый характер программ учебных лагерей должен служить средством сдерживания преступного поведения в будущем.*

- Программы консультирования, которые, как правило, включают в себя элементы программ группового консультирования (например, 12-шаговых программ), обучение жизненным навыкам, формирование когнитивных навыков, просвещение по вопросам, связанным с наркотиками, и базовое образование для взрослых. Объединяющим ключевым моментом программ консультирования является их опора на групповые виды терапии, когда наркопотребление и другие распространенные проблемы обсуждаются в кругу равных с целью их решения. Однако не все программы консультирования опираются на терапию среди равных; некоторые носят индивидуальный характер, и в этом случае клиент и клиницист работают вместе над решением проблемы наркотической зависимости. Существуют также

программы консультирования, в которых используется как групповой, так и индивидуальный подход.

Сегодня большинство развитых стран предоставляют те или иные виды лечения наркозависимости в тюремных условиях. За последние годы существенно выросло количество реализуемых мероприятий и появились новые их типы (McSweeney, Turnbull, Hough, 2002; Stöver et al., 2001). Однако даже в развитых странах лишь единичные тюрьмы располагают достаточными средствами для внедрения адекватных программ лечения, а многие тюрьмы не предоставляют вовсе никаких услуг (EMCDDA, 2003; Belenko, Peugh, 1998; Peters, Matthews, Dvoskin, 2004; Travis, Solomon, Waul, 2001). Исследования, проведенные в странах Центральной и Восточной Европы, показали, что лечение потребителей наркотиков осуществляется там спорадически и что многие заключенные не могут претендовать ни на какой вид лечения или поддержки (MacDonald, 2005). Информация о программах в других развивающихся странах и странах переходного периода еще более ограничена.

С точки зрения профилактики ВИЧ-инфекции усилия по лечению наркозависимости в тюрьмах должны быть нацелены на снижение инъекционного потребления наркотиков. Исследования показывают, что инъекционное потребление опиатов намного шире распространено в тюрьмах, чем инъекционная и другие формы потребления кокаина (см., например, Bullock, 2003; Boys et al., 2002; Swann, James, 1998; Plourde, Brochu, 2002).

1.4.2. ОЗТ в условиях тюрем

Первая экспериментальная тюремная программа ОЗТ, в рамках которой метадон назначался заключенным перед выходом на свободу, была реализована в Нью-Йорке в 1968 г. (Dole et al., 1969). В литературе тех лет отмечается, что, помимо острова Райкерс в Нью-Йорке (Joseph et al., 1989) в последующие 20 лет такие программы существовали в тюрьме Калифорнии (Contra Costa County), в Роттердаме, Нидерланды, в тюрьме «Wolds Remand Prison», Великобритания (Daines et al., 1992), а также в Дании и Швеции (Gorta, 1992, со ссылкой на Lynes, 1989).

В Новом Южном Уэльсе, Австралия, экспериментальная программа назначения метадона

перед выходом на свободу была начата в 1986 г. Позднее ее расширили, и назначение метадона перед освобождением стало лишь одним из компонентов более обширной тюремной программы метадоновой поддерживающей терапии (МПТ) (Hall, Ward, Mattick, 1993). Первоначально программа была нацелена на «разрыв порочного круга преступной деятельности, связанной с наркопотреблением». Однако уже в 1987 г. она стала первой тюремной программой МПТ, взявшей на вооружение стратегию профилактики ВИЧ-инфекции и включившей в число своих задач сокращение инъекционного потребления героина, а также распространение ВИЧ-инфекции и гепатита В (Gorta, 1992).

С начала 1990-х годов, главным образом в ответ на рост уровня распространения ВИЧ-инфекции среди ПИН в обществе и в тюрьмах, наблюдается заметное увеличение количества тюремных систем, предоставляющих заключенным ОЗТ. Сегодня в число тюремных систем, где ОЗТ предлагается заключенным, входит большинство систем Канады и Австралии, некоторые тюрьмы США, большинство систем в 15 «старых» странах - членах ЕС (Stöver et al., 2001), а также системы ряда других стран, включая Иран и Индонезию. В Испании 18 % всех заключенных, или 82 % лиц с проблемным наркопотреблением в тюрьме, получают МПТ (EMCDDA, 2005).

Программы ОЗТ существуют также в некоторых «новых» странах - членах ЕС (таких как Венгрия, Мальта, Словения и Польша), хотя масштаб этих программ зачастую невелик и предоставляется терапия лишь небольшому числу нуждающихся заключенных (MacDonald, 2005). Наконец, растет количество тюремных систем в Восточной Европе и в странах бывшего Советского Союза, где началась (Молдова и Албания) или планируется в скором времени реализация программ ОЗТ (Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2006; Moller, 2005).

Учитывая ситуацию в обществе, большинство тюремных систем предоставляют ОЗТ в форме МПТ. Поддерживающее лечение с применением бупренорфина осуществляется лишь в небольшом количестве тюремных систем, в том числе в Австралии (Black, Dolan, Wodak, 2004) и некоторых европейских странах (Stöver, Hennebel, Casselman, 2004).

В целом, среди мероприятий, проводимых в тюрьмах большинства стран, продолжают доминировать подходы, основанные на полном отказе от наркотиков (Zurhold, Stöver, Haasen, 2004), в то время как ОЗТ для многих тюремных систем остается спорным вопросом несмотря на тот факт, что в других местах она широко признана как эффективная мера борьбы с опиоидной зависимостью.

Администрации тюрем часто противятся введению ОЗТ по причине идеологического несогласия с таким видом лечения и озабоченности тем, что предоставление такой терапии может привести к попаданию препаратов в незаконный оборот, к насилию и/или нарушениям режима безопасности (Magura et al., 1993). Кроме того, как только начинают предприниматься попытки реабилитации в тюремных условиях, обнаруживаются расхождения в приоритетах и методиках между медицинским персоналом и другими работниками исправительного учреждения (Kinlock et al., 2002, со ссылкой на Senese, Kalinich, 1997).

Против использования ОЗТ в тюремных условиях было выдвинуто несколько аргументов. Некоторые критики считают препараты-агонисты просто психотропными веществами, использование которых задерживает личностный рост, столь необходимый для выхода за пределы сосредоточенного вокруг наркотиков существования. Другие возражают против применения ОЗТ по моральным причинам, утверждая, что эта мера является лишь заменой одного наркотика, вызывающего зависимость, другим. Наконец, третьи указывают на тот факт, что в тюрьме человек обычно потребляет наркотики гораздо реже, чем на свободе. В связи с этим иногда утверждается, что необходимости в тюремных ОЗТ нет. Однако каждый отдельный случай инъекционного потребления наркотиков в тюрьме сопровождается высоким риском инфицирования ВИЧ или другой парентеральной инфекцией, поскольку при этом обычно используется нестерильный инъекционный инструментарий. Кроме того, существует множество доказательств полезности использования ОЗТ среди гражданского населения, что указывает на ту важную роль, которую ОЗТ способна играть и в снижении вреда среди заключенных.

2. Данные об эффективности опиоидной заместительной терапии в тюремных условиях

2.1. Общая информация

Большинство исследований применения ОЗТ в тюрьмах были выполнены в США и Австралии, но некоторые проводились также в Канаде, Европе и других странах, например в Иране. В исследования входят (Stöver, Hennebel, Casselmann, 2004):

- небольшое число контролируемых испытаний (Dolan et al., 2002; Dolan et al., 2003; Dolan et al., 2005; Bayanzadeh et al., 2004);
- оценочные исследования предоставления ОЗТ в тюрьмах (Schultze, 2001; McGuigan, 1995; Boguna, 1997; Keppler, 1995; Heimer et al., 2005; Heimer, Catania, Newman et al., 2006);
- анализ осуществимости и обзоры (Dolan, Wodak, 1996; Pearson, Lipton, 1999; Stöver, Casselman, Hennebel, 2006; Larney, Mathers, Dolan, 2006);
- анализ различных методик ОЗТ, реализуемых в тюрьмах (например, детоксикация, перед выходом на свободу, краткосрочная терапия и поддерживающая терапия) (Michel, Maguet, 2003);
- изучение различных критериев, пригодных для качественной оценки результатов (Nannafin, 1997) или концентрации на определенных аспектах ОЗТ (Trasqui et al., 1998);
- изучение экономической эффективности (Warren, Viney, 2004; Warren, Viney, Shearer et al., 2006).

Недавно проведенный мета-анализ эффективности лечения наркотической зависимости в тюремных условиях исключил ряд наиболее значимых исследований реализации программ ОЗТ в тюрьмах, поскольку всецело сконцентрировался на исследованиях, отражавших результаты замеров количества рецидивов после освобождения (Mitchell, Wilson, MacKenzie, 2006).

Обзор и анализ опубликованных и неопубликованных данных об эффективности ОЗТ базировался на следующих вопросах (более детальный обзор см. в главе по ОЗТ всеобъемлющей публикации «Эффективность мер по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах»):

1) Ведет ли тюремная ОЗТ к снижению потребления запрещенных наркотиков и практике менее рискованных форм сопутствующего поведения?

2) Приносит ли тюремная ОЗТ дополнительные и заслуживающие внимания выгоды?

3) О каких других значимых результатах сообщается в литературе?

2.2. Ведет ли тюремная ОЗТ к снижению потребления запрещенных наркотиков и практике менее рискованных форм сопутствующего поведения?

Все исследования тюремных программ МПТ, анализировавшие этот вопрос, установили, что заключенные - потребители инъекционного героина и других опиатов, - получающие МПТ, делают инъекции наркотика значительно реже, чем не получающие эту терапию (Австралия: Dolan et al., 1996b; Dolan, Wodak, Hall, 1998; Dolan et al., 2003; Иран: Bayanzadeh et al., 2004; Пуэрто-Рико: Heimer et al., 2005; Heimer et al., 2006; Испания: Boguna, 1997).

Несколько исследований установили, что для значительного снижения сопутствующего наркопотребления необходимо назначать достаточно большую дозу метадона (более 60 мг: Boguna, 1997; Dolan, Wodak, Hall, 1998) на достаточно длительный срок (более шести месяцев: Boguna, 1997; на весь срок заключения: Dolan, Wodak, Hall, 1998).

Через четыре года после рандомизированного контролируемого исследования, в рамках которого лица, получавшие МПТ, сравнивались с контрольной группой лиц, включенных в список ожидающих лечения (Dolan et al., 2003), было проведено дополнительное исследование, изучавшее более долгосрочное влияние МПТ на показатели смертности, частоту повторных тюремных заключений, а также сероконверсию гепатита С и ВИЧ (Dolan et al., 2005). Более длительное лечение ассоциировалось со снижением инфицирования гепатитом С, а кратковременные эпизоды МПТ (менее пяти месяцев) были связаны со значительно большим риском инфицирования гепатитом С. Эти данные согласуются с исследованиями сероконверсии ВИЧ среди ПИН - представителей гражданского населения

ния, в ходе которых было установлено, что инфицирование ВИЧ тесно связано с продолжительностью и стабильностью участия в МПТ (Metzger, Navaline, Woody, 1998). Как утверждают авторы, «значительно больший риск инфицирования гепатитом С, ассоциирующийся с малой продолжительностью МПТ, подчеркивает важность удержания в программах лечения, особенно при коротких тюремных сроках, когда прекращение МПТ случается чаще всего» (Dolan et al., 2005).

Наконец, оценки тюремных программ ОЗТ выявили несколько более низкие уровни наркопотребления *после освобождения* среди участников программ по сравнению с теми, кто в этих программах не участвовал (Mitchell, Wilson, MacKenzie, 2006).

2.3. Приносит ли тюремная ОЗТ дополнительные выгоды?

2.3.1. Обеспечение непрерывности лечения

Одной из положительных сторон предоставления МПТ в тюремных условиях является то, что она позволяет начавшим лечение на свободе продолжить его в тюрьме. Это особенно важно с учетом того, что, согласно исследованию Shewan, Gemmell, Davies (1994), лица, получавшие МПТ, но вынужденные отказаться от метадона после заключения в тюрьму, часто возвращаются к потреблению наркотиков, часто в пределах тюремной системы и часто - инъекционным способом. Результаты этого исследования были подтверждены в ходе проведенного в Великобритании опроса врачей общей практики, имеющих право назначать метадон. 42 из 68 респондентов сообщили о неблагоприятных для нескольких пациентов последствиях лишения свободы, включая тяжелые симптомы отмены, возврат к инъекционному потреблению героина, использование нестерильного инъекционного инструментария и беспорядочное потребление наркотиков как в тюрьме, так и после освобождения. Авторы делают вывод, что «этот обзор продемонстрировал недопустимое отсутствие преемственности между клинической практикой на свободе и в тюрьме, которое сводит на нет пользу от контролируемого назначения метадона для отдельных людей и для общества в целом» (Gruer, Macleod, 1997).

2.3.2. Снижение смертности

Dolan et al. (2005) продемонстрировали, что более длительный курс МПТ ассоциируется с более низкой смертностью. В их исследовании не было зарегистрировано ни одного случая смерти среди участников программы МПТ, тогда как среди не участвовавших в программе умерли 17 человек. Эти данные согласуются с предыдущими данными о более низкой смертности среди участников программ МПТ (Gearing, Schweitzer, 1974; Caplehorn et al., 1994; Langendam et al., 2001). Из восьми указанных в исследовании Dolan et al. человек, умерших от передозировки наркотиков, четверо никогда не получали метадон, а другие четверо прекратили прием метадона до выхода из тюрьмы, что подчеркивает важность перехода от лечения в тюрьме к лечению на свободе без перерыва.

В последние годы многие исследования фокусировались на смертности среди тех, кто освобожден из тюрем; при этом было зафиксировано большое количество смертей в течение первых недель после освобождения из-за передозировки наркотиков (Darke, Ross, Zador, Sunjic, 2000; Bird, Hutchinson, 2003; Harding-Pink, 1990; Joukamaa, 1998; Seaman, Brettle, Gore, 1998; Seymour, Oliver, Black, 2000; Shewan et al., 2001; Singleton et al., 2003; Verger et al., 2003). Вероятно, данный феномен можно объяснить снижением толерантности к опиатам во время пребывания в тюрьме и возобновлением инъекционного потребления наркотиков после освобождения. Кроме того, только что вышедшие на свободу заключенные, по-видимому, подвергаются более высокому риску передозировки метадона (Cooper et al., 1999). Эти данные указывают на полезность и необходимость лечения на протяжении всего срока тюремного заключения для предотвращения подобных рискованных ситуаций и подчеркивают важность ОЗТ не только как стратегии профилактики ВИЧ-инфекции в тюрьмах, но и как стратегии снижения смертности от передозировки после освобождения.

2.3.3. Содействие в лечении после освобождения

Magura et al. (1993) выяснили, что, в сравнении с программами детоксикации (записались на лечение 37 % заключенных, удержались 9 %), программа МПТ в тюрьме Нью-Йорка в значительной мере содействовала включению

нию в лечение (85 %) и продолжению лечения через 6 месяцев (27 %) после освобождения. Kinlock et al. (2002) также установили, что большая доля заключенных, начавших ОЗТ в тюрьме, продолжили получать ее на свободе, из чего был сделан вывод, что с помощью ОЗТ «можно эффективно вовлекать большое число заключенных с историей опиоидной зависимости в лечение как во время заключения, так после освобождения».

2.3.4. Другие выгоды для здоровья

Voguna (1997) сообщает, что оценка пилотной программы МПТ в тюрьме Барселоны выявила не только сокращение использования нестерильного инъекционного инструментария, но также статистически значимый рост применения презервативов во время сексуальных контактов и существенное снижение случаев передозировки.

2.3.5. Снижение уровня рецидива правонарушений

Имеющиеся данные указывают на то, что программы ОЗТ эффективны в деле профилактики рецидива правонарушений и повторных тюремных заключений (Bertram, Gorta, 1990a; Tomasino et al., 2001; Johnson et al., 2001; Lévassieur et al., 2002), особенно в тех случаях, когда метадон предоставляется в течение более длительных, непрерывных периодов времени (Dolan et al., 2005), когда назначаются дозы метадона в диапазоне от умеренных до высоких (Bellin et al., 1999) и когда предоставление метадона сопровождается дополнительной поддержкой (Magura et al., 1993). Напротив, в некоторых более ранних программах, где эти условия не выполнялись (см., например, Magura et al., 1993: ежедневная поддерживающая доза метадона составляла лишь 30 г), участники программы с той же или даже с большей долей вероятности, чем не участвовавшие в ней, могли повторно совершить преступление (Mitchell, Wilson, MacKenzie, 2006). В некоторых учреждениях степень успеха может также быть ниже при параллельном потреблении заключенными с опиатной зависимостью крэка и кокаина, проблему которых программа МПТ не решает (Magura et al., 1993).

2.3.6. Положительное влияние на тюремную среду

В ряде исследований было продемонстрировано, что МПТ оказывает положительное

влияние на тюремную среду, делая заключенных более управляемыми, снижая их стремление найти наркотик, смягчая раздражительность, сокращая случаи насилия и тем самым упрочивая тюремную безопасность. (Wale, Gorta, 1987; Hume, Gorta, 1988; Herzog, 1993; Magura et al., 1993; Johnson et al., 2001). Например, одно из исследований установило, что заключенные, получающие МПТ, в отличие от соответствующей группы заключенных, не получающих МПТ, после начала терапии совершали значительно меньше серьезных внутритюремных проступков, связанных с наркотиками, и проводили значительно меньше времени в принудительной изоляции (- Johnson et al., 2001). Заключенные сообщили о положительном эффекте от предоставления ОЗТ в тюремных условиях как для себя лично, так и для тюрьмы в целом. В частности, согласно их сообщениям, они прекратили потреблять героин и думать о нем, ощущали меньшую склонность к агрессии, вели себя спокойнее, расслабились, стали лучше выглядеть, больше думать и понимать; кроме того, в тюрьме снизилось потребление наркотиков и торговля ими, сократились случаи избиений и вымогательств и в целом стало спокойнее (- Wale, Gorta, 1987).

Хотя изначально выражалась озабоченность проблемами безопасности, насилия и широкой подпольной торговли метадонами, исследования показали, что ни одна из этих проблем после внедрения программ МПТ в тюрьмах не возникла (Bertram, 1991; Wale, Gorta, 1987; Magura et al., 1993; Herzog, 1993; Heimer et al., 2005). Joseph et al. (1989) предположили, что отсутствие серьезных проблем с дисциплиной среди заключенных, получающих МПТ, можно отнести на счет режима лечения метадонами, который снимает не только острые симптомы отмены наркотика, но также физический голод или тягу, сопутствующие отмене героина. В одном исследовании 86 % тюремного персонала заявили, что, по их мнению, программа МПТ приносит пользу отдельному человеку, тюрьме и обществу в целом (- Hume и Gorta, 1988). Сотрудники службы режима видят полезность программы в том, что она помогает контролировать в тюрьме героиную зависимость и устраняет проблему подпольной торговли метадонами, обеспечивая официальную его доступность.

2.4. О каких других значимых результатах сообщается в литературе?

2.4.1. Экономическая эффективность тюремной ОЗТ

Будучи реализуемы среди гражданского населения, программы ОЗТ доказали свою экономическую эффективность, положительно воздействуя на самые разные аспекты, в том числе на преступность и инфицирование ВИЧ. В первом опубликованном исследовании экономической эффективности тюремных метадоновых программ Warren и Viney (2004; см. также Warren, Viney, Shearer et al., 2006) утверждают, что эти программы выгодно отличаются от метадоновых программ, реализуемых вне тюрем, хотя бы своей стоимостью. Как показывает анализ, независимо от того, включена стоимость предотвращенных инфекций или нет, достаточно сократить срок повторных тюремных заключений всего лишь дней на 20, чтобы компенсировать ежегодные расходы на метадоновое лечение в тюрьмах Нового Южного Уэльса.

2.4.2. ОЗТ с применением бупренорфина

Хотя имеется достаточно данных об МПТ в тюрьмах и растет число данных по предоставлению бупренорфиновой поддерживающей терапии (БПТ) представителям гражданского населения, применение бупренорфина в тюремных условиях исследовано слабо (Larney, Mathers, Dolan, 2006).

Shearer, Wodak и Dolan (2004) сравнили БПТ с другими видами лечения опиатной зависимости и установили, что удержание в лечении при контроле через шесть месяцев для БПТ было ниже, чем для МПТ (30 % против 59 %). В исследовании было отмечено, что на первом этапе значительной проблемой стало попадание бупренорфина в незаконный оборот. Однако было также отмечено, что, по мере совершенствования протоколов наблюдений за дозировкой, ситуация улучшилась.

Reynaud-Maurupt et al. (2005) не смогли продемонстрировать влияние высоких доз бупренорфина на здоровье заключенных и их жизнь в условиях лишения свободы. Однако заключенные, получающие БПТ, отличались от представителей контрольной группы по нескольким параметрам: трудовая биография первых до заключения была менее стабиль-

ной, а их история наркопотребления и судимостей - более серьезной.

Поскольку данные по БПТ в тюрьмах ограничены, необходимо продолжить исследования применения БПТ, включая разработку протоколов наблюдения за дозировкой и профилактику попадания бупренорфина в незаконный оборот (Larney, Mathers, Dolan, 2006), и уделить внимание трудностям начального этапа. Многие из продемонстрированных преимуществ тюремной ОЗТ с применением метадона можно будет также отнести и к ОЗТ с бупренорфином при соответствующем контроле приема препарата. Однако лишь дальнейшие исследования смогут подсказать, как лучше преодолеть потенциальные трудности начального периода и контроля.

2.4.3. Применение налтрексона

В Австралии была проведена оценка применения в тюрьме налтрексона в рамках контролируемого сравнения с МПТ и консультированием при полном отказе от наркотиков. Оценка выявила весьма слабое желание заключенных участвовать в программе и низкий уровень удержания в ней при использовании орального налтрексона, а не метадона. Исследованию не удалось повторить успех проекта с участием условно освобожденных лиц в США (Cornish et al., 1997) или программ освобождения из-под стражи на время работы в Сингапуре (Chan, 1996). Согласно авторам оценки, «наиболее вероятной причиной этого является тот факт, что заключенных не принуждали и не стимулировали становиться участниками программ поддерживающей терапии налтрексоном и оставаться в этих программах. При отсутствии таких стимулов опиатно-зависимые заключенные отдали предпочтение лечению агонистами, включая метадон и бупренорфин» (Shearer, Wodak, Dolan, 2004).

2.4.4. Применение диаморфина

В рамках научных исследований, призванных оценить эффективность заместительной терапии с применением диаморфина (или героина), был реализован проект медицинского назначения героина в тюрьме Швейцарии. Kaufmann, Dreifuss и Dobler-Mikola (1997/98; см. также Dobler-Mikola, Kaufmann, 1997) пришли к выводу, что назначение героина для приема под медицинском контролем в тюрьмах реально.

2.4.5. Детоксикация в тюрьме

Детоксикация - это снятие симптомов абстиненции, вызванных прекращением приема наркотика, от которого существует зависимость. Хотя сам по себе данный метод не является формой лечения наркозависимости, «оказание наркозависимому человеку помощи в безопасном освобождении от зависимости при минимальном дискомфорте или угрозе для здоровья может открыть клиницистам дальнейшие перспективы в предоставлении услуг по снижению вреда или лечению наркозависимости» (Larney, Mathers, Dolan, 2006).

Литературы, детально описывающей или оценивающей протоколы детоксикации среди гражданского населения или в тюремных условиях, недостаточно. Однако детоксикация в тюрьме не должна отличаться от детоксикации на свободе. Синдром отмены можно лечить разными способами. Все определяется видом наркотика (или наркотиков), от которого существует зависимость. Медицинское вмешательство с назначением, например, короткого курса метадона, может помочь в процессе детоксикации, облегчить симптомы абстиненции и снизить тревожность, особенно в случае опиоидной зависимости. С другой стороны, детоксикация может осуществляться без использования медицинских препаратов, а лишь с применением методов психологической поддержки и помощи (там же).

В нескольких исследованиях была проанализирована эффективность программ детоксикации в тюремных условиях с назначением короткого курса метадона (Jeanmonod, Harding, Staub, 1991) или лофексидина (Howells et al., 2002). Было установлено, что лофексидин сопоставим с метадоном по эффективности в лечении синдрома отмены и является приемлемой альтернативой детоксикации с применением опиатов. Никаких исследований, в которых изучалось бы применение в тюрьме бупренорфина для оказания помощи при абстиненции, не публиковалось.

Crowley (1999) проанализировал воздействие программы детоксикации, которая осуществлялась в ирландской тюрьме. Программа включала в себя десятидневный курс детоксикации метадоном и шестинедельный модуль интенсивной реабилитации. Уровень рецидива при контроле через 12 месяцев составил 78 %, и был зарегистрирован высокий показате-

ль смертности после освобождения. Crowley предположил, что многих участников программы детоксикации можно было бы пролечить более адекватно, если бы им позволили продолжать программу МПТ, которую они начали до заключения в тюрьму. Это согласуется с результатами оценки, выполненной Новозеландским управлением исправительных учреждений (Hannafin, 1997), и качественного исследования, предпринятого Hughes (2000), который изучал мнения ПИН и их опыт детоксикации в английских тюрьмах. Hughes сообщал, что заключенные часто бывали вынуждены прервать курс МПТ, начатый на свободе, и это влекло за собой не только физические, психологические проблемы и возросший риск, но и рост инъекционного потребления наркотиков, использование нестерильного инъекционного инструментария и, как следствие, передачу парентеральных инфекций. Это согласуется с существующими количественными данными (например, Shewan et al., 1994; Darke et al., 1998), решительно указывающими на то, что вместо детоксикации заключенных, которым был назначен курс МПТ, тюремные системы должны позволить им продолжать лечение без прерыва.

2.5. Выводы и рекомендации

Существует множество научных свидетельств того, что ОЗТ, проводимая среди гражданского населения, является наиболее эффективной из имеющихся форм лечения опиоидной зависимости и важным элементом усилий по профилактике распространения ВИЧ-инфекции среди ПИН.

Не так давно в рамках пока небольшого, но растущего числа исследований были получены значимые результаты, касающиеся эффективности тюремных МПТ в плане снижения инъекционного потребления наркотиков в тюрьмах и достижения других полезных результатов. Применение же БПТ в тюремных условиях, напротив, исследовано слабо. Эффективность и приемлемость МПТ для тюрем была продемонстрирована в исследованиях, проводившихся в Австралии, Западной Европе, Канаде, США и Иране. Хотя доказательная база применения МПТ в тюрьмах все еще опирается на сравнительно небольшое число исследований, результаты этих исследований отражают имеющуюся инфор-

мацию о применении МПТ среди гражданского населения. В частности:

1. Есть данные о том, что ОЗТ с метадонном может осуществляться в самых разных тюремных условиях.

За прошедшее десятилетие применение ОЗТ в тюремных условиях расширилось. Несмотря на то, что количество систем, предоставляющих заключенным ОЗТ, вне Австралии, Канады и Западной Европы остается незначительным, все больше стран в других регионах, включая малообеспеченные, внедряют ОЗТ. И хотя выражались сомнения относительно возможности реализации ОЗТ в тюремных условиях, опыт показывает, что возникающие трудности преодолимы.

2. Адекватные тюремные программы ОЗТ эффективно снижают инъекционное потребление наркотиков, а также сопутствующие ему использование нестерильного инъекционного инструментария и передачу инфекций.

Данные растущего числа исследований, проведенных в разных странах, и обобщение изложенной в обширной литературе информации по аналогичным программам, реализуемым среди гражданского населения, позволяют сделать вывод о том, что адекватные тюремные программы ОЗТ эффективно снижают инъекционное потребление наркотиков и сопутствующее ему использование нестерильного инъекционного инструментария. В частности, если принять во внимание известное воздействие адекватной ОЗТ на уровни заболеваемости и распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН - представителей гражданского населения (например, Ward et al., 1992), можно предположить, что риск передачи ВИЧ и других парентеральных вирусов среди заключенных также снизится. Программы ОЗТ особенно важны там, где другие меры профилактики, такие как программы обеспечения иглами и шприцами, в тюрьмах не реализуются.

3. Было продемонстрировано, что адекватные тюремные программы ОЗТ имеют дополнительные выгоды для здоровья участвующих в них заключенных, а также для тюремных систем и общества в целом.

В частности, исследования установили, что:

- удержание в программах ОЗТ ассоциируется со снижением смертности;

- в отличие от программ детоксикации, тюремные ОЗТ в значительной мере содействуют обращению за лечением и продолжению лечения после освобождения;
- повторное тюремное заключение менее вероятно среди заключенных, которые получают адекватную ОЗТ в период нахождения в тюрьме;
- ОЗТ оказывает положительный эффект на поведение в тюрьме, уменьшая стремление к поискам наркотика и усиливая тюремную безопасность;
- изначально тюремные администрации нередко выражали беспокойство по поводу возможного насилия и попадания метадона в незаконный оборот, но в ходе реализации программ ОЗТ эти проблемы не возникали,
- как заключенные, так и тюремный персонал сообщают о положительном воздействии ОЗТ на тюремную жизнь.

4. ОЗТ может помочь в снижении риска смерти от передозировки после освобождения.

Многие заключенные вновь начинают потреблять инъекционные наркотики после выхода из тюрьмы, но при этом подвергаются повышенному риску умереть от передозировки из-за снижения толерантности к опиатам. Во множестве исследований отмечалось большое число смертей в течение первых недель после выхода на свободу, связанных с передозировкой наркотиков. Это указывает на полезность и необходимость лечения зависимости на протяжении всего срока тюремного заключения в целях недопущения подобных рискованных ситуаций и подчеркивает значимость ОЗТ не только как стратегии профилактики ВИЧ-инфекции в тюрьмах, но и как стратегии снижения числа смертей от передозировки после освобождения.

5. Необходима выработка стратегий обеспечения преемственности в лечении потребителей опиоидов по мере их перемещения между обществом и тюремными системами.

Имеются данные о том, что лица, получавшие ОЗТ и вынужденные затем отказаться от нее после заключения в тюрьму, часто возвращаются к потреблению наркотиков, часто в пределах тюремной системы и часто - инъекционным способом. Отсутствие преемственности

между клинической практикой на свободе и в тюрьме сводит на нет пользу от ОЗТ для отдельных людей и общества в целом.

6. Предоставление ОЗТ в тюрьмах приобретает еще большую важность с учетом ее роли в обеспечении антиретровирусной терапией тех, кто потребляет наркотики инъекционным путем.

Многие ВИЧ-положительные ПИН попадают в тюрьму и должны иметь возможность получать там как опиоидную заместительную, так и антиретровирусную терапию без перерыва, включая переходный период от свободы к тюремному заключению и наоборот.

Поэтому рекомендуется следующее:

1. Тюремные администрации в странах, где ОЗТ предоставляется гражданскому насе-

лению, должны срочно внедрять программы ОЗТ и распространять их как можно скорее. Особые усилия следует направить на то, чтобы заключенные, получавшие ОЗТ до лишения свободы, могли без перерыва продолжить лечение в тюрьме.

Общий успех оцененных тюремных программ ОЗТ и другие имеющиеся данные убедительно свидетельствуют о том, что реализация ОЗТ в тюремных условиях возможна и что при адекватной дозировке и предоставлении лечения в течение всего срока заключения, а также после освобождения, эти программы снижают инъекционное потребление наркотиков, использование нестерильного инъекционного инструментария и, как следствие, риск передачи ВИЧ и других парентеральных инфекций. Это означает, что аналогичные программы полезны в любой стране, где ОЗТ доступна для гражданского населения.

3. Данные об эффективности других видов лечения наркозависимости в тюремных условиях

3.1. Общая информация

Как и в исследованиях, проводившихся вне тюрем, в исследованиях, изучавших важность лечения наркозависимости как стратегии профилактики ВИЧ-инфекции в тюрьмах, основное внимание уделялось ОЗТ. Большинство исследований, посвященных другим видам лечения наркозависимости, даже не измеряли воздействие лечебных программ на наркопотребление после освобождения (не говоря уже о наркопотреблении в тюрьмах), концентрируясь вместо этого только на рецидивизме (Mitchell, Wilson, MacKenzie, 2006; Mitchell, MacKenzie, Wilson, в печати). К тому же большинство исследований по другим видам лечения наркозависимости проводились в США и нескольких других развитых странах (там же).

В целом, сравнительно мало тюремных лечебных программ стали предметом строгой оценки их результативности (Weekes, Thomas, Graves, 2004; Smeeth, Fowler, 1990; MacKenzie, 1997; Harrison et al., 2003; Mitchell, Wilson, MacKenzie, 2006; Mitchell, MacKenzie, Wilson, в печати). Многие из существующих исследований характеризуются как проблемные (Gaes et al., 1999). К числу проблем относятся неверное толкование статистических данных, неясные или непоследовательные критерии отбора участников, исключение из исследования заключенных, которые не смогли закончить программу, исключение заключенных, которые были удалены из программы за потребление наркотиков и т.д. «Совокупный эффект от этих методологических проблем заключается в смещении данных в сторону положительного результата» (Weekes, Thomas, Graves, 2004).

3.2. Свидетельства эффективности

Самый последний и самый тщательный систематический обзор вопросов лечения наркозависимости в тюрьмах, проведенный с применением методов метааналитического синтеза, касался следующих исследовательских вопросов (Mitchell, Wilson, MacKenzie, 2006):

- Эффективны ли тюремные программы лечения наркозависимости в снижении рецидивизма и наркопотребления?

- Какова приблизительная эффективность этих программ?
- Существуют ли конкретные виды программ лечения наркозависимости, которые особенно эффективны или неэффективны?
- Какие свойства отличают эффективные программы от неэффективных?

В обзоре делается следующий вывод: несмотря на то, что существующие исследования явным образом свидетельствуют об эффективности некоторых программ, «отсутствует достаточное понимание того, какие конкретно компоненты программ лечения являются наиболее важными и какая комбинация этих компонентов наиболее эффективна». Кроме того, еще раз подчеркивается, что большинство исследователей предпочли не измерять воздействие программ на наркопотребление, и это «серьезный недостаток, поскольку многие из таких программ опираются на предпосылку, что лечение наркозависимости ведет к снижению наркопотребления».

Ниже приводится краткое обобщение данных, которое базируется на систематическом обзоре, выполненном Mitchell, Wilson и MacKenzie, и на других, ранее опубликованных обзорах (Pearson, Lipton, 1999; Harrison et al., 2003; Weekes, Thomas, Graves, 2004). Более детальный обзор и анализ приводятся в разд. «Свидетельства эффективности других видов лечения наркозависимости» доклада «Эффективность мер по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах».

3.2.1. Программы терапевтических сообществ

Наиболее последовательные данные об эффективности лечения связаны с оценками программ терапевтических сообществ (Lipton, 1995; Pearson, Lipton, 1999; Lurigio, 2000; Mitchell, Wilson, MacKenzie, 2006). Эти программы постоянно демонстрируют снижение рецидивизма и наркопотребления после освобождения. Кроме того, программы ТС доказали свою эффективность на нескольких различных типах выборок (например, только женщины, только мужчины, взрослые), что свидетельствует о возможности их применения в работе с широким кругом заключенных. ТС,

которые сочетали лечение в тюрьме с обязательным уходом/поддержкой после освобождения, продемонстрировали повышенную эффективность в снижении уровня повторных правонарушений. Однако в большинстве исследований не замерялось воздействие программ ТС на наркопотребление (Mitchell, Wilson, MacKenzie, 2006). Кроме того, публикациям свойственна тенденциозность, ведущая к явной переоценке эффективности данных программ (там же). Наконец, программы ТС могут оказаться наименее экономичным вариантом лечения наркозависимости (Harrison et al., 2003)

3.2.2. Программы учебных лагерей

Ни в одном обзоре программ лечения наркозависимости в тюрьмах не было найдено каких-либо свидетельств того, что участие в программах учебных лагерей снижает уровень рецидивизма или наркопотребления (Pearson, Lipton, 1999; Mitchell, Wilson, MacKenzie, 2006).

3.2.3. Программы консультирования

Данные, касающиеся программ консультирования, указывают на то, что эти программы эффективно снижают уровень повторных правонарушений, но не наркопотребления, особенно когда речь идет о взрослых или женщинах. Строго добровольные программы оказались эффективнее других. Однако наиболее убедительные свидетельства эффективности этих программ были получены в ходе оценок, которые представляются методологически слабыми. Кроме того, те немногие оценки, которые рассматривали воздействие программ консультирования на уровень наркопотребления, в целом не сумели показать, что участие в этих программах снижает уровень наркопотребления (Mitchell, Wilson, MacKenzie, 2006).

3.2.4. Лечение после освобождения

Было признано, что лечение после освобождения имеет особенное значение для снижения риска рецидива и дальнейшей преступной деятельности среди наркозависимых заключенных (Mitchell, Wilson, MacKenzie, 2006, 2004, со ссылкой на Porporino et al., 2002). Несколько исследований демонстрируют, что эффективная помощь после освобождения очень важна для поддержания позитивных результатов, достигнутых при лечении наркозависимости в тюрьме (Fox, 2000; Ward, 2001);

это в равной степени относится и к малообеспеченным странам (Иран: Babaei, Afshar, 2004).

Помимо необходимости лечения наркозависимости, многие освобожденные из тюрем сталкиваются с финансовыми трудностями, отсутствием жилья и даже психическими проблемами. Они могут выйти на свободу и вернуться либо в семью, где не найдут адекватной поддержки, либо даже в крайне неблагополучную семью и к бывшим друзьям. По этой причине помощь после освобождения не может ограничиваться только лечением наркозависимости. Соответствующие службы должны практиковать целостный подход и переориентироваться на использование опыта разработки и проведения успешных мероприятий по решению проблем с алкоголем и наркотиками (Burrows et al., 2000). Belenko и Pleugh (1998) предлагают следующее:

... в течение нескольких месяцев до освобождения персонал тюрьмы и представители службы надзора за условно-досрочно освобожденными лицами должны оказать содействие наркозависимым заключенным в планировании дальнейшего лечения, выявить другие потребности и определить соответствующие службы по месту жительства, которые помогут эти потребности удовлетворить. Освобожденным заключенным могут, например, понадобиться жилье без наркотиков, обучение грамоте, просвещение по вопросам ВИЧ/СПИДа, устройство на работу, долгосрочная помощь для профилактики рецидива и социальная поддержка. Службы надзора за условно освобожденными должны обеспечить всестороннюю индивидуальную опеку и контроль, следя за тем, чтобы освобожденные были направлены в надлежащие службы и чтобы, при необходимости, их стимулировали на продолжение лечения.

3.2.5. Мероприятия для женщин, представителей этнических меньшинств и несовершеннолетних

В литературе отмечается, что нужны особые модели помощи для женщин (Zurhold, Stöver, Haasen, 2004; Ashley, Marsden, Brady, 2003), представителей этнических меньшинств и

несовершеннолетних. Хотя основные концепции и методики лечения относительно универсальны и могут использоваться при работе с указанными группами, по своему дизайну и структуре лечебные программы для них могут существенно отличаться от программ, разработанных для взрослых заключенных мужского пола (Weekes, Thomas, Graves, 2004). Заключенные женского пола, потребляющие наркотики, зачастую имеют потребности, отличные от потребностей заключенных мужского пола (Peugh, Belenko, 1999). Пути, приведшие женщин к проблемному наркопотреблению, причины, по которым они продолжают потреблять наркотики на проблемном уровне, последствия для здоровья, а также способы и мотивы обращения за помощью в значительной мере отличают их от мужчин-заключенных (Weekes, Thomas, Graves, 2004, со ссылкой на National Centre on Addiction and Substance Abuse, 2003; Cormier, Dell, Poole, 2003; Canadian Human Rights Commission, 2003).

Техники конфронтации, управления гневом, групповой работы и другие лечебные методики, разработанные для мужчин, могут не соответствовать потребностям женщин. Часто имеющийся опыт сексуального насилия, низкая самооценка и другие эмоциональные сложности среди проблемных наркопотребителей женского пола могут привести к неэффективности и даже вредности указанных подходов. Welle, Falkin и Janchill (1998) считают, что методы лечения наркозависимости у женщин-заключенных, опирающиеся на половые различия (которые предполагают, в частности, пережитое жестокое обращение, наличие проблем во взаимоотношениях и опыт воспитания детей), могут оказаться более эффективными в снижении уровней рецидива и рецидивизма.

3.3. Выводы и рекомендации

1. Существует мало данных относительно эффективности использования других видов лечения наркозависимости для профилактики ВИЧ-инфекции.

В отличие от ОЗТ, другие виды лечения наркозависимости, внедрявшиеся в тюрьмах, как правило, не ставили одной из своих целей профилактики ВИЧ-инфекции. На самом деле лишь немногие исследования, касавшиеся

других видов лечения наркозависимости в тюремных условиях, оценивали их влияние на наркопотребление среди клиентов, особенно на наркопотребление в тюрьме. Поэтому данных об эффективности этих видов лечения в деле профилактики ВИЧ-инфекции очень мало. Необходимо срочно изучить их эффективность как мер в ответ на ВИЧ.

2. Качественное, адекватное и доступное лечение может усилить тюремную безопасность, улучшить здоровье и социальное функционирование заключенных, а также снизить уровень повторных правонарушений при условии непрерывности лечения и поддержки, помощи после освобождения и удовлетворения индивидуальных потребностей заключенных, в том числе женщин, несовершеннолетних и представителей этнических меньшинств.

Такое лечение в тюремных условиях может оказаться эффективным и снизить уровень наркопотребления в местах заключения и после освобождения. Учитывая тот факт, что у многих заключенных имеются серьезные проблемы с запрещенными наркотиками, было бы неэтично не воспользоваться той возможностью, которую предоставляет лишение свободы в плане лечения и реабилитации (Harrison et al., 2003; Brooke et al., 1998; Keene, 1997; Maden, Swinton, Gunn, 1992). Однако существует острая необходимость в независимой и систематической оценке результатов подобных мероприятий, а также в изучении их влияния на снижение инъекционного потребления наркотиков и использование нестерильного инъекционного инструментария.

3. Помощь после освобождения очень важна. Эффективная помощь после освобождения очень важна для получения долгосрочных «дивидендов» от инвестиций в лечение, начатое в тюремных условиях. Эта помощь не должна ограничиваться содействием в продолжении лечения от наркозависимости на свободе; она также должна включать в себя социальную поддержку.

4. Кроме того, приоритетом должно стать снижение числа людей, находящихся в тюрьме или в центрах принудительного лечения и реабилитации из-за проблем, связанных с потреблением наркотиков. Злоупотребление лишением наркопотребителей свободы вызывает особую озабочен-

ность. Во многих странах значительную долю тюремного контингента составляют те, кто получил срок за правонарушения, непосредственно связанные с их наркозависимостью (- т.е. попавшие в тюрьму за хранение небольших доз наркотиков для личного употребления, а также за мелкие правонарушения, напрямую связанные с необходимостью удовлетворения тяги к наркотикам).

Заключение в тюрьму большого числа наркопотребителей повышает вероятность потребления наркотиков, сопутствующих ему опасных методов инъекционного потребления, а также риск внутритюремной передачи ВИЧ-инфекции. Исследования показали, что страх ареста и карательных санкций не является значимым фактором при принятии решения о потреблении наркотиков или отказе от них; что существует слабая корреляция между уровнями лишения свободы и распространенностью наркопотребления в конкретных странах или городах; что воздействие силовых мер на цены гораздо слабее, чем воздействие других рыночных факторов (Bewley-Taylor, Trace, Stevens, 2005).

Действия по сокращению тюремной популяции и снижению переполненности тюрем должны сопутствовать - и рассматриваться в качестве неотъемлемого элемента - комплексной стратегии профилактики распространения ВИЧ-инфекции, улучшения медицинской помощи и условий существования в тюрьмах. Эти действия должны включать разработку стратегий, не предполагающих лишения наркопотребителей свободы, и постановку на государственном уровне задач по снижению переполненности тюрем в целом.

Многие из проблем, связанных с ВИЧ-инфекцией и наркопотреблением в тюрьмах, могли бы быть смягчены при наличии и доступности альтернатив лишению свободы, особенно для наркозависимых. Еще в 1987 г. в заявлении ВОЗ, сделанном после первой консультации по вопросу профилактики и контроля ВИЧ-инфекции в тюрьмах, было высказано пожелание, чтобы «... правительства пересмотрели свою политику направления в исправительные учреждения, особенно если это касается наркопотребителей, в свете эпидемии ВИЧ/СПИДа и ее воздействия на тюрьмы» (WHO, 1987).

В связи с этим рекомендуется следующее:

1. В дополнение к ОЗТ тюремные ведомства должны также обеспечить предоставление других вариантов лечения наркозависимости заключенным с проблемным наркопотреблением, особенно в случаях проблемного потребления других веществ, таких как амфетамины и кокаин. Однако, в отличие от ОЗТ, данных об эффективности других видов лечения наркозависимости для профилактики ВИЧ-инфекции существует мало. Оценка эффективности этих видов лечения с точки зрения снижения уровня инъекционного потребления наркотиков и использования нестерильного инъекционного инструментария должна стать частью новых инициатив по лечению наркозависимости.

2. Тюремные власти должны уделить особое внимание доступности лечения и услуг по социальной поддержке для заключенных после освобождения. Имеющиеся свидетельства указывают на то, что лечение наркозависимости в тюрьме может оказаться малополезным, если отсутствует эффективная помощь после освобождения.

3. Государства должны подтвердить и закрепить принцип предоставления лечения, обучения и реабилитации как альтернативу тюремному заключению и наказанию за правонарушения, связанные с наркотиками. В настоящее время многие страны тратят значительные средства на заключение и длительное содержание наркозависимых людей в местах лишения свободы. Подобный подход связан с очень высокими уровнями рецидива вскоре после освобождения. Свидетельства экономической эффективности такого подхода отсутствуют.

4. Данные об эффективности других мер по снижению доступности наркотиков и спроса на них: отделения «без наркотиков» и программы анализа мочи

4.1. Общая информация

4.1.1. Отделения «без наркотиков»

В дополнение к предоставлению лечения наркозависимости все большее число тюремных систем создают отделения «без наркотиков»; среди них все 15 «старых» государств - членов ЕС и большинство «новых» членов ЕС (EMCDDA, 2005), четыре из восьми юрисдикций Австралии (Black, Dolan, Wodak, 2004), Канадская федеральная тюремная система (Grant, Varis, Lefebvre, 2005), а также несколько федеральных исправительных учреждений и исправительных учреждений штатов в США (Peters, Steinburg, 2000).

Как правило, отделения, или крылья, «без наркотиков» (также известные как контрактные отделения или отделения интенсивной поддержки) представляют собой обособленные жилые блоки в пределах тюрьмы, имеют своей целью ограничение доступности наркотиков и содержат заключенных, добровольно согласившихся подписать контракт, в котором они принимают на себя обязательство совсем не потреблять наркотики. Эти заключенные могут иметь проблемы с потреблением наркотиков или не иметь их; они могли также согласиться на дополнительное тестирование на наркотики и проведение обыска. В некоторых случаях в таких отделениях установлен лишь запрет на наркотики, что обеспечивается более строгими мерами досмотра. В других системах практикуется многосторонний подход, сочетающий запретительные меры с лечением.

Согласно исследованиям, многие заключенные считают, что тюремная среда не поддерживает тех, кто стремится воздержаться от потребления наркотиков (Swann, James, 1998). Создание отделений «без наркотиков» служит признанием того факта, что, по различным причинам (часто - по причине общей распространенности наркопотребления), те, кто не потребляет наркотики или пытается воздержаться от их потребления, могут столкнуться со значительными трудностями и нуждаются в дополнительной поддержке и возможности проживать в условиях, когда другие заключенные также согласны на режим полной недоступности наркотиков (EMCDDA, 2003).

Отделения «без наркотиков» способны помочь в профилактике распространения ВИЧ-инфекции в тюрьме, если приведут к снижению наркопотребления, особенно инъекционного.

4.1.2. Программы анализа мочи

В тюремных системах используется широкий спектр методов досмотра и конфискации с целью снижения доступности наркотиков. Меры по снижению доступности включают в себя самые разные мероприятия, в том числе: выборочные обыски в камерах, досмотр персонала и посетителей при входе/выходе, использование собак, натасканных на обнаружение наркотиков, и других технологий поиска наркотиков, меры периметральной защиты и программы анализа мочи, часто называемые также «программами обязательного тестирования на наркотики» (Weekes, Thomas, Graves, 2004; Hughes, 2000a).

Многие тюремные системы, особенно в странах с высоким уровнем доходов, придают большое и постоянно растущее значение этим мерам по снижению доступности наркотиков. В частности, анализ мочи был принят за правило в нескольких тюремных системах (MacPherson, 2004; Австралия, во всех юрисдикциях за исключением провинции Квинсленд: Black, Dolan, Wodak, 2004; Канадские федеральные тюрьмы: MacPherson, 2001; Великобритания: Select Committee on Home Affairs, 1999; Американские федеральные тюрьмы: Pellissier, Gaes, 2001).

Цель этих и других систем состоит в том, чтобы уменьшить потребление и спрос на наркотики в тюрьмах. Анализ мочи в сочетании с анкетными опросами среди заключенных используются также для оценки уровня нарко-

потребления (Her Majesty's Government, 1995) и уточнения целей лечебных программ и услуг (MacPherson, 2004).

Анализ мочи и другие меры запрета на наркотики не нацелены на противодействие распространению ВИЧ-инфекции в тюрьмах, но могут привести к незапланированным последствиям с точки зрения профилактики ВИЧ-инфекции и гепатита С. Меры запрета на наркотики способны помочь в профилактике ВИЧ-инфекции путем снижения доступности наркотиков и их инъекционного потребления в тюрьмах. В то же время они могут затруднить профилактическую работу. Например, была выражена озабоченность тем, что снижение доступности наркотиков и инъекционного инструментария в тюрьме может привести к повышенному риску распространения инфекций (Hughes, 2003). Реакция на обязательную проверку на наркотики также была неоднозначной (см., например, Gore et al., 1996; Bird et al., 1997; Edgar and O'Donnell, 1998; Hughes, 2000b).

Из всех мер, используемых для снижения доступности наркотиков, одна вызывала особенно жаркие споры в контексте борьбы с ВИЧ-инфекцией в тюрьмах: программы анализа мочи.

4.2. Данные, касающиеся отделений «без наркотиков»

Недавнее появление отделений «без наркотиков» внутри тюремных систем произошло несмотря на ограниченность научных данных (Grant, Varis, Lefebvre, 2005). Очень мало известно о долгосрочной эффективности этих отделений, а сами предлагаемые программы характеризуются широким разнообразием, и поэтому неизвестно, какие именно факторы способствуют созданию положительной реабилитационной обстановки (Larney, Mathers, Dolan, 2006).

4.2.1. Влияние на наркопотребление

В нескольких исследованиях было продемонстрировано, что заключенные в отделениях «без наркотиков» значительно меньше потребляют наркотики, чем другие заключенные (Австралия: Incorvaia, Kirby, 1997; Канада: Grant, Varis, Lefebvre, 2005), и что даже при усиленных досмотрах в таких отделениях выявляется меньше контрабанды, связанной с наркотиками (Grant, Varis, Lefebvre, 2005).

4.2.2. Мнения заключенных

Некоторые исследования свидетельствуют, что отделения «без наркотиков» привлекательны для многих заключенных (Великобритания: Johnson, Farren, 1996; Swann, James, 1998; Канада: Grant, Varis, Lefebvre, 2005). В ходе одного исследования была опрошена выборка из потребляющих и не потребляющих наркотики. Их попросили указать, какие виды поддержки должны предоставляться в рамках подобных отделений (Johnson, Farren, 1996): 72 % указали на необходимость иметь обученный персонал; 63 % упомянули консультирование «с глазу на глаз», 59 % - групповую поддержку, и 57 % - групповое просвещение/информирование.

4.2.3. Влияние на уровень рецидива правонарушений

Данные о влиянии отделений «без наркотиков» на уровень рецидива правонарушений остаются ограниченными и в определенной степени противоречивыми.

Два исследования, проведенные в Нидерландах (Breteler et al., 1996; Schippers et al., 1998), не смогли выявить каких-либо различий в уровне рецидива среди заключенных, проживавших в отделении «без наркотиков», и наркозависимых правонарушителей, проживавших в обычном тюремном отделении. С другой стороны, заключенные австрийской тюрьмы, вышедшие на свободу из отделения «без наркотиков», получали повторные сроки значительно реже, чем заключенные, освобожденные из обычных тюрем (EMCDDA, 2005).

В Канаде заключенные, вышедшие на свободу из отделения «без наркотиков», имели на 36 % меньшую вероятность возврата в тюрьму, чем правонарушители в контрольной группе сравнения, и чаще получали возможность освобождения по усмотрению соответствующих органов, а именно однодневное или полное досрочно-условное освобождение. Однако поскольку в ходе исследования оценивалась работа отделений «без наркотиков» на пяти пилотных участках, каждый из которых был весьма заинтересован в том, чтобы продемонстрировать высокую эффективность, авторы подчеркивают, что остается неясным, можно ли будет повторить достигнутый успех в рамках массового внедрения отделений «без наркотиков» (Grant, Varis, Lefebvre, 2005).

4.2.4. Другие результаты

В ходе канадского исследования было прочитано, что потенциальная экономия средств на одного участника отделения «без наркотиков» с учетом сокращения сроков нахождения в тюрьме благодаря досрочному освобождению и снижения вероятности повторного лишения свободы составит 8000 канадских долларов.

4.3. Выводы и рекомендации, касающиеся отделений «без наркотиков»

Имеются данные небольшого числа исследований, согласно которым так называемые отделения «без наркотиков» могут помочь заключенным снизить уровень наркопотребления во время нахождения в тюрьме. Такие отделения привлекательны для многих заключенных, в том числе и для тех, у кого нет проблем с наркотиками и кто желает жить в обстановке «без наркотиков». Однако эффективность таких отделений ни в коем случае не является установленным фактом (Larney, Mathers, Dolan, 2006). В частности, исследования ничего не говорят о том, привлекательны ли такие отделения для наиболее проблемных наркопотребителей, в частности для ПИН, и удастся ли их там удержать.

В связи с этим рекомендуется следующее: Тюремные системы должны предоставить заключенным право выбирать проживание в обстановке «без наркотиков».

Поскольку в настоящее время отсутствуют какие-либо данные об эффективности отделений «без наркотиков» как средства профилактики ВИЧ-инфекции, следует оценить их эффективность в привлечении и удержании ПИН, а также в снижении уровня инъекционного потребления наркотиков и использования нестерильного инъекционного инструментария. Следует также провести дальнейшие исследования с целью уточнения элементов программ, реализуемых в отделениях «без наркотиков», и их долгосрочного воздействия на наркопотребление и уровень рецидива правонарушений.

4.4. Данные, касающиеся программ анализа мочи

Обзор и анализ опубликованных и неопубликованных данных об эффективности программ анализа мочи были призваны найти ответы на следующие вопросы:

- 1) Снижают ли программы анализа мочи наркопотребление и связанный с ним риск ВИЧ-инфицирования среди заключенных?
- 2) Приносят ли программы анализа мочи другие заслуживающие внимания выгоды?
- 3) Имеются ли свидетельства каких-либо серьезных незапланированных негативных последствий?

4.4.1. Снижают ли программы анализа мочи наркопотребление и связанный с ним риск ВИЧ-инфицирования среди заключенных?

Когда английская тюремная система вводила программу обязательной проверки на наркотики, положительный результат тестирования в исправительных учреждениях снизился с 34 % в 1995 г. до 25 % в 1996 г. (Edgar, O'Donnell, 1998). Более свежие статистические данные показывают, что в период с 1997 по 2003 г.г. количество положительных результатов снизилось еще больше - с 24,4 % до 11,7 % (Weekes, Thomas, Graves, 2004). Однако наркопотребление среди заключенных ассоциировалось с рядом других факторов помимо анализа мочи. В результате трудно установить связь между сообщаемыми изменениями и их конкретными причинами.

Сообщалось также о снижении общего уровня положительных результатов тестирования в Канаде, где исходный уровень 34 % был выявлен в трех тюрьмах в ходе пилотной фазы тестирования методом случайной выборки в 1995 г. (McVie, 2001). Однако в исследовании 2001 г., проведенном Исправительной службой Канады, было установлено, что в период с 1996 г., когда программа была внедрена по всей стране, по 2000 г. уровень положительных результатов тестирования оставался в целом неизменным. В то же время значительно вырос процент заключенных, отказавшихся сдать анализ мочи в рамках проверки методом случайной выборки. В частности, в учреждениях наивысшего уровня безопасности показатель отказов увеличился с 16 % в 1996 г. до 29 % в 2000 г., хотя инструкции Исправительной службы Канады за отказ от

сдачи анализа мочи предусматривают такие же санкции, как и за положительный результат теста на наличие наркотиков. Высокий показатель отказов мог обусловить недооценку уровней наркопотребления (MacPherson, 2001).

Результаты исследований указывают на то, что эффективность программ анализа мочи в плане снижения наркопотребления может различаться в зависимости от вида наркотика и способа потребления. Масштабный опрос заключенных, проведенный в Англии и Уэльсе в 2001-2002 гг., показал, что обязательная проверка на наркотики, наряду с другими мерами по снижению спроса на наркотики и их предложения, существенно снизила потребление каннабиса в тюрьмах, но оказала лишь небольшое влияние на потребление героина (Singleton et al., 2005). Это согласуется с результатами другого исследования (-Edgar, O'Donnell, 1998), в котором 46 % потребителей каннабиса и лишь 13 % потребителей героина признались в том, что прекратили потреблять наркотики в ответ на обязательную проверку.

В ходе опросов заключенных и/или тюремного персонала меньшинство респондентов заявили, что обязательная проверка на наркотики является эффективной мерой сдерживания наркопотребления; большинство же предположили, что эта мера может немного снизить наркопотребление, но очень мало повлияет на потребление «тяжелых» наркотиков (Австралия: KPMG Consulting, 2000; Black, Dolan, Wodak, 2004; Канада: Correctional Service of Canada, 1996; Великобритания: MacDonald, 1997; Bullock, 2003; Scottish Prison Service, 2004). Многие заключенные полагают, что процедуру обязательной проверки на наркотики можно легко «обойти» (KPMG Consulting, 2000; Edgar, O'Donnell, 1998). В частности, заключенные могут использовать в своих интересах «удобный момент», который позволяет им потреблять наркотики без риска быть уличенными. Как показали обзоры программ в Англии и Канаде (MacPherson, 2001), если проверка не проводится или проводится не так часто, по выходным, заключенные могут в определенное время потреблять героин и другие наркотики с коротким периодом выявления, тем самым снижая риск обнаружения. К другим сообщаемым в исследованиях способам «ухода» от выявления относятся добавле-

ние мыла или других примесей в пробу мочи (-Hughes, 2000a). Заключенные также разбавляют мочу, выпивая различные количества жидкости перед тестированием на запрещенные наркотики (MacPherson, 2004).

4.4.2. Приносят ли программы анализа мочи другие выгоды?

Проверка на наркотики позволяет получить данные об уровнях наркопотребления в тюрьмах (Fraser et al., 2001), но этих результатов явно недостаточно. Для того чтобы оценить длительность потребления наркотиков заключенным, выявить наличие у него хронической проблемы или потребности в лечении, одного лишь тестирования мало. Анализ мочи на основе случайной выборки поможет выявить только отдельные случаи наркопотребления, но интерпретация таких результатов требует крайней осторожности, учитывая различные способы выявления разных типов наркотиков, психологию заключенного, частоту потребления и дозы потребляемого наркотика (MacPherson, 2004). Кроме того, количество протестированных обычно слишком незначительно, чтобы можно было проконтролировать тенденции в рамках конкретного тюремного учреждения, а информация слишком ненадежна в краткосрочной перспективе, чтобы служить основанием для принятия решений относительно будущей политики (-Gore et al., 1996).

Значимым с точки зрения профилактики ВИЧ-инфекции является следующий факт. Bird AG et al. (1997) оценили эффективность проверок на наркотики методом случайной выборки при выявлении заключенных, потребляющих героин инъекционным путем. Они пришли к выводу, что обязательная проверка на наркотики методом случайной выборки может выявить факт потребления заключенными героина в течение максимум 18 дней из 28, а если в выходные дни проверка не производится - то в течение 9 дней из 28. Потому здесь вполне возможна серьезная недооценка проблем потребления заключенными инъекционных наркотиков. Это было подтверждено проведенным в Англии и Уэльсе большим исследованием, которое показало, что корреляция между добровольными признаниями в потреблении наркотиков и уровнями положительных результатов тестирования была для потребителей опиатов ниже, чем для потребителей каннабиса (Singleton et al., 2005). Один

лишь отрицательный результат анализа мочи не может быть принят в качестве доказательства того, что заключенный не использовал кокаин или опиаты, которые из мочи относительно быстро исчезают. Это может означать только, что данный человек не потреблял наркотики в последние один-три дня.

4.4.3. Имеются ли свидетельства каких-либо серьезных незапланированных отрицательных последствий?

Переключение с каннабиса на опиоиды и другие наркотики

Часто утверждается, что реализация программ анализа мочи приведет к тому, что заключенные переключатся с марихуаны и гашиша, которые могут оставаться в моче долгое время - до пяти недель, на героин и кокаин, которые исчезают из мочи в течение одного-двух дней (героин, другие опиаты и производные морфина) или через один-четыре дня (кокаин), а потому их намного труднее обнаружить (MacPherson, 2001). С точки зрения профилактики ВИЧ-инфекции в тюрьмах такое переключение вызывает беспокойство, так как марихуану и гашиш курят, не рискуя инфицироваться ВИЧ, а героин и другие опиаты часто потребляют инъекционным путем с потенциально большими отрицательными последствиями для здоровья, включая передачу ВИЧ и других парентеральных инфекций.

В ходе ряда описательных обзоров и исследований от 28 % до 65 % заключенных сказали, что, по их мнению, программы анализа мочи действительно привели к переключению с каннабиса на менее выявляемые наркотики (Канада: Correctional Service Canada, 1996; Великобритания: MacDonald, 1997; Edgar, O'Donnell, 1998; Gore, Bird, Cassidy, 1999; Bullock, 2003; Hughes, 2000a). В одном из исследований сотрудники тюрьмы сообщили о заметном переключении с «легких» на «тяжелые» наркотики (MacDonald, 1997). В двух исследованиях небольшое число заключенных подтвердили, что они действительно переключились на героин, чтобы избежать обнаружения (Bullock, 2003; Edgar, O'Donnell, 1998).

Исследования, проведенные в Великобритании, выявили некоторые, хотя и ограниченные, свидетельства переключения на инъекционные наркотики (Gore, Bird, Ross, 1996; Farrell, Macauley, Taylor, 1998; Singleton et al.,

2005). В наиболее свежем и обширном из этих исследований было установлено, что 25 % заключенных прекратили потреблять каннабис в тюрьме; при этом 4 % из них, т.е. 1 % от всех заключенных, сказали, что начали потреблять другие наркотики, главным образом опиаты. Еще большая группа (5 % от всех заключенных) потребляли героин в ходе текущего тюремного срока, но не потребляли его в месяц, предшествующий заключению. Эта группа отметила, что причиной потребления ими героина стали его доступность и потребность в нем. Однако 16 % сказали, что потребляют героин из-за его меньшей выявляемости. Согласно исследованию, эти результаты указывают на то, что, «учитывая различия в статусе каннабиса и опиатов вне тюрьмы и различия в степени вреда, связанного с их потреблением, необходимо пересмотреть практику определения меры наказания без учета того, какие наркотики были выявлены в ходе тестирования, - каннабис или опиаты» (Singleton et al., 2005). С другой стороны, анализ данных тестирования мочи на основе случайной выборки в Канаде не выявил, за одним исключением (Kendall, Pearce, 2000), какого-либо общего роста положительных результатов тестов на опиаты или кокаин после начала реализации программ анализа мочи.

Другие потенциальные вредные последствия И заключенные, и персонал сообщают, что реализация программ проверки на наркотики влечет за собой рост напряженности и насилия в тюрьмах (Gore, Bird, Ross, 1996; MacDonald 1997, Edgar and O'Donnell, 1998). Несмотря на официальную политику, заключенные иногда воспринимали скрининг на основе анализа мочи не как анализ, проведенный методом случайной выборки, а как способ преследования конкретных заключенных (MacDonald 1997; Edgar, O'Donnell, 1998; Hughes, 2000a). Многие заключенные использовали такое слово как «смущение», описывая свои ощущения от процедуры анализа мочи, и заявили, что отмена привилегий и назначение свиданий, при которых не допускается прямой контакт с заключенными, может привести к недовольству системой, в которой человек ощущает себя бессильным и несправедливо обиженным (Hughes, 2000a). Такое отношение способно нивелировать цели программы тестирования (MacPherson, 2004), а санкции типа отмены визитов с прямым контактом как

наказание за положительный результат анализа мочи могут лишь усилить исходные поводы для потребления наркотиков (Crofts, 1997, со ссылкой на Crofts, 1996).

Отвлечение ресурсов

Некоторые авторы высказали мнение, что высокие затраты на программы анализа мочи не могут быть оправданы по причине ограниченности свидетельств того, что такие программы способны снижать уровни наркопотребления в тюрьмах (MacDonald, 1997; Kendall, Pearce, 2000; Hughes, 2000a; Hughes, 2003). Gore и Bird (1996) проанализировали стоимость обязательной проверки на наркотики и предложили альтернативные способы вложения этих средств.

В австралийском исследовании был сделан вывод, что «стратегии снижения доступности [специально обученные собаки и анализ мочи] оказались довольно дорогостоящими, не подвергались оценке и, возможно, имели незапланированные отрицательные последствия». В нем утверждается, что, «учитывая существенные вложения в программы снижения доступности плюс довольно плохое документирование, необходимо основной упор сделать на улучшение документирования и оценку стратегий снижения доступности» (Black, Dolan, Wodak, 2004).

4.5. Выводы и рекомендации, относящиеся к программам анализа мочи

1. Улучшение документирования и оценки мероприятий по снижению доступности должны стать приоритетом для тюремных систем, делающих значительные вложения в такие мероприятия.

Несмотря на то, что многие тюремные системы вкладывают значительные средства в усилия по снижению доступности, свидетельств, подтверждающих эффективность этих усилий в сокращении инъекционного наркопотребления или наркопотребления вообще, имеется мало. В частности, нет никаких свидетельств того, что эти усилия могут привести к менее рискованному в плане инфицирования ВИЧ поведению.

2. Тюремные системы, практикующие программы проверки на наркотики, должны пересмотреть свои позиции в отношении

анализа мочи на каннабис. Как минимум они должны четко разграничить меры наказания за положительные результаты тестов на каннабис и на опиаты.

Программы проверки на наркотики используются в ряде тюремных систем. Представители общественного здравоохранения выразили озабоченность тем, что эти программы могут повысить, а не снизить риск ВИЧ-инфицирования для заключенных. Имеются свидетельства того, что реализация таких программ способна внести определенный вклад в снижение спроса на каннабис в тюрьмах и его потребления. Однако такие программы оказывают незначительное влияние на потребление опиатов. На практике некоторые заключенные, стремясь избежать выявления факта потребления ими каннабиса в ходе проверки на наркотики, могут переключиться на потребление инъекционных наркотиков. Учитывая, что курение каннабиса не представляет риска в отношении передачи ВИЧ-инфекции, тогда как инъекционное потребление опиатов влечет за собой значительный риск ВИЧ-инфицирования, данные о том, что некоторые заключенные переключаются с каннабиса на более вредные инъекционные наркотики, вызывают беспокойство.

БИБЛИОГРАФИЯ

- Babaei A, Afshar P (no date) A study of the effects of after-care services on drug demand of drug users after leaving prison and their return rate. Tehran, Iran: Unpublished paper on file with author.
- Bayanzadeh SA et al. (no date). A study of the effectiveness of psychopharmacological intervention in reducing harm/high risk behaviours among substance user prisoners.
- Belenko S, Peugh J (1998). Fighting crime by treating substance abuse. *Issues in Science and Technology online*, Fall.
- Bertram S, Gorta A (1990a). *Views of recidivists released after participating in the NSW prison methadone program and the problems they faced in the community. Evaluation of the NSW Department of Corrective Services Prison Methadone Program. Study No 8*. Sydney: Research and Statistics Division, New South Wales Department of Corrective Services, Publication no 21.
- Bertram S, Gorta A (1990b). *Inmates' perceptions of the role of the NSW prison methadone program in preventing the spread of Human Immunodeficiency Virus. Evaluation of the NSW Department of Corrective Services Prison Methadone Program. Study No. 9*. Sydney: Research and Statistics Division, New South Wales Department of Corrective Services.
- Bertram S (1991). *Results of gaol urinalyses update: July - December 1989. Evaluation of the NSW Department of Corrective Services Prison Methadone Program. Study No. 10*. Unpublished report. Sydney: Research and Statistics Division, New South Wales Department of Corrective Services.
- Bird AG et al. (1997). Harm reduction measures and injecting inside prison versus mandatory drugs testing: results of a cross sectional anonymous questionnaire survey. *British Medical Journal*, 315(7099): 21-24.
- Bird SM, Hutchinson SJ (2003). Male drugs-related deaths in the fortnight after release from prison: Scotland, 1996-1999. *Addiction*, 98: 185-190.
- Black E, Dolan K, Wodak A (2004). *Supply, Demand and Harm Reduction Strategies in Australian Prisons: Implementation, Cost and Evaluation. A report prepared for the Australian National Council on Drugs*. Sydney: Australian National Council on Drugs.
- Boguña, J. In: O'Brien O (ed). *Report of the 3rd European Conference on Drug and HIV/AIDS Services in Prison*. Cranstoun Drug Services: London, 1997, at 68-70.
- Borrill J et al. (2003). Substance misuse among white and black/mixed race female prisoners. In: Ramsay M (ed). *Prisoners' drug use and treatment: seven research studies*. Home Office Research Study 267. London: Home Office Research, Development and Statistics Directorate.
- Boys A et al. (2002). Drug use and initiation in prison: results from a national prison survey in England and Wales. *Addiction*, 97(12): 1551-1560.
- Bradford Hill A (1965). The environment and disease: association or causation. *Proceedures of the Royal Society of Medicine*, 58: 295-300.
- Breteler MH et al. (1996). Brief Report. Enrolment in a Drug-Free Detention Program: The Prediction of Successful Behavior Change of Drug-Using Inmates. *Addictive Behaviors*, 21(5): 665-669.
- Brooke D et al. (1998). Substance misusers remanded to prison: a treatment opportunity? *Addiction*, 93(12): 1851-1856.
- Brookes M, Scott H (1997). Patterns of drug taking in prison in relation to voluntary and mandatory testing: Perceptions and test results. In: Stephenson GM, Clark NK (eds). *Proceedures in Criminal Justice: Contemporary Psychological Issues*, 63-70.
- Bullock T (2003). Changing levels of drug use before, during and after imprisonment. In: Ramsay M (ed). *Prisoners' drug use and treatment: seven research studies*. Home Office Research Study 267. London: Home Office Research, Development and Statistics Directorate.

- Bullock T (2003b). Key findings from the literature on the effectiveness of drug treatment in prison. In: Ramsay M (ed). *Prisoners' drug use and treatment: seven research studies*. Home Office Research Study 267. London: Home Office Research, Development and Statistics Directorate.
- Bureau of Justice Statistics (1995). *Drugs and Crime Facts, 1994: A Summary of Drug Data Published in 1994*. Rockville, MD: U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics.
- Burrows J et al. (2000). The nature and effectiveness of drugs throughcare for released prisoners. London: Home Office Research, Development and Statistics Directorate (Research Findings No. 109).
- Canadian HIV/AIDS Legal Network (2006). HIV/AIDS in Prisons in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union. Bleach and other disinfectants (Info sheet 5). Montréal: The Network.
- Canadian Human Rights Commission (2003). *Protecting Their Rights. A Systemic Review of Human Rights in Correctional Services for Federally Sentenced Women*. Ottawa: The Commission.
- Caplehorn JRM et al. (1994). Retention in methadone maintenance and heroin addicts' risk of death. *Addiction*, 89: 203-207.
- CASA (Centre on Addiction and Substance Abuse) (1998). *Behind bars: Substance abuse and America's Prison Population*. New York: Columbia University.
- Clarke S, Keenan E, Ryan M (2002). Directly observed antiretroviral therapy for injecting drug users with HIV. *The AIDS Reader* 12(305-7): 412-416.
- Cooper GA, Seymour A, Cassidy MT, Oliver JS (1999). A study of methadone in fatalities in the Strathclyde region, 1991-1996. *Med Sci Law*, 39: 233-242.
- Cormier RA, Dell CA, Poole N (2003). *Women and substance abuse problems*. Ottawa: Women's Health Surveillance Report, Canadian Institute of Health Information.
- Correctional Service Canada (1996). *1995 National Inmate Survey: Final Report*. Ottawa: CSC (Correctional Research and Development), No SR-02.
- Crofts N et al. (1996). Risk behaviours for blood-borne viruses in a Victorian prison. *Australia and New Zealand Journal of Criminology*, 29: 20-28.
- Crofts N (1997). A cruel and unusual punishment. Sentencing prisoners to hepatitis infection as well as to loss of liberty is a violation of human rights. *Medical Journal of Australia*, 166: 116.
- Crowley D (1999). The drug detox unit at Mountjoy prison - a review. *Journal of Health Gain*, 3(3).
- Daines N et al. (1992). Results of the study tour undertaken in May-June 1992 to the United States, Canada, The Netherlands and England to research correctional facilities in connection with the Metropolitan Remand Centre Project. NSW Department of Corrective Services, unpublished report.
- Darke S, Kaye S, Finlay-Jones R (1998). Drug use and injection risk-taking among prison methadone maintenance patients. *Addiction*, 93(8): 1169-75.
- Dolan K, Wodak A (1996). An international review of methadone provision in prisons. *Addiction Research*, 4(1): 85-97.
- Dolan, K et al. (1996b). Methadone Maintenance Reduces Injecting in Prison. *British Medical Journal*, 312: 1162.
- Dolan K, Wodak A, Hall W (1998). Methadone maintenance treatment reduces heroin injection in NSW prisons. *Drug and Alcohol Review*, 17(2): 153-158.
- Dolan K et al. (2002). *A Randomized Controlled Trial of Methadone Maintenance Treatment in NSW Prisons. Technical Report no 155*. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre.
- Dolan K et al. (2003). A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system. *Drug and Alcohol Dependence*, 72: 59-65.

Dolan K, Rutter S, Wodak A (2003). Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction*, 98, 153-158.

Dolan K et al. (2005). Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection. *Addictions*, 100(6): 820-828.

Dole VP et al. (1969). Methadone treatment of randomly selected criminal addicts. *N Engl J Med*, 280(25): 1372-1375.

Dowden C, Blanchette K (1999). *An Investigation into the Characteristics of Substance-Abusing Women Offenders: Risk, Need and Post-Release Outcome*. Ottawa: Correctional Service of Canada.

Drucker E et al. (1998). Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programmes and methadone maintenance on the ecology of HIV. (Review). *AIDS*, 12 (Suppl. A): S217-230.

Edgar K, O'Donnell I (1998). *Mandatory Drug Testing in Prisons: The Relationship Between MDT and the Level and Nature of Drug Misuse* (Home Office Research Study 189). London: Home Office.

EMCDDA (European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction) (2003). Treating drug users in prison - a critical area for health promotion and crime reduction policy. *Drugs in focus*, 7.

EMCDDA (European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction) (2005). The State of the Drugs Problem in Europe. *Annual Report 2005*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Community.

Farrell M et al. (2005). Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention. *International Journal of Drug Policy*.

Fazel S, Bains P, Doll H (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*, 101: 181-191.

Fischer B et al. (2002). Heroin-assisted treatment as a response to the public health problem of opiate dependence. *Eur J Public Health*, 12(3): 228-34.

Fox A (2000). Prisoners' Aftercare in Europe: A Four-Country Study. London: The European Network for Drug and HIV/AIDS Services in Prison & Cranstoun Drug Services.

Fraser AD et al. (2001). Experience with urine drug testing by the Correctional Service of Canada. *Forensic Science International* 121 (1-2): 16-22.

Gaes GG et al. (1999). Adult correctional treatment. In: Tonry M, Petersilia J (eds). *Prisons, Crime and Justice: A Review of Research, Volume 26*. Chicago: University of Chicago Press.

Gearing F & Schweitzer M (1974). An epidemiologic evaluation of long-term methadone maintenance treatment for heroin addiction. *American Journal of Epidemiology*, 100(2): 101-112.

Gore SM, Bird AG (1996). Cost implications of random mandatory drug tests in prison. *The Lancet*, 348: 1124-1127.

Gore SM, Bird AG, Ross A (1996). Mandatory drug tests and performance indicators for prisons. *British Medical Journal*, 312: 1411-1413.

Gore SM, Bird AG, Cassidy J (1999). Prisoners' views about the drugs problem in prisons, and the new Prison Service Drug Strategy. *Commun Dis Public Health*, 2(3): 196-197.

Gowing L, Cooke R, Biven A, Watts D (2002). *Towards Better Practice in Therapeutic Communities*. Bangalow: Australasian Therapeutic Communities Association.

Grant BA, Varis DD, Lefebvre D (2005). Intensive Support Units (ISU) for Federal Offenders with Substance Abuse Problems: An Impact Analysis. Ottawa: Correctional Service Canada, 2005.

Gruer L, Macleod J (1997). Interruption of methadone treatment by imprisonment [letter]. *British Medical Journal*, 314: 1691.

Hannafin J (1997). Treatment programmes in prison. *Alcohol & Drug Issues Ltd*, Department of Corrections: New Zealand.

Harding-Pink D (1990). Mortality following release from prison. *Med Sci Law*, 30(1): 12-16.

- Harrison L et al. (2003). *The Effectiveness of Treatment for Substance Dependence within the Prison System in England: A Review*. Canterbury: Centre for Health Services Studies.
- Heimer R et al. (2005). A pilot program of methadone maintenance treatment in a men's prison in San Juan, Puerto Rico. *Journal of Correctional Healthcare*, 11(3).
- Heimer R, Catania H, Newman RG, Zambrano J, Brunet A, Ortiz AM (2006). Methadone maintenance in prison: evaluation of a pilot program in Puerto Rico. *Drug Alcohol Depend*, 83(2): 122-129.
- Her Majesty's Government (1995). *Tackling Drug Use Together: A Strategy for England 1995-1998*. London: HMSO.
- Herzog C et al. (1993). Methadone substitution as an AIDS-preventive measures in the prison environment. Presented at the European Symposium Drug Addiction & AIDS, Siena, Italy, 4-6 October.
- Hiller ML, Knight K & Simpson D (1999). Prison-based substance abuse treatment, residential aftercare and recidivism. *Addiction*, 94(6): 833-842.
- Howells A et al. (2002). Prison-based detoxification for opioid dependence: a randomised double blind controlled trial of lofexidine and methadone. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(2): 169-176.
- Hughes RA (2000). «It's like having half a sugar when you were used to three» - Drug injectors' views and experiences of substitute prescribing inside English prisons. *International Journal of Drug Policy*, 10(6): 455-466.
- Hughes RA (2000a). Drug injectors and prison mandatory drug testing. *Howard Journal Of Criminal Justice*, 39(1): 1-13.
- Hughes RA (2003). Illicit drug and injecting equipment markets inside English prisons: a qualitative study. *Journal of Offender Rehabilitation*, 37(3/4): 47-64.
- Hume S, Gorta A (1988). *Views of key personnel involved with the administration of the NSW prison methadone program. Process evaluation of the NSW Department of Corrective Services Prison Methadone Program. Study No 5*. Unpublished report. Sydney: Research and Statistics Division, New South Wales Department of Corrective Services.
- Hume S, Gorta A (1989). *The effects of the NSW prison methadone program on criminal recidivism and retention in methadone treatment. Evaluation of the NSW Department of Corrective Services Prison Methadone Program. Study No 7*. Sydney: Research and Statistics Division, New South Wales Department of Corrective Services.
- Inciardi J et al (1997). An effective model of prison-based treatment for drug-involved offenders. *Journal of Drug Issues*, 27(2): 261-278.
- Incorvaia D, Kirby N (1997). A Formative Evaluation of a Drug-Free Unit in a Correctional Services Setting. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 41(3): 231-249.
- Jeanmonod R, Harding T, Staub C (1991). Treatment of opiate withdrawal on entry to prison. *Addiction*, 86(4): 457.
- Johnson G, Farren E (1996). An evaluation of prisoners' views about substance free zones. *Issues in Criminological & Legal Psychology*, 25: 30-38.
- Johnson SL, van de Ven JTC, Gant BA (2001). Research Report: Institutional Methadone Maintenance Treatment: Impact on Release Outcome and Institutional Behaviour [No R 119]. Ottawa: Correctional Service Canada.
- Jonson U (1995). Models of drug-free departments in Swedish prisons. *Drug Out in Prison: Measures Against Drug Abuse in Penal Institutions*, 43-47.
- Joseph H et al. (1989). Heroin addicts in jail. New York tries methadone treatment program. *Corrections Today*, 5: 124-131.

- Joukamaa M (1998). The mortality of released Finnish prisoners: a 7 year follow-up study of the WATTU project. *Forensic Sci Int*, 96(1): 11-19.
- Keene J (1997). Drug use among prisoners before, during and after custody. *Addiction Research*, 4(4): 343-353.
- Kendall P, Pearce M (2000). Drug testing in Canadian jails: to what end? *Canadian Journal of Public Health*, 91(1): 26-28.
- Kinlock TW, Battjes R J, Schwartz RP, & the MTC Project Team. (2002). A novel opioid maintenance program for prisoners: Preliminary findings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22: 141-147.
- KPMG Consulting (2000). *Review of Alcohol and Other Drug Services in New South Wales Correctional Centres and Juvenile Justice Centres: service evaluation*. Sydney: KPMG Consulting.
- Kreek MJ (2000). Methadone-related opioid agonist pharmacotherapy for heroin addiction. History, recent molecular and neurochemical research and future in mainstream medicine. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 909: 186-216.
- Langendam MW (2001). The impact of harm-reduction-based methadone treatment on mortality among heroin users. *American Journal of Public Health*, 91: 774-780.
- Larney S, Mathers B, Dolan K (2006). *Illicit drug treatment in prison: Detoxification, drug-free units, therapeutic communities and opioid substitution treatment*. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales.
- Lipton DS (1995). *The effectiveness of treatment for drug abusers under criminal justice supervision*. Washington, DC: National Institute of Justice.
- Lucas GM et al. (2004). Directly administered antiretroviral therapy in an urban methadone maintenance clinic: a nonrandomized comparative study. *Clinical Infectious Diseases*, 38:S409-413.
- Lynes D (1989). Methadone maintenance in prison: a realistic programme. *Journal of Prisoners on Prisons*, 1: 9-15.
- MacDonald M (1997). *Mandatory Drug Testing in Prisons*. Centre for Research into Quality, The University of Central England in Birmingham.
- MacDonald M (2005). *A Study of Health Care Provision, Existing Drug Services and Strategies Operating in Prisons in Ten Countries from Central and Eastern Europe*. Finland: Heuni.
- MacKenzie DL (1997). Criminal justice and crime prevention. In: Sherman LW, Gottfredson D, MacKenzie DL, Eck J, Reuter P, Bushway S (eds). *Preventing crime: What works, what doesn't, what's promising*. Washington, DC: National Institute of Justice, 1-76.
- MacPherson P (2001). Random urinalysis program: policy, practice, and research results. *Forum on Corrections Research*, 13: 54-57.
- MacPherson P (2004). *Use of Random Urinalysis to Deter Drug Use in Prison: A Review of the Issues*. Ottawa: Addictions Research Branch, Correctional Service of Canada (2004 No R-149).
- Maden A, Swinton M & Gunn J (1992). A survey of pre-arrest drug use in sentenced prisoners. *British Journal of Addiction*, 87: 27-33.
- Magura S et al. (1993) The effectiveness of in-jail methadone maintenance. *Journal of Drugs Issues*, Winter ed: 75-97.
- Masson CL et al. (2004). Cost and cost-effectiveness of standard methadone maintenance treatment compared to enriched 180-day methadone detoxification. *Addiction*, 99(6): 718-726.
- Mattick RP et al. (2002). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence (Cochrane review). *The Cochrane Library*, Issue 4.
- McVie F (2001). Drugs in federal corrections. The issues and challenges. *Forum on Corrections Research*, 13(3): 7-9.
- Metzger D, Navaline H, Woody G (1998). Drug abuse treatment as AIDS prevention. *Public Health Reports*, 113: S97-S102.
- Mitchell O, Wilson DB, MacKenzie DL (2005). Systematic review protocol. The effectiveness of incarceration-based drug treatment on criminal behavior. Submitted to the Campbell Collaboration, Criminal Justice Review Group.

- Mitchell O, Wilson DB, MacKenzie DL (2006). The effectiveness of incarceration-based drug treatment on criminal behavior. Submitted to the Campbell Collaboration, Criminal Justice Review Group. September 2006.
- Mitchell O, MacKenzie DL, Wilson DB (submitted for publication). The effectiveness of incarceration-based drug treatment on offending and drug use: An empirical synthesis of the research.
- Moller L (2005). Substitution therapy in prisons: a review of international experience. Presentation at "HIV/AIDS in Prisons in Ukraine - From Evidence to Action: Prevention and Care, Treatment, and Support." Kiev, 1-2 November.
- Moscatello G, Campello P, Benettucci JA (2003). Bloodborne and sexually transmitted infections in a hospital in Buenos Aires, Argentina. *Clinical Infectious Diseases*, 37(Supplement 5): S343-347.
- Open Society Institute (2004). *Breaking down barriers. Lessons on providing HIV treatment to injection drug users*. New York, International Harm Reduction Programme, Open Society Institute.
- Pearson FS, Lipton DS (1999). A meta-analytical review of the effectiveness of corrections-based treatment for drug abuse. *The Prison Journal*, 79(4): 384-410.
- Pelissier B, & Gaes GG (2001). United States federal prisons: Drug users, drug testing, and drug treatment. *Forum on Corrections Research*, 13(3): 15-17.
- Peters RH & Steinberg ML (2000). Substance Abuse Treatment Services in US Prisons. In: Shewan D & Davies JB (eds). *Drug Use and Prisons: An International Perspective*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Peugh J & Belenko S (1999). Substance-involved women inmates: challenges to providing effective treatment. *The Prison Journal*, 79(1).
- Plourde C, Brochu S (2002). Drugs in prison: a break in the pathway. *Substance Use Misuse* 2002; 37: 47-63.
- Porporino FJ et al. (2002). An outcome evaluation of prison-based treatment programming for substance abusers. *Substance Use and Misuse*, 37: 1047-1077.
- Reynaud-Maurupt C et al. (2005). High-dose buprenorphine substitution during incarceration. Management of opiate addicts. *Presse Med*, 34(7): 487-490.
- Rydell CP, Caulkins JP, Everingham SE (1996). Enforcement or treatment? Modeling the relative efficacy of alternatives for controlling cocaine. *Operations Research*, 44:687-695.
- Schippers GM et al. (1998). Effectiveness of a Drug-Free Detention Treatment Program in a Dutch Prison. *Substance Use & Misuse*, 33(4): 1027-1046.
- Seaman SR, Brettell RP, Gore SM (1998). Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study. *British Medical Journal*, 316: 426-428.
- Select Committee on Home Affairs (1999). *Drugs and Prisons*. England: Fifth report.
- Senay E, Uchtenhagen A (1990). Methadone in the treatment of opioid dependence: A review of world literature. In: Westermeyer J (ed). *Methadone Maintenance in the Management of Opioid Dependence*. New York: Prager.
- Senese JD & Kalinich DB (1997). Activities and rehabilitation programs for offenders. In: S Stojkovic & R Lovell (eds). *Corrections: an introduction* (2nd ed). Cincinnati: Anderson, 199-235.
- Shearer J, Wodak A, Dolan K (2004). *The Prison Opiate Dependence Treatment Trial* (Technical Report no. 199). Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre.
- Shewan D, Gemmell M, Davies JB (1994). Behavioural change amongst drug injectors in Scottish prisons. *Soc Sci Med*, 39(11): 1585-1586.
- Shewan D et al. (2001). Injecting risk behaviour among recently released prisoners in Edinburgh (Scotland): 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, Findings 187.
- Singleton N et al. (2005). *The impact of mandatory drug testing in prisons*. UK: Home Office Online Report 03/05.

- Smeeth L & Fowler G (1990). Research issues in assessing addiction treatment efficacy: How cost-effective are Alcoholics Anonymous and private treatment centers. *Drug and Alcohol Dependence*, 25(2): 179-182.
- Sorensen JL & Copeland AL (2000). Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: a review. *Drug & Alcohol Dependence*, 59(1): 17-31.
- Stallwitz A & Stöver H (submitted for publication). The impact of substitution treatment in prisons - a literature review.
- Stöver H et al. (2001). *An overview study: assistance to drug users in European Union prisons*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Stöver H, Hennebel LC, Casselmann J (2004). *Substitution treatment in European prisons. A study of policies and practices if substitution in prisons in 18 European countries*. London: The European Network of Drug Services in Prison (ENDSP).
- Swann R, James P (1998). The effect of the prison environment upon inmate drug taking behaviour. *Howard Journal of Criminal Justice*, 37: 252-265.
- Tien G et al. (1993). Report on the Needs Assessment of Women at Burnaby Correctional Centre for Women. Unpublished report submitted to the B.C. Institute on Family Violence.
- Tomasino V et al. (2001). The Key Extended Entry Program (KKEP): a methadone treatment program for opiate-dependent inmates. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 68(1): 14-20.
- Verger P et al. (2003). High mortality rates among inmates during the year following their discharge from a French prison. *J Forensic Sci*, 48(3): 614-616.
- Wale S, Gorta A (1987). *Views of inmates participating in the pilot pre-release Methadone Program, Study No. 2*. Sydney: Research and Statistics Division: NSW Department of Corrective Services.
- Ward J, Mattick RP, Hall W (1992). *Key Issues in Methadone Maintenance Treatment*. Sydney: New South Wales University Press.
- Ward J, Mattick RP & Hall W (1998). The use of methadone during maintenance treatment: pharmacology, dosage and treatment outcome. In: Ward J, Mattick RP and Hall W (eds). *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 205-238.
- Ward L (2001). Transition from custody to community: Transitional support for people leaving prison. Victoria: Office of the Correctional Services Commissioner.
- Warren E, Viney R (2004). *An Economic Evaluation of the Prison Methadone Program in New South Wales (Project Report 22)*. Sydney: Centre for Health Economics Research and Evaluation, University of Technology Sydney.
- Warren E, Viney R, Shearer J, Shanahan M, Wodak A, Dolan K (2006). Value for money in drug treatment: economic evaluation of prison methadone. *Drug Alcohol Depend*, 84(2): 160-166.
- Weekes J, Thomas G, Graves G (2004). Substance abuse in corrections. FAQs. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Welle D, Falkin GP, Janchill N (1998). Current approaches to drug treatment for women offenders: Project WORTH. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15.
- Wood E et al. (2003). The healthcare and fiscal costs of the illicit drug use epidemic: the impact of conventional drug control strategies and the impact of a comprehensive approach. *British Columbia Medical Journal*, 45: 130-136.
- Wood et al. (2004). Inability to access addiction treatment and risk of HIV infection among injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 36: 750-754.
- Wood E et al. (2005). Recent incarceration independently associated with syringe sharing by injection drug users. *Public Health Reports*, 120: 150-156.
- World Health Organization (1987). Statement from the Consultation on Prevention and Control of AIDS in Prisons, Global Programme on AIDS. Geneva: WHO. World Health Organization (2004).

WHO/UNODC/UNAIDS position paper - Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. Geneva: WHO, UNODC, UNAIDS.

World Health Organization (2005). *Evidence for action technical papers. Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users.* Geneva: WHO.

World Health Organization (2005b). *Essential Medicines. WHO Model List (14th edition, March 2005).* Geneva: WHO.

Zurhold H, Stöver H, Haasen C (2004). *Female drug users in European Prisons - best practice for relapse prevention and reintegration.* Hamburg: Centre for Interdisciplinary Addiction Research, University of Hamburg.

ISBN 978 92 4 459580 0



9 789244 595800

