



ЕВРОПА

Охрана здоровья женщин в местах лишения свободы

Устранить несправедливость
на гендерной почве в области
здравоохранения в местах
лишения свободы

2009 г.





ЕВРОПА

Охрана здоровья женщин в местах лишения свободы

Устранить несправедливость на гендерной почве в области здравоохранения в местах лишения свободы

2009



РЕФЕРАТ

В 1995 г. Европейское региональное бюро ВОЗ объявило о начале Проекта "Охрана здоровья в тюрьмах", осуществляемого при поддержке Сотрудничающего центра ВОЗ по охране здоровья в тюрьмах при Министерстве здравоохранения Соединенного Королевства. Деятельность Проекта проводится в рамках сети, которая объединяет страны, исполненные решимости обеспечивать охрану и укрепление здоровья в местах лишения свободы в интересах заключенных, персонала и всего населения. Ежегодно представители министерств, отвечающих за охрану здоровья в местах лишения свободы примерно в 36 странах Европейского региона ВОЗ, принимают участие в конференции и совещании Сети участников Проекта. Сочетание коллективного опыта и мнений экспертов позволяет Сети готовить рекомендации для стран, желающих улучшить медико-санитарную помощь и общие условия жизни в своих пенитенциарных учреждениях и, в частности, усилить роль последних в предупреждении распространения болезней. Задача Сети состоит также и в том, чтобы в максимальной степени использовать реальную возможность укрепить здоровье в одной из маргинальных категорий населения и внести вклад в укрепление общественного здравоохранения в обществе в целом. По просьбе участвующих в Проекте ВОЗ "Охрана здоровья в тюрьмах" государств-членов Проектом совместно с организациями-партнерами и экспертами и при поддержке Управления ООН по наркотикам и преступности, Квakerского совета по европейским делам, Представительства квакеров при Организации Объединенных Наций, Центра психического здоровья Сейнсбери, СПИД Фонда Восток-Запад и Европейского центра мониторинга наркотиков и наркомании проведен анализ всех проблем, влияющих на здоровье женщин, находящихся в системе уголовного правосудия, и с особым вниманием рассмотрены грубейшие проявления несправедливости в отношении охраны здоровья женщин в местах лишения свободы. Участниками Проекта принята прилагаемая декларация и подготовлен справочно-аналитический документ, содержащий фактические данные, которые полностью обосновывают рекомендации и призыв к действиям, сформулированные в заключительной части документа.

Ключевые слова

PRISONS
PRISONERS
WOMEN'S HEALTH
EUROPE

EUR/09/5086974

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

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

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

<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian> (на рус. яз.) или <http://www.euro.who.int/PubRequest> (на англ. яз.).

© Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.

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

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

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

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует полноты и правильности информации, содержащейся в настоящей публикации, и ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, связанный с ее использованием. Мнения, выраженные в данной публикации авторами или редакторами, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Содержание

Предисловие	vii
Выражение признательности	ix
Киевская декларация "Охрана здоровья женщин в местах лишения свободы"	1
Введение.....	11
Необходимость принятия декларации об охране здоровья женщин в местах лишения свободы	11
Цели декларации об охране здоровья женщин в местах лишения свободы.....	12
Определения.....	13
Женщины, места лишения свободы и общество.....	15
Факты и цифры	15
Нормы и международные конвенции в области прав человека	17
Заключенные-женщины и общество	19
Здоровье женщин и места лишения свободы	26
Потребность в медико-санитарной помощи, учитывающей гендерные особенности	26
Организация медико-санитарных услуг для заключенных-женщин	28
ВИЧ, гепатит С и другие инфекционные заболевания.....	28
Употребление психоактивных веществ	31
Психическое здоровье и его нарушения	34
Членовредительство и суицид.....	36
Необучаемость	37
Сексуальное здоровье и репродуктивное здоровье	38
Беременность, послеродовой уход и кормление грудью.....	40
Насилие и жестокое обращение	42
Множественные и сложные потребности в лечении	43
Подготовка к освобождению из заключения и непрерывность помощи после освобождения.....	46
Как улучшить ситуацию? Что можно, что следует и что необходимо сделать?	49
Новшества последнего времени и появляющиеся планы	50
Рекомендации	52
Заключительные замечания.....	64
Библиография	65

Предисловие

В пенитенциарной политике часто не уделяется должного внимания особым потребностям женщин и охране их здоровья. Часто среди заключенных-женщин отмечается высокая распространенность нарушений психического здоровья и наркотической или алкогольной зависимости, а также наличие в анамнезе жестокого обращения, сексуального и физического насилия. Нередко также игнорируются проблемы, вытекающие из гендерной специфики медико-санитарных потребностей и семейных обязанностей. Хотя женщины составляют лишь малую долю всего контингента в местах лишения свободы, их численность постоянно растет, причем темпы этого роста выше, чем темпы роста численности мужчин.

В результате роста и быстрого распространения ВИЧ-инфекции, возвращения других тяжелых инфекционных заболеваний, таких как туберкулез и гепатит, а также растущего признания того факта, что пенитенциарные учреждения являются совершенно неподходящими местами скопления людей, страдающих наркотической или алкогольной зависимостью и нарушениями психического здоровья, тема охраны здоровья в местах лишения свободы выдвинулась в число главных пунктов повестки дня в области общественного здравоохранения. Как уже подчеркивала ВОЗ, любая национальная стратегия здравоохранения должна обязательно включать меры в отношении охраны здоровья в местах лишения свободы, нацеленные на решение этих серьезных проблем здравоохранения.

Здоровье есть основное право человека, и это особенно относится к лицам, которых государство содержит под стражей. Хотя женщины должны пользоваться теми же правами, что и мужчины, пенитенциарные системы прежде всего были рассчитаны на мужчин, поэтому во многих местах лишения свободы нет необходимых и достаточных условий для охраны прав женщин или для укрепления их здоровья. Трудность решения этой проблемы усугубляется недостатком данных и научных исследований, касающихся состояния здоровья женщин во время нахождения в заключении. Системы здравоохранения должны иметь стратегии в отношении охраны здоровья в местах лишения свободы, предусматривающие на всех этапах планирования и реализации удовлетворение медико-санитарных потребностей женщин.

Начиная с 1995 г., Европейское региональное бюро ВОЗ настойчиво и неуклонно проводит курс на снижение угроз здоровью населения, связанных с пенитенциарными учреждениями, и на охрану и укрепление здоровья в местах лишения свободы. В таких документах Регионального бюро, как "Здоровье в исправительных учреждениях: руководство ВОЗ по основным аспектам охраны здоровья в местах лишения свободы" издания 2007 г., собраны новейшие данные научных исследований и результаты анализа, проведенного экспертами в этой области, что позволило привлечь внимание к проблемам охраны здоровья в местах лишения свободы. Руководствуясь Гендерной политикой ВОЗ, Региональное бюро оказало поддержку в проведении исследования с целью выработки рекомендаций на основе фактических данных в отношении важнейших аспектов здоровья женщин в контексте пенитенциарных учреждений и системы уголовного правосудия в целом.

Принципы и рекомендации, содержащиеся в Киевской декларации "Охрана здоровья женщин в местах лишения свободы", являются важными шагами на пути к совершенствованию систем здравоохранения и к удовлетворению медико-санитарных потребностей женщин, находящихся в системе уголовного правосудия. Надеюсь, что данный документ, в котором кратко изложены фактические данные и мнения экспертов, рассмотренные на проведенной в Киеве в ноябре 2008 г. специальной конференции, позволят убедить все государства-члены в необходимости принять Киевскую декларацию и на практике осуществлять ее положения при выполнении своих обязательств по соблюдению прав человека и укреплению здоровья всех людей.

Nata Menabde,

Заместитель директора Европейского регионального бюро ВОЗ

Выражение признательности

Мы хотели бы поблагодарить поименованных ниже экспертов за их ценный вклад в подготовку данной публикации:

- Isabel Yordi Aguirre, Европейское региональное бюро ВОЗ
- Tomris Atabay, отдел правосудия и нравственной целостности, Управление ООН по наркотикам и преступности, Вена, Австрия
- Mark Bellis, Координационный центр по рабочему компоненту "Насилие и здоровье", Эдинбургский университет, Шотландия, Соединенное Королевство
- Rachel Brett, Представительство квакеров при Организации Объединенных Наций, Женева, Швейцария
- Michael Browne, отдел стратегии в отношении медико-санитарной помощи и наркотиков, королевская тюрьма и учреждение для молодых правонарушителей Холлоуэй, Лондон, Соединенное Королевство
- Ingrid Lycke Ellingsen, группа экспертов по охране здоровья в исправительных учреждениях, Партнерство "Северное измерение" в области общественного здравоохранения и социального обеспечения, Норвегия
- Andrew Fraser, Сотрудничающий центр ВОЗ по охране здоровья в тюрьмах, Шотландская пенитенциарная система, Соединенное Королевство
- Mignon French, отдел охраны здоровья женщин-правонарушительниц, Министерство здравоохранения, Лондон, Соединенное Королевство
- Alex Gatherer, временного советника Проекта "Охрана здоровья в тюрьмах", Европейское региональное бюро ВОЗ
- Fabienne Hariga, отдел ВИЧ и СПИДа, Управление ООН по наркотикам и преступности, Вена, Австрия
- Paul Hayton, Сотрудничающий центр ВОЗ по охране здоровья в тюрьмах, Министерство здравоохранения, Лондон, Соединенное Королевство
- Dagmar Hedrich, Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании, Лиссабон, Португалия
- Rachel Hunter, отдел охраны здоровья женщин-правонарушительниц, Министерство здравоохранения, Лондон, Соединенное Королевство

- Наталью Калашник, Государственный департамент исполнения наказаний, Киев, Украина
- Morag MacDonald, Группа лоббирования научных исследований в области охраны здоровья женщин-правонарушительниц, городской университет Бирмингема, Соединенное Королевство
- Ruth Elwood Martin, клинического профессора, клинициста-исследователя по проблемам здоровья в местных сообществах при Ванкуверском фонде, Ванкувер, Канада
- Lesley McDowall, медсанчасть, королевская тюрьма и учреждение для молодых правонарушителей Корнтон Вэйл, Шотландская пенитенциарная система, Соединенное Королевство
- Nick McGeorge, представителя квакеров в Комиссии ООН по профилактике преступности и уголовному правосудию;
- Sheila McNerney, программа скрининга на хламидию г. Лидса, Лидс, Соединенное Королевство
- Katherine Moloney, Европейское региональное бюро ВОЗ
- Liz Scurfield, Квакерский совет по европейским делам, Брюссель, Бельгия
- Mia Spolander, Управление ООН по наркотикам и преступности, Вена, Австрия
- Nancy E. Stoller, кафедра по изучению местных сообществ, университет шт. Калифорния, Санта Круз, Соединенные Штаты Америки
- Laura Thorne, отдел исправительных учреждений и уголовного правосудия, Центр психического здоровья Сейнсбери, Лондон, Соединенное Королевство
- Corey Weinstein, Американская ассоциация общественного здравоохранения, Вашингтон, федеральный округ Колумбия, Соединенные Штаты Америки

Мы выражаем особую благодарность Alex Gatherer за его огромную помощь и поддержку в подготовке данной публикации.

Мы очень благодарны Квакерскому совету по европейским делам за его финансовую помощь в проведении Совещания за круглым столом по вопросу "Охрана здоровья женщин в исправительных учреждениях" в июне 2008 г., а также Сотрудничающему

центру по охране здоровья в тюрьмах за прием указанного Совещания за круглым столом в помещении Министерства здравоохранения в Лондоне (Соединенное Королевство) в июне 2008 г.

Lars Møller, руководитель Проекта "Охрана здоровья в тюрьмах",
Brenda van den Bergh, технический сотрудник Проекта "Охрана здоровья в тюрьмах"

Европейское региональное бюро ВОЗ

Киевская декларация "Охрана здоровья женщин в местах лишения свободы"

1. Мы, официально признанные правительствами представители министерств, отвечающих за охрану здоровья в местах лишения свободы, Сотрудничающий центр ВОЗ по охране здоровья в тюрьмах при Департаменте здравоохранения Соединенного Королевства, представители Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, Квakerского совета по европейским делам, Представительства квакеров при Организации Объединенных Наций, Центра психического здоровья Сейнсбери, СПИД Фонда Восток-Запад и других международных организаций, обладающих компетентностью в области здравоохранения в местах лишения свободы в странах Европы и в Соединенных Штатах Америки, **с тревогой отмечаем**, что существующие ныне в системах уголовного правосудия структуры, предназначенные для того, чтобы заниматься женщинами-правонарушительницами, часто не обеспечивают удовлетворения их элементарных общих и медико-санитарных потребностей и поэтому далеко не соответствуют требованиям, предусмотренным правами человека, общепринятыми международными рекомендациями и принципами социальной справедливости.

2. **Мы осведомлены о том**, что факты, касающиеся положения заключенных-женщин, говорят о сложной ситуации, требующей мобилизации немалых сил и способной чрезвычайно затруднить удовлетворение медико-санитарных потребностей женщин.
 - Хотя женщины составляют лишь очень малую часть всего контингента пенитенциарных учреждений (в среднем по Европе 4,9%, но при значительных различиях между странами), темпы роста численности заключенных-женщин в последнее время выше, чем темпы роста численности мужчин. Каждый день в местах лишения свободы в Европе содержится около 100 тысяч женщин.

 - Большинство преступлений, за которые женщины помещаются в места лишения свободы, носят ненасильственный, имущественный характер или связаны с наркотиками, и многие женщины отбывают короткий срок заключения, поэтому высока текучесть контингента заключенных.

- Поскольку заключенные-женщины часто являются жертвами физического и сексуального насилия, администрации мест лишения свободы и штату службы режима следует содействовать утверждению достоинства и безопасности заключенных-женщин и защищать их от всякого рода издевательств и ненадлежащего обращения. Сотрудникам службы режима – мужчинам не должны поручаться функции прямого надзора за женщинами. Они ни в коем случае не должны иметь с заключенными-женщинами физических контактов в порядке исполнения повседневных служебных обязанностей, и им должен быть закрыт доступ в спальные помещения и ванны и душевые комнаты.
- Число женщин, содержащихся до суда под стражей, во многих странах равно числу осужденных заключенных-женщин или даже превышает его. У лиц, содержащихся до суда под стражей, может быть ограничен контакт с другими заключенными, они могут иметь меньше возможностей для медицинского обслуживания и участия в программах профессионально-технического обучения или работы, для них могут быть ограничены контакты с родственниками, в том числе посещения, что оказывает несоразмерно тяжелое воздействие на женщин, имеющих детей, а также на самих детей.
- Среди заключенных-женщин высок уровень распространенности нарушений психического здоровья, а адекватная помощь по поводу этих нарушений оказывается нечасто. Большинство заключенных-женщин страдают посттравматическим стрессовым расстройством и расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ. Среди заключенных-женщин чаще наблюдается членовредительство и они чаще совершают самоубийство, чем заключенные-мужчины.
- В местах лишения свободы велика доля женщин, которые всю свою жизнь подвергались виктимизации, в том числе жестокому обращению в детском возрасте, страдали от отсутствия родительской заботы и от домашнего насилия. Существует тесная связь между преступным жизненным путем женщины и ее психической и физической болезнью.

- Поскольку находящиеся в местах лишения свободы женщины – гражданки иностранных государств, девушки и женщины старшего возраста являются меньшинством в составе меньшинства в контингенте пенитенциарных учреждений, на их потребности легко не обратить внимания.
- Ввиду небольшой численности заключенных-женщин в странах обычно имеется лишь ограниченное число мест лишения свободы для женщин. Поэтому женщин часто помещают в учреждения, находящиеся вдали от дома, что еще больше вредит поддержанию семейных связей.
- Многие заключенные-женщины являются матерями и, как правило, основными или единственными лицами, обеспечивающими уход за своими детьми. По имеющимся оценкам, в Европе около 10 тысяч детей грудного возраста и в возрасте до двух лет страдают от того, что их мать находится в заключении. Если принять во внимание всех детей до 18 лет, то число детей, затронутых тюремным заключением матери, будет намного выше и исчисляется сотнями тысяч.
- Когда женщины, находясь в местах лишения свободы, рожают или имеют на своем попечении грудного ребенка, важно, чтобы был обеспечен такой режим, который позволяет матери вскармливать ребенка и выработать у себя чувство неразрывной связи с ребенком. В странах Европы существуют широкие различия в возрастном пределе, до которого дети могут находиться вместе со своими матерями в местах лишения свободы. Наиболее распространенный предел – три года.
- Распространенность ВИЧ-инфекции, других гемотрансмиссивных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем, среди заключенных-женщин часто бывает выше, чем среди заключенных-мужчин.
- Отсутствует объективная, достоверная и сопоставимая информация о распространенности потребления наркотиков и рискованных форм поведения, а также о потребностях заключенных-женщин в соответствующих услугах и о предоставлении им таких услуг, которая могла бы лечь в основу планирования

необходимых и достаточных медико-санитарных услуг (включая лечение наркозависимости) и быть использована при оценке их качества и эффективности.

3. **Мы признаем**, что имеющиеся фактические данные со всей очевидностью указывают на неприемлемые пробелы и недостатки во многих странах Европы.

- Условия в местах лишения свободы не всегда учитывают специфические потребности женщин. К ним относятся потребность беременных женщин в достаточном питании, поддержании здоровья и энергии, а также повышенные требования в отношении гигиены в связи с менструациями, такие как наличие возможности регулярно принимать душ и обеспеченность бесплатными предметами личной гигиены, от которых можно надлежащим образом избавляться после использования.
- Далеко не всегда уделяется внимание нарушениям психического здоровья, в том числе проблемам употребления наркотиков и душевным травмам. Существуют недостатки в применении общепризнанных стандартов лечения на доказательной основе, таких как заместительная терапия, психотерапия, психологическое консультирование, обучение, поддержка со стороны лиц равного статуса и меры по снижению вреда.
- Нередко имеют место недостатки в осуществлении профессиональной подготовки сотрудников мест лишения свободы. Во всех системах должно широко проводиться обучение сотрудников навыкам распознавания гендерных проблем и правильного реагирования на них, а также навыкам удовлетворения особых медико-санитарных потребностей заключенных-женщин.
- Во многих пенитенциарных системах еще не решена сложная задача достижения разумного соотношения между уважением и достоинством заключенных-женщин с одной стороны и наблюдением и обеспечением режима в местах лишения свободы при оказании помощи и проведении лечения с другой стороны.

- Нередки случаи, когда заключенные-женщины одновременно обнаруживают, что они беременны и ВИЧ-инфицированы. Психическая нагрузка, создаваемая нахождением в заключении, новой беременностью и выявлением ВИЧ-инфекции, настолько велика, что ее последствия для женщины могут быть поистине разрушительными, но такие проблемы редко решаются адекватно в условиях тюремного заключения.
 - Обязательным условием предупреждения насилия и жестокого обращения в местах лишения свободы является функционирование полноценной системы инспектирования и контроля пенитенциарных учреждений, осуществляемого независимым органом, и наличие системы подачи конфиденциальных жалоб. Таких систем часто нет.
 - Существующие в пенитенциарных учреждениях стратегии и программы редко бывают предназначены специально для удовлетворения потребностей женщин, особенно в такой жизненно важной области, как подготовка к освобождению и переходу к жизни в обществе.
 - Большое значение имеют меры вмешательства, которые должны предприниматься накануне освобождения, включая меры, специально направленные на снижение высокого риска смерти от наркотиков среди заключенных-женщин в первые недели после освобождения, однако эти меры часто не предпринимаются.
 - Исключительно большое значение имеет непрерывность и преемственность помощи после выхода на свободу, и обязанность обеспечивать ее должна лежать одновременно на персонале пенитенциарных учреждений, медико-санитарном персонале и органах социального обеспечения в обществе, однако часто такая непрерывность помощи не гарантируется.
4. Мы полностью поддерживаем данную Киевскую декларацию и обязуемся использовать наши разнообразные каналы для привлечения внимания правительств и лиц, формирующих политику, к перечисленным ниже ключевым рекомендациям.

Государствам-членам на правительственном уровне и на уровне формирования политики следует в срочном порядке пересмотреть свои нынешние стратегии и системы оказания услуг по удовлетворению элементарных общих и лечебно-профилактических медицинских потребностей женщин на всех этапах систем уголовного правосудия и там, где это необходимо, осуществить изменения для достижения следующих целей:

4.1 В основе всего мышления и всей деятельности по выработке политики в отношении всех лиц, содержащихся под стражей, должно лежать **основополагающее значение прав человека**.

4.2 К числу **важных принципов**, которые следует соблюдать при принятии решений о том, что нужно делать для улучшения существующей практики, относятся следующие:

- В случаях, когда женщины совершают ненасильственные преступления и не представляют угрозы для общества, **к содержанию под стражей до суда и тюремному заключению женщин** следует прибегать лишь как к последнему средству. Необходимо свести до минимума практику заключения в места лишения свободы беременных женщин и женщин, имеющих детей раннего возраста, и рассматривать такой вариант только тогда, когда выясняется, что все другие варианты либо отсутствуют, либо непригодны.
- Во всех стратегиях, касающихся женщин в системе уголовного правосудия, должны **признаваться специфические потребности женщин, обусловленные гендерной принадлежностью, а также значительные различия в потребностях**, которые могут иметься между разными категориями женщин.
- При предоставлении медико-санитарных услуг и планировании соответствующих программ следует специально предусматривать **оказание помощи при нарушениях психического здоровья, в частности, при расстройствах, обусловленных употреблением психоактивных веществ, и**

посттравматическом стрессовом расстройстве. Это является обязательным требованием, предъявляемым к любой системе медико-санитарной помощи в местах лишения свободы.

- Если в конкретных случаях фигурируют дети, **главным и определяющим фактором** при принятии решений о тюремном заключении женщин **должно быть обеспечение наилучших интересов детей**, включая необходимость ставить на первое место потребности детей и в тех случаях, когда рассматривается вопрос о том, следует ли детям находиться вместе с матерью в местах лишения свободы и в течение какого времени.
- При предоставлении медико-санитарных услуг в местах лишения свободы должны признаваться особые потребности женщин в медико-санитарной помощи, обусловленные их гендерной принадлежностью; предоставление этих услуг должно строиться на индивидуальной основе и быть организовано с соблюдением принципов **целостности и гуманности**.

4.3 В число основных услуг, которые должны предоставляться женщинам, следует включать:

- **всестороннее и детальное обследование** при первоначальном поступлении женщин в пенитенциарное учреждение и затем регулярно в течение всего срока их заключения; обследование должно охватывать социально-экономическое положение и образовательный уровень, анамнез жизни и сведения о полученных травмах, состояние здоровья на данный момент и оценку имеющихся или требующихся навыков;
- **индивидуальный план мероприятий по оказанию помощи, лечению и развитию личности**, подготавливаемый совместными усилиями различных специалистов, предоставляющих медико-санитарную помощь, и всего остального персонала, который может участвовать в оказании помощи женщине и в организации ее содержания в заключении, с учетом мнений самих женщин;

- услуги **первичной медико-санитарной помощи**, предоставляемые в местах лишения свободы, о которых женщина ставится в известность во время важного периода первоначального ознакомления; ей должны быть разъяснены (предпочтительно посредством легкой для понимания печатной брошюры) ее права на доступ к этой помощи, в том числе к экстренной помощи, на конфиденциальность информации, на неприкосновенность частной жизни, на информацию о здоровье и на участие в оздоровительных мероприятиях;
- **специализированную медико-санитарную помощь**, которая предоставляется без промедления и приспосабливается к потребностям женщин, например, психиатрическую помощь, в том числе помощь в преодолении последствий насилия и посттравматического стрессового расстройства; помощь в лечении хронических нарушений здоровья, ВИЧ и СПИДа (включая консультирование и поддержку), гепатита, туберкулеза и других инфекционных заболеваний; помощь при наркотической и алкогольной зависимости, при необучаемости и в целях сохранения репродуктивного здоровья, с предоставлением заключенной-женщине разъяснений относительно доступа к специализированной медико-санитарной помощи в пенитенциарном учреждении во время обсуждения индивидуального плана мероприятий по уходу и лечению;
- **мероприятия по подготовке к освобождению из заключения, которые надлежащим образом планируются и осуществляются для того, чтобы обеспечить непрерывность помощи и лечения и доступ к здравоохранению и другим службам после освобождения**; медико-санитарная и социальная помощь не может предоставляться изолированно от служб, работающих в обществе; подобно тому, как врачебный и сестринский персонал должен поддерживать профессиональные контакты со своими коллегами, так и все службы в пенитенциарных учреждениях должны иметь хорошие связи с эквивалентными службами в обществе.

4.4 Перечисленные выше услуги и подходы могут увенчаться успехом только в том случае, если будет понята, признана и реализована **роль правительств, лиц, формирующих политику, и высшего звена руководства**. В широком смысле для

этого требуется:

- чтобы система уголовного правосудия воспринималась как система, обслуживающая интересы женщин, находящихся на ее попечении, где оперативно удовлетворяются обусловленные гендерной принадлежностью медико-санитарные и иные потребности и облегчен доступ женщин к соответствующим услугам;
- чтобы каждое пенитенциарное учреждение, которое должно содержать заключенных-женщин, имело в письменном виде стратегию, показывающую, что в порядках и правилах в данном учреждении учитываются особые потребности женщин и что персонал прошел обучение навыкам распознавания гендерных проблем и правильного реагирования на них;
- чтобы во всех случаях, в которых фигурируют дети, всегда и везде потребности и наилучшие интересы детей безусловно рассматривались как первейшее и главное соображение в отношении того, что им должно быть обеспечено.

5. **Мы договорились** сотрудничать с Проектом ВОЗ "Охрана здоровья в тюрьмах" и его партнерами с тем, чтобы **в ближайшие три года** было подготовлено и предоставлено всем странам Европы методическое руководство по реализации положений настоящей Декларации, основанное на опыте, накопленном в результате инициатив и передовой практики, которые уже осуществляются в различных частях Европейского региона ВОЗ. В пределах своих соответствующих мандатов ВОЗ, Управление ООН по наркотикам и преступности и Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании будут осуществлять сотрудничество в целях дальнейшего улучшения мониторинга охраны здоровья в местах лишения свободы, включая мониторинг проблем наркомании. Мы изучим вопрос о том, как мы можем помочь всем странам осуществлять мониторинг прогресса на пути к обеспечению женщин, находящихся во всех учреждениях системы уголовного правосудия, такими услугами, которые были бы более качественны, справедливы и восприимчивы к гендерным особенностям.

Введение

Необходимость принятия декларации об охране здоровья женщин в местах лишения свободы

Поскольку тюремное заключение придумано мужчинами для мужчин, женщины всегда представляют собой исключение. Очень сложно найти решения специально для удовлетворения потребностей заключенных-женщин.

(Kurten-Vartio, 2007)

Благодаря своему полу женщины образуют особую группу в местах лишения свободы. Хотя в характеристиках и соответствующих им потребностях заключенных-женщин между странами могут существовать значительные различия, есть несколько факторов, которые являются общими для большинства стран. Это многочисленные психические расстройства, высокий уровень распространенности наркотической или алкогольной зависимости, пережитое многими женщинами сексуальное или физическое насилие и жестокое обращение до попадания в заключение или во время пребывания в местах лишения свободы, пренебрежение гендерно-обусловленными потребностями в медико-санитарной помощи и ряд дополнительных проблем, связанных с ответственностью женщин за детей и семьи. У многих женщин, находящихся в местах лишения свободы, есть дети раннего возраста, для которых до попадания в заключение они часто были главным или единственным попечителем.

Права женщин, находящихся в местах лишения свободы, такие же, как и права мужчин, но у женщин редко есть равный доступ к этим правам. Поскольку пенитенциарные системы рассчитаны в первую очередь на мужчин, которые и составляют в большинстве стран более 95% тюремного контингента, стратегии и процедуры, принятые в местах лишения свободы, часто не предусматривают удовлетворения медико-санитарных потребностей женщин. Данные о состоянии здоровья заключенных-женщин и о предоставляемой им медико-санитарной помощи имеются редко, так как большинство данных по пенитенциарным учреждениям собирается без разбивки по гендерному признаку.

У заключенных состояние здоровья обычно намного хуже, чем у населения в целом, а в пенитенциарной системе, где господствуют мужчины, внимания медико-санитарным

потребностям женщин может уделяться совсем мало. Многие заключенные-женщины в прошлом подвергались физическому или сексуальному насилию и страдают алкогольной и наркотической зависимостью. Многие из них до попадания в заключение не получали адекватной медико-санитарной помощи. Обычно среди заключенных-женщин уровень распространенности психических расстройств выше, чем среди женского населения в целом. Это нередко является следствием пережитой в прошлом виктимизации. Часто психическое расстройство является одновременно и причиной и следствием тюремного заключения, при этом среди заключенных-женщин заметно выше показатели самопричиненного вреда и суицида, чем среди заключенных-мужчин. Эти показатели также выше, чем в обществе в целом.

Часто игнорируется тот факт, что лишение свободы женщины в социальном плане обходится семье и обществу дороже, чем лишение свободы большинства заключенных-мужчин. Распад семьи, долговременные проблемы у детей, попавших на воспитание к чужим людям, и утрата чувства принадлежности к обществу и единения с ним – все это может повысить социальные издержки лишения свободы женщин до значительно более высокого уровня, чем лишение свободы мужчин.

Настоящий документ представляет собой аналитическую справку к Декларации ВОЗ "Охрана здоровья женщин в млс", которая обсуждалась на Международной конференции ВОЗ "Охрана здоровья в тюрьмах" в ноябре 2008 г.

В нем отражены фактические данные, взятые из исследования литературных источников, а также самые достоверные данные, предоставленные экспертами в области охраны здоровья женщин в местах лишения свободы, которые перечислены в разделе "Выражение признательности".

Цели декларации об охране здоровья женщин в местах лишения свободы

Цели декларации об охране здоровья женщин в местах лишения свободы заключаются в следующем:

1. повысить осведомленность среди стран Европейского региона ВОЗ о современном положении дел в отношении здоровья женщин, находящихся в европейских пенитенциарных учреждениях, и предоставляемой им медико-санитарной помощи;
2. призвать к достижению заметных улучшений в нынешнем положении дел посредством реализации рекомендаций ВОЗ, касающихся:
 - общего подхода, который позволил бы создать более приемлемую и восприимчивую к гендерным аспектам систему уголовного правосудия, в которой уделяется особое внимание правам всех женщин и детей, оказавшихся в этой системе;
 - объема и качества медико-санитарной помощи, которая должна предоставляться в местах лишения свободы и по крайней мере в общих чертах быть эквивалентной медико-санитарной помощи, предоставляемой в обществе, и
 - внедрения удовлетворительных методов обеспечения непрерывности и преемственности помощи.

Определения

Для целей настоящего документа приняты следующие определения:

Заключенный – иностранный гражданин (заключенная – иностранная гражданка): лицо, не являющееся ни законно признанным гражданином, ни постоянно проживающим в той стране, где оно содержится в пенитенциарном учреждении.

Девушка: лицо женского пола, не достигшее возраста 18 лет.

Женщина старшего возраста: лицо женского пола в возрасте 50 лет и старше.

Места лишения свободы (пенитенциарные учреждения): места принудительного содержания под стражей, где люди находятся в условиях лишения свободы во время следствия в ожидании суда, во время суда или для отбывания наказания после осуждения за уголовное преступление (сюда не входят камеры для содержания задержанных и арестованных в учреждениях охраны правопорядка).

Заключенный: лицо, находящееся в местах лишения свободы в ожидании суда или отбывающее в них наказание в виде лишения свободы.

Заключенная-женщина: лицо женского пола, достигшее 18-летнего возраста, находящееся в местах лишения свободы в ожидании суда или отбывающее в них наказание в виде лишения свободы.

Здоровье женщин: состояние "полного психического, физического, духовного и социального благополучия" всех девочек, девушек и женщин независимо от возраста, принадлежности к социально-экономической категории, расовой и этнической принадлежности и географического местонахождения.

Женщины, места лишения свободы и общество

В данном разделе содержатся научные фактические данные и рекомендации международных учреждений здравоохранения, ученых и других специалистов в области охраны здоровья женщин в местах лишения свободы.

Факты и цифры

1. Во всем мире в местах лишения свободы в предварительном заключении или в качестве осужденных содержится более полумиллиона женщин и девушек. В Европе в местах лишения свободы находятся около 100 тысяч женщин и девушек (United Nations Office on Drugs and Crime, 2008). Женщины составляют очень малую часть общего тюремного контингента во всем мире – обычно от 2 до 9 процентов численности этого контингента в стране. В мире есть только 12 пенитенциарных систем, в которых этот процент выше. В среднем по Европе он составляет 4,4%. Наибольший в Европе процент женщин в местах лишения свободы отмечается в Испании (почти 8%), а наименьший в Азербайджане (менее 1,5%) (Walmsley, 2006; Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009).
2. Хотя женщины и составляют во всем мире меньшинство в тюремном контингенте каждой страны, абсолютная численность женщин в местах лишения свободы постоянно растет. Этот рост является частью глобальной тенденции к возрастанию популярности и применения тюремного заключения как меры наказания и, соответственно, к недостаточному применению конструктивных альтернативных санкций, не связанных с лишением свободы. Особенно это касается преступлений, связанных с наркотиками, и краж без применения насилия (Penal Reform International, 2007). Большинству женщин, совершивших преступления, связанные с наркотиками, могли бы быть назначены более эффективные альтернативные меры наказания без применения тюремного заключения, специально направленные на решение проблемы наркотиков (United Nations Office on Drugs and Crime, 2008). Кроме того, численность женщин в местах лишения свободы растет намного более высокими темпами, чем численность мужчин (Bastick, 2005). Например, в Англии и Уэльсе за последние 10 лет число женщин в заключении увеличилось более чем на 200%, а число заключенных-мужчин за этот же период – только на 50% (Prison Reform Trust, 2006). Некоторая доля этого роста является результатом глобального перемещения женщин

вследствие войн, социальных потрясений, экономических кризисов, а также невосприимчивости систем уголовного правосудия к гендерным аспектам и их неспособности адекватно реагировать на них.

3. Многие женщины в местах лишения свободы отбывают короткие сроки, что означает повышенную текучесть этого контингента. Большинство преступлений, за которые женщины оказываются в заключении, являются ненасильственными, имущественными или связаны с наркотиками (Quaker Council for European Affairs, 2007). Во всем мире женщины попадают в тюрьму за преступления, связанные с наркотиками, чаще, чем за любые другие преступления (Taylor, 2004). Часто женщин, особенно из бедных стран, за небольшую сумму денег используют наркокурьеры для контрабандной перевозки наркотиков через границы (United Nations Office on Drugs and Crime, 2008).
4. Во многих странах численность женщин, находящихся в предварительном заключении в ожидании суда, равна или даже больше численности осужденных заключенных-женщин (United Nations Office on Drugs and Crime, 2008). У лиц, содержащихся до суда под стражей, может быть ограничен контакт с другими заключенными, меньше возможностей для медицинского обслуживания и участия в программах профессионально-технического обучения или работы, им могут быть ограничены контакты с родственниками, в том числе посещения, что оказывает несоразмерно тяжелое воздействие на женщин, имеющих детей, а также на самих детей (Penal Reform International, 2007).
5. Заключенные-женщины часто являются выходцами из обездоленных слоев населения, во многих случаях они до попадания в заключение подвергались физическому и сексуальному насилию, страдали алкогольной и наркотической зависимостью и не получали адекватной медико-санитарной помощи (Penal Reform International, 2007). К тому же женщины, поступающие в места лишения свободы, чаще, чем мужчины, страдают нарушениями психического здоровья, часто связанными с насилием в семье, физическим и сексуальным насилием, которое им приходилось переносить (United Nations Office on Drugs and Crime, 2008).

6. Из-за малого числа женских пенитенциарных учреждений женщины, осужденные за самые разные преступления, часто содержатся вместе. В таких случаях общий режим определяется самыми строгими режимными требованиями, которые необходимы для очень небольшого числа заключенных, представляющих значительную опасность. Общие режимные требования рассчитаны на мужской контингент заключенных и как таковые представляют собой дискриминацию против заключенных-женщин, которые в своем большинстве отбывают наказание за ненасильственные преступления и не нуждаются в строгом режиме (Penal Reform International, 2007).

Нормы и международные конвенции в области прав человека

Понятие равенства означает гораздо больше, чем одинаковое обращение со всеми людьми. Одинаковое обращение с людьми в неравных условиях лишь ведет к закреплению, а не к искоренению несправедливости.

(Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека, 1994).

7. На женщин, заключенных в места лишения свободы, тем не менее, распространяется законодательство о правах человека. Во Всеобщей декларации прав человека (Организация Объединенных Наций, 1948) говорится, что государство может ограничить осуществление прав и свобод данного человека, включая права и свободы человека, находящегося в местах лишения свободы, "исключительно с целью обеспечения должного признания и уважения прав и свобод других и удовлетворения справедливых требований морали, общественного порядка и общего благосостояния в демократическом обществе."

Главным нормативным документом Организации Объединенных Наций о принадлежащих женщинам правах человека, который служит основой для реализации равенства между женщинами и мужчинами, является Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (Организация Объединенных Наций, 1979).

В статье 2 Государства-стороны Конвенции

... осуждают дискриминацию в отношении женщин во всех ее формах, соглашаются безотлагательно всеми соответствующими способами проводить политику ликвидации дискриминации в отношении женщин и с этой целью обязуются:

- a) включить принцип равноправия мужчин и женщин в свои национальные конституции или другое соответствующее законодательство, если это еще не было сделано, и обеспечить с помощью закона и других соответствующих средств практическое осуществление этого принципа;
- b) принимать соответствующие законодательные и другие меры, включая санкции, там, где это необходимо, запрещающие всякую дискриминацию в отношении женщин;
- c) установить юридическую защиту прав женщин на равной основе с мужчинами и обеспечить с помощью компетентных национальных судов и других государственных учреждений эффективную защиту женщин против любого акта дискриминации;
- d) воздерживаться от совершения каких-либо дискриминационных актов или действий в отношении женщин и гарантировать, что государственные органы и учреждения будут действовать в соответствии с этим обязательством;
- e) принимать все соответствующие меры для ликвидации дискриминации в отношении женщин со стороны какого-либо лица, организации или предприятия;
- f) принимать все соответствующие меры, включая законодательные, для изменения или отмены действующих законов, постановлений, обычаев и практики, которые представляют собой дискриминацию в отношении женщин;
- g) отменить все положения своего уголовного законодательства, которые представляют собой дискриминацию в отношении женщин.

8. Главными международными нормативными документами, касающимися защиты прав человека, принадлежащих заключенным, и направленными на обеспечение такого обращения с заключенными, при котором облегчается их социальная реинтеграция, являются следующие:

- Минимальные стандартные правила обращения с заключенными, принятые Организацией Объединенных Наций (Организация Объединенных Наций, 1955);
- Основные принципы обращения с заключёнными (Организация Объединенных Наций, 1990);
- Европейские пенитенциарные правила 2006 г. (Совет Европы, 2006);
- Резолюция Европейского Парламента (2008 г.) об особом положении женщин в местах лишения свободы и о воздействии тюремного заключения родителей на социальную и семейную жизнь;
- Свод принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме (Организация Объединенных Наций, 1988);

- Европейская конвенция по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания – нормы КПП (Европейский комитет по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания, 2004).

Эти нормы образуют основополагающие принципы, которые действительны во всех пенитенциарных системах и учреждениях всего мира и распространяются на всех заключенных без какой-либо дискриминации.

Минимальные стандартные правила обращения с заключенными, принятые Организацией Объединенных Наций (Организация Объединенных Наций, 1955) запрещают дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, пола, языка, вероисповедания, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, имущественного положения, статуса по рождению или иного статуса.

Принцип 5 Свода принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме (Организация Объединенных Наций, 1982), гласит:

Меры, применяемые в рамках закона и предназначенные специально для защиты прав и особого статуса женщин, в особенности беременных женщин и кормящих матерей, а также детей, подростков, престарелых, больных или инвалидов, не рассматриваются как дискриминационные. Вопрос о необходимости и применении таких мер всегда подлежит рассмотрению судебным или другим органом.

Этим принципом разъясняется, что специальные меры, направленные на удовлетворение особых потребностей женщин, находящихся в местах лишения свободы, сами по себе дискриминационными не являются.

Заключенные-женщины и общество

Взаимоотношения

9. Когда женщины попадают в заключение, они оказываются вырванными из своей семьи и своего круга социальной поддержки. Восстановление этих социальных взаимоотношений является одной из наиболее сложных задач, которые встают перед людьми при возвращении их в общество после выхода из заключения. Очень важным средством решения этой задачи выступают меры, облегчающие посещения в местах лишения свободы (Penal Reform International, 2007).

10. Поскольку заключенных-женщин меньше, чем заключенных-мужчин, мест лишения свободы для женщин имеется меньше. Поэтому женщины часто отбывают наказание далеко от дома и семьи, что создает серьезные трудности при попытке сохранить прочные семейные связи (Quaker Council for European Affairs, 2007). Расстояние и расходы, связанные с посещениями женщин, отбывающих наказание далеко от дома, создают большие помехи для регулярных посещений (United Nations Office on Drugs and Crime, 2008). Пребывание в местах лишения свободы далеко от дома также создает серьезные сложности для перехода женщины на жительство в обществе после освобождения из заключения.

Заключенные-девушки

11. Поскольку девушки в системе правосудия по делам несовершеннолетних легко могут выпасть из поля зрения, так как они представляют совсем малую категорию заключенных, необходимо обращать особое внимание на специфические потребности девушек.
12. В последние годы число девушек в системе правосудия по делам несовершеннолетних резко возросло. Например, в Соединенных Штатах Америки девушки составляют в настоящее время примерно 25% всего тюремного контингента в системе правосудия по делам несовершеннолетних (Kelly et al., 2007). Однако доля девушек в общем женском контингенте пенитенциарных учреждений невелика (Quaker Council for European Affairs, 2007).
13. Ввиду их малой численности заключенные-девушки иногда помещаются в одних блоках со взрослыми женщинами. Международные нормы требуют, чтобы заключенные-девушки и взрослые женщины в местах лишения свободы содержались отдельно. Однако, если из-за содержания отдельно у девушек будет меньше возможностей получить образование, чем при размещении в одних и тех же блоках, необходимо принять надлежащие меры к тому, чтобы девушки не могли общаться с женщинами, имеющими за плечами не одну судимость за тяжкие преступления. У заключенных-девушек могут быть такие же проблемы, а часто и такое же прошлое, как и у взрослых заключенных-женщин. Например, по крайней мере некоторые из девушек в местах лишения свободы являются матерями и могут быть главным или единственным попечителем своих детей.

14. О медико-санитарных потребностях заключенных-девушек известно мало, однако растет озабоченность по поводу злоупотребления психоактивными веществами, нарушений психического и сексуального здоровья, а также общего ослабленного состояния физического здоровья по ряду показателей (Douglas & Plugge, 2008). Например, у девушек возрастает риск инфицирования ВИЧ, и у них также могут быть дети.

Заключенные-женщины старшего возраста

15. Заключенные-женщины старшего возраста (старше 50 лет) составляют лишь небольшой процент всего женского тюремного контингента. Однако в связи с их тюремным заключением возникает ряд особых вопросов, таких как возможность освобождения по гуманным соображениям и особые (медико-санитарные) потребности.
16. Особые потребности женщин старшего возраста как меньшинства в составе меньшинства отдельно рассматриваются редко. Однако заключенные старшего возраста могут нуждаться в большей и часто более специфической медико-санитарной помощи, чем заключенные более молодого возраста. У некоторых женщин более старшего возраста на их потребности в медико-санитарной помощи особенно могут влиять последствия менопаузы, и у этих женщин могут быть также и отличные от других потребности в плане личной гигиены (Quaker Council for European Affairs, 2007). У них также могут быть особые потребности, обусловленные физическими проблемами и функциональными ограничениями.

Заключенные-женщины – иностранные гражданки

17. В большинстве стран Европы иностранцы представлены непропорционально большим числом заключенных в системе уголовного правосудия. В среднем более 30% заключенных-женщин, являющихся иностранными гражданками, находятся в местах лишения свободы за преступления, связанные с наркотиками (Quaker Council for European Affairs, 2007; United Nations Office on Drugs and Crime, 2008).

Другая распространенная причина помещения иностранных гражданок в заключение – это их статус незаконно проживающих в стране. У иностранных гражданок в стране ареста или на родине на иждивении могут быть дети, поэтому полиция, прокуратура и суды всегда должны принимать во внимание родительский статус этих женщин (United Nations Office on Drugs and Crime, 2008).

Дети заключенных-женщин

18. Забота о заключенных-женщинах должна распространяться и на детей, чьи матери находятся в заключении. В резолюции A/RES/58/183 о правах человека при отправлении правосудия, принятой Генеральной Ассамблеей ООН в 2003 г., содержится требование о том, чтобы "правительства, соответствующие международные и региональные органы, национальные учреждения и неправительственные организации, занимающиеся правами человека, уделяли больше внимания вопросу о заключенных-женщинах, включая проблему детей, чьи матери находятся в местах лишения свободы, для того, чтобы выявлять основные проблемы и возможные пути их решения... "

19. Большинство заключенных-женщин – матери и обычно они же являются главными или единственными попечителями своих детей. Проведенные во многих странах исследования показали, что, когда в заключение попадает отец, матери обычно продолжают ухаживать за своими детьми. Но когда в заключении оказывается мать, отец часто не продолжает заботиться о детях, и в результате очень многих детей забирают в специальные детские учреждения (United Nations Office on Drugs and Crime, 2008). Например, в Соединенном Королевстве в 80% случаев, когда мать попадает в заключение, отец не заботится о ребенке (Anne Owers, Salter Lecture, Yearly Meeting, Quakers in Britain, 23 May 2008). Распад семьи может также произойти и в том случае, если женщины находятся в предварительном заключении в ожидании суда и если их приговаривают к коротким срокам тюремного заключения.

Согласно имеющимся оценкам "Лиги Говарда за пенитенциарную реформу" (неправительственной организации из Соединенного Королевства), в Европе насчитывается около 10 тысяч детей в возрасте до двух лет, пострадавших от того, что их матери оказались в заключении (Council of Europe, 2000). Число же пострадавших от этого детей до 18 лет намного больше и исчисляется сотнями тысяч.

20. Во многих странах дети, которые рождаются у женщин, находящихся в заключении, там и живут вместе со своими матерями, и дети грудного возраста могут поступать в места лишения свободы вместе с матерями. Между странами и внутри стран существуют широкие различия в том, какие для этого обеспечиваются условия. В некоторых странах имеются "блоки матери и ребенка", где предоставляются специальные условия для поддержки матери и развития ребенка. В других странах

дети живут в местах лишения свободы, но их нахождение там официально государством не признается и не контролируется и для них не создается никаких особых условий. В местах лишения свободы часто нет или недостаточно условий для обеспечения безопасности, здоровья и развития ребенка. Тем не менее, исследования (United Nations Office on Drugs and Crime, 2008) показали, что детям раннего возраста, которых насильно разлучают с матерями, наносится ущерб в их развитии и эмоциональной сфере в долгосрочном плане.

При разлучении матерей и детей матери могут больше никогда не увидеть своих детей или потерять их следы. Иногда это объясняется расходами, связанными с организацией посещениями детьми пенитенциарного учреждения. В других случаях это является следствием того, что мать отказывается от родственников, воспитывающих детей, или того, что мать лишена родительских прав на ребенка ((United Nations Office on Drugs and Crime, 2008). Эти психические проблемы и проблемы развития обычно остаются у детей на всю жизнь.

И когда детям разрешается жить в местах лишения свободы, и когда их разлучают с матерями – в обоих случаях возникают трудноразрешимые проблемы и дилеммы. При всех решениях, которые принимаются в отношении ребенка, чья мать находится в заключении, главное соображение – это наилучшие интересы ребенка (Bastick, 2005).

Необходимо всегда принимать во внимание предпочтения детей, а политика пенитенциарных учреждений должна поощрять и облегчать участие детей, сообразно с их возрастом, в принятии решений (Alejos, 2005).

В 2007 г. Конституционный суд Южной Африки постановил в деле М. против государства, что содержащееся в Конституции положение о том, что "в каждом рассматриваемом вопросе относительно ребенка главное – это наилучшие интересы этого ребенка", действует при вынесении приговора главному попечителю ребенка. Кроме того, Суд издал методические указания, направленные "на содействие единообразному применению принципов, последовательности в мерах воздействия и индивидуализации исхода."

21. Между странами Европейского региона ВОЗ существуют значительные различия в предельном возрасте, до которого дети могут находиться в местах лишения свободы вместе с матерями. Диапазон – от нуля до шести лет, но наиболее типичный предельный возраст пребывания вместе с матерью в местах лишения свободы в Европе составляет три года. Единственной европейской страной, где детям полностью

запрещено находиться с матерью в тюрьме, является Норвегия (Quaker Council for European Affairs, 2007). Политика в отношении пребывания детей в местах лишения свободы вместе с матерями может зависеть от категории пенитенциарного учреждения и средней продолжительности срока заключения. Например, в пенитенциарном учреждении открытого типа дети чаще всего могут находиться вместе с матерями дольше, и там окружающая обстановка и условия для них могут быть более приемлемыми.

22. Бывает, что контакты между матерями в местах лишения свободы и их детьми, живущими за пределами пенитенциарных учреждений, строго или неоправданно ограничиваются. В некоторых странах в качестве наказания матери применяется временное прекращение общения между нею и ее ребенком (например, путем запрещения посещений) (Robertson, 2008). Для многих заключенных дети составляют смысл жизни, и нарушение связи с ребенком часто бывает для матери наихудшим наказанием (United Nations Office on Drugs and Crime, 2008), оказывающим немалое воздействие на ее физическое и психическое здоровье. Одновременно наказывается и ребенок, который ничего плохого не сделал.
23. Отбывание наказания далеко от дома – это особенно тяжелое испытание для женщин, имеющих детей. Исследования показали, что, если поддерживаются связи с детьми, вероятность повторного совершения преступления после освобождения у заключенных-женщин ниже (Quaker Council for European Affairs, 2007).
24. Дети заключенных никаких преступлений не совершали, поэтому они не должны страдать, как преступники. У тех детей, которые живут в местах лишения свободы, качество жизни должно быть по крайней мере не хуже, чем качество той жизни, какая была бы у них за пределами пенитенциарного учреждения. Условия их жизни всегда должны включать хорошее питание, приличные площадки для игр и при необходимости возможность посещать детский сад. Во всех случаях главным соображением должны быть наилучшие интересы детей (Robertson, 2008). Для детей, живущих в местах лишения свободы, должны быть предусмотрены возможности в любое время покинуть их, если будет признано, что это соответствует наилучшим интересам ребенка (Alejos, 2005).

25. Живущие вне стен пенитенциарного учреждения дети, один из родителей которых отбывает тюремное заключение, могут испытывать в это время целый ряд психосоциальных проблем, таких как депрессия, гиперактивность, агрессивное поведение, уход в себя, регрессия, прилипчивость, нарушения сна, нарушение пищевого поведения, побег, пропуски занятий в школе, низкая успеваемость и делинквентность. Кроме того, разлучение с родителем может восприниматься ребенком так, будто его бросили, и это еще больше усиливает душевные страдания ребенка (Quaker Council for European Affairs, 2007).

Здоровье женщин и места лишения свободы

Потребность в медико-санитарной помощи, учитывающей гендерные особенности

26. У заключенных-женщин часто бывает больше нарушений здоровья, чем у заключенных-мужчин. Как было показано выше, многие из женщин страдают хроническими и комплексными нарушениями здоровья, поскольку в их жизни были нищета, употребление наркотиков, насилие в семье, изнасилование, беременность в подростковом возрасте, нарушение питания, неудовлетворительная медико-санитарная помощь (Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2006; Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007a). Среди правонарушительниц-женщин с наркотической зависимостью распространены туберкулез, гепатит, различных интоксикаций, анемии, артериальной гипертензии, сахарного диабета и ожирения выше, чем среди правонарушителей-мужчин (Covington, 2007). Непропорционально высока среди заключенных-женщин распространенность психических расстройств: то или иное выявляемое расстройство отмечается у 80%. Две трети страдают посттравматическим стрессовым расстройством (Zlotnick, 1997) и столько же – каким-либо расстройством, обусловленным употреблением психоактивных веществ (WHO Regional Office for Europe, 2007b). Значительна частота коморбидности. Нарушения психического здоровья часто коррелируют с предшествующей виктимизацией (Zlotnick, 1997). В местах лишения свободы, где содержатся женщины, нужна восприимчивая к гендерным аспектам система оказания медико-санитарной помощи, в которой обращается особое внимание на репродуктивное здоровье, нарушения психического здоровья, проблемы употребления психоактивных веществ и факты физического и сексуального насилия. У заключенных-женщин должен быть своевременный доступ ко всем услугам, доступным женщинам в гражданском обществе. Как и в отношении всех остальных заключенных, всегда должна гарантироваться конфиденциальность информации, содержащейся в медицинской документации.
27. Заключенные-женщины в Западной Европе, как правило, требуют больше медицинских услуг, чем мужчины. Например, в Италии заключенные-женщины обращаются с просьбой о приеме у врача или медсестры примерно в два раза чаще, чем заключенные-мужчины (Zoia, 2005). В других странах Западной Европы этот

показатель может быть еще выше. К причинам такого повышенного спроса на медико-санитарные услуги относится более высокая потребность женщин в помощи в связи с наличием у них в анамнезе актов насилия и жестокого обращения, проблем употребления наркотиков и нарушений репродуктивного здоровья.

28. Для удовлетворения некоторых специфических потребностей заключенных-женщин следует воспользоваться временем, в течение которого они находятся в местах лишения свободы, и провести с ними просветительную работу по профилактике болезни и поддержанию хорошего здоровья, в частности, по ВИЧ и другим инфекциям, передаваемым половым путем. Кроме этого, следует предлагать им пройти программы профессионально-технического обучения и получения профессии. Вследствие того, что многие женщины, поступающие в места лишения свободы, вели беспорядочный образ жизни, время, проводимое ими в заключении, может быть первой в их жизни возможностью получить доступ к медико-санитарной помощи, социальной поддержке и консультированию. Поэтому программы информирования, профилактики и медицинских обследований для заключенных-женщин имеют исключительно большое значение, и в них нужно уделять особое внимание различным категориям женщин и их специфическим потребностям (Zoia, 2005). Еще лучше было бы проводить осмотр женщин при поступлении в пенитенциарное учреждение и, когда это необходимо, направлять их в специальные программы, проводимые в гражданском обществе.
29. В местах лишения свободы особые потребности женщин в медико-санитарной помощи часто остаются неудовлетворенными. В тюремной среде не всегда учитываются такие особые потребности женщин, как потребность регулярно принимать душ, повышенная потребность в предметах личной гигиены в связи с менструациями, потребность в бесплатном получении гигиенических прокладок и других подобных изделий и возможность надлежащим образом избавляться от них, а также потребность в достаточном питании у беременных женщин и у женщин с такими заболеваниями, как ВИЧ. Нормальные человеческие функции женщины, такие как менструации, репродуктивная функция и потребность в физических упражнениях, слишком часто рассматриваются как медицинские проблемы. Например, не нужно, чтобы медицинский персонал давал разрешения на получение здоровыми женщинами гигиенических прокладок или физических упражнений или организовывал эти

мероприятия.

Организация медико-санитарных услуг для заключенных-женщин

30. Все сотрудники, работающие с женщинами в местах лишения свободы, должны пройти обучение навыкам распознавания гендерных проблем и правильного реагирования на них, а также должны быть ознакомлены с особыми медико-санитарными потребностями заключенных-женщин. Нельзя нарушать безопасность и неприкосновенность интимной сферы жизни заключенных-женщин использованием на некоторых должностях или для выполнения некоторых функций сотрудников-мужчин (например, проведение обыска похлопыванием) (Weinstein, 2005). Забота о безопасности и неприкосновенности интимной сферы жизни женщин распространяется также и на организацию перевозок между пенитенциарными учреждениями и между пенитенциарными учреждениями и больницами.

В системе уголовного правосудия в целом работники судов, адвокаты и судьи должны быть ознакомлены с предоставляемой в местах лишения свободы медико-санитарной помощью и со специфическими медико-санитарными потребностями женщин и быть в состоянии принимать их во внимание при вынесении приговора и защите женщин в судебном процессе.

31. Заключенным-женщинам нужен беспрепятственный доступ к полному спектру медико-санитарных и стоматологических услуг, который описывается в публикации "Здоровье в исправительных учреждениях. Руководство ВОЗ по основным аспектам охраны здоровья в местах лишения свободы" (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007а).

ВИЧ, гепатит С и другие инфекционные заболевания

32. Заключенные-женщины часто являются выходцами из маргинальных и социально обездоленных слоев населения, где высок риск ВИЧ-инфицирования. Многие из них уже могут быть ВИЧ-инфицированы к моменту поступления в пенитенциарное учреждение (Reyes, 2000). У женщин риск поступления в пенитенциарное учреждение с имеющейся инфекцией, передаваемой половым путем, такой как инфекция *Chlamydia*, гонорея и сифилис, а также ВИЧ, выше, чем у мужчин. Это результат

крайне рискованного поведения, например, занятия проституцией, и повышенной вероятности того, что они являются жертвами сексуального насилия (Covington, 2007).

33. Женщины подвергаются значительно большему риску заразиться ВИЧ и гепатитом С в результате половой активности, чем мужчины. Особенно высокому риску подвержены женщины, потребляющие инъекционные наркотики, поскольку они пользуются общими шприцами и иглами. У них могли быть незащищенные половые контакты со своими партнерами по потреблению наркотиков или они могли заниматься проституцией. Женщины могут жить в таких культурных и социальных условиях, когда они не в состоянии контролировать собственную половую жизнь (Bastick, 2005; Reyes, 2000; Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007a).
34. Ввиду возможности половых связей внутри пенитенциарных учреждений у находящихся там женщин всегда должен быть доступ к презервативам и защитным резиновым прокладкам для полости рта. Однако основным правилом должен быть запрет при всех обстоятельствах на половые связи между персоналом и заключенными.
35. Одним из главных факторов распространения ВИЧ являются достаточно широко распространенные среди заключенных-женщин и часто остающиеся невыявленными другие инфекции, передаваемые половым путем (например, инфекция *Chlamydia*, гонорея и сифилис), так как они способствуют передаче, а также снижают общую невосприимчивость людей (Reyes, 2000).
36. Пенитенциарные системы должны следить за тем, чтобы ВИЧ-инфицированные заключенные получали услуги профилактики, лечение, помощь и поддержку, эквивалентные тому, что доступно людям, живущим с ВИЧ, в гражданском обществе, включая антиретровирусную терапию (WHO 2007a). Для того, чтобы женщины не пользовались общими шприцами и иглами, им должны предоставляться чистые шприцы и иглы – так осуществляется профилактика распространения ВИЧ и других инфекционных заболеваний. Имеются фактические данные, подтверждающие, что предоставление игл и шприцев снижает число случаев передачи ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы (WHO, 2007b). В тех случаях, когда иметь иглы и шприцы в местах лишения свободы не разрешается, должны быть доступны другие меры по

снижению вреда. Меры по снижению вреда также должны применяться в отношении практики нанесения татуировок и пирсинга.

37. В руководстве ВОЗ по ВИЧ-инфекции и СПИДу в местах лишения свободы (ВОЗ, 1993) содержатся следующие рекомендации, относящиеся конкретно к заключенным-женщинам:

- a) Потребностям заключенных-женщин следует уделять особое внимание. Персонал, работающий с находящимися под стражей женщинами, должен быть обучен действиям в случае возникновения психосоциальных и медицинских проблем, связанных с ВИЧ-инфекцией у женщин.
- b) Заключенные-женщины, в том числе ВИЧ-инфицированные, должны получать информацию и услуги, специально предназначенные для удовлетворения их потребностей, включая информацию о вероятности передачи ВИЧ-инфекции, в частности, от матери к ребенку или через половой контакт. Поскольку заключенные-женщины в период нахождения в местах лишения свободы или временного освобождения под честное слово могут вступать в половые контакты, им должна быть обеспечена возможность предохранять себя от ВИЧ-инфекции: например, им должны выдаваться презервативы или они должны обучаться умению договариваться о безопасном сексе. Следует также предоставлять консультации по планированию семьи, если это предусмотрено национальным законодательством. Однако нельзя оказывать никакого нажима на заключенных-женщин и убеждать их прервать беременность. У женщин должна быть возможность ухаживать за своими детьми раннего возраста во время нахождения в местах лишения свободы независимо от ВИЧ-статуса.
- c) Во всех пенитенциарных учреждениях, в которых содержатся женщины, должны быть доступны следующие услуги:
 - гинекологические консультации через регулярные промежутки времени, в которых уделяется особое внимание диагностике и лечению инфекций, передаваемых половым путем;
 - консультирование по вопросам планирования семьи, ориентированное на потребности женщин;
 - помощь и уход в период беременности в надлежащих жилых помещениях;
 - уход за детьми, в том числе за детьми, которые родились у ВИЧ-инфицированных матерей;
 - выдача презервативов и других противозачаточных средств в период пребывания в заключении и перед отпусками под честное слово или перед освобождением.

38. В отношении заключенных-женщин должны применяться те же минимальные стандарты и методические руководства по борьбе с туберкулезом, что и в отношении заключенных-мужчин. Минимальные стандарты ВОЗ, касающиеся программ борьбы с туберкулезом, отражены в подготовленном ВОЗ Докладе о состоянии дел по вопросу

"Тюрьмы и туберкулез" (ВОЗ 2007с); в них, среди прочего, упоминается необходимость обеспечивать полный доступ к диагностированию и лечению туберкулеза всем заключенным, поступающим в пенитенциарную систему.¹

Употребление психоактивных веществ

39. Преступления, связанные с наркотиками, относятся к наиболее распространенным преступлениям, совершаемым женщинами в Европе, а наркотики являются одним из важных факторов, определяющих преступное поведение женщин. Преступления, связанные с наркотиками, можно разделить на следующие категории: 1) преступления, совершаемые с целью добывания наркотиков; 2) преступления, совершаемые под воздействием наркотиков, и 3) преступления, имеющие отношение к незаконному предложению наркотиков и не связанные с наркозависимостью.

Исследованием, проведенным в 1999 г. Управлением статистики правосудия Министерства юстиции США, было установлено, что почти каждая третья заключенная-женщина признается в совершении преступления с целью добыть денег, чтобы удовлетворить свою потребность в наркотиках (Wolf et al., 2007). Кроме того, велика доля заключенных-женщин, имеющих ту или иную проблему с наркотиками, и исследования показали, что среди женщин проблемное потребление наркотиков выше, чем среди мужчин (Quaker Council for European Affairs, 2007). В странах Европейского Союза заключенные-женщины чаще потребляют инъекционные наркотики, чем заключенные-мужчины (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2004). По некоторым оценкам, не менее чем у 75% женщин, поступающих в заключение, в момент ареста имеется та или иная проблема, связанная с наркотиками или алкоголем (Fowler, 2002; Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007а). Во многих странах нет достаточных сведений о заключенных-женщинах, испытывающих проблемы потребления психоактивных веществ, об их прежнем лечении, о действенных моделях лечения и вмешательствах. Сравнительно мало исследований международного, национального или местного масштаба по изучению распространенности потребления психоактивных веществ и связанных с этим проблем, в которых бы рассматривались гендерные аспекты (United Nations Office on Drugs and Crime, 2004).

¹ Голландский фонд борьбы с туберкулезом KNCV готовит к публикации руководство по борьбе с туберкулезом в местах лишения свободы, которое относится как к мужчинам, так и к женщинам.

40. Проведенное в Англии и Уэльсе исследование (Plugge et al., 2006) показало, что:

- более 85% женщин до попадания в заключение курили табак (для сравнения: средний показатель по стране для женщин составляет 24%);
- 42% заключенных-женщин до попадания в заключение потребляли алкоголь в количествах, превышающих определенные государством ориентировочные количества (среди взрослого женского населения в целом по стране этот показатель составляет 22%);
- 75% заключенных-женщин принимали какой-либо незаконный наркотик в течение шестимесячного периода, предшествующего попаданию в заключение (среди населения в целом незаконный наркотик в последние 12 месяцев принимали только 12%).

41. В целом женщины, испытывающие проблемы употребления психоактивных веществ:

- обладают меньшими ресурсами (образование, работа и доход), чем мужчины;
- чаще живут с партнером, испытывающим проблемы употребления психоактивных веществ;
- имеют на своем иждивении детей;
- характеризуются более тяжелыми проблемами в начале лечения по поводу употребления психоактивных веществ;
- характеризуются более высокой по сравнению с мужчинами распространенностью психической травмы, связанной с физическим и сексуальным насилием, и одновременно протекающих психических нарушений, в частности, посттравматического стрессового расстройства и других тревожных или аффективных расстройств (United Nations Office on Drugs and Crime, 2004).

42. Большую озабоченность вызывает то, что заключенные-женщины часто не получают доступа к программам лечения наркотической зависимости и что в любом случае программы не рассчитаны на женщин. Программы лечения для женщин могут помочь женщинам почувствовать себя в безопасности, ощутить поддержку, и благодаря этим программам легче обращать внимание на проблемы, обусловленные гендерной принадлежностью (Quaker Council for European Affairs, 2007). Поэтому в системе

медико-санитарной помощи женщинам, восприимчивой к гендерным аспектам и надлежащим образом реагирующей на них, должна также приниматься во внимание необходимость организовывать для заключенных-женщин специализированные программы лечения аддикции (United Nations Office on Drugs and Crime, 2008).

Многие заключенные-женщины возвращаются в общество, не получив никакого лечения наркозависимости во время отбывания срока заключения (Zurhold & Haasen, 2005). Например, в Калифорнии в лечении наркотической зависимости нуждаются 70% заключенных-женщин, а получают его во время отбывания срока заключения лишь 14% (Weinstein, 2005). Отсутствие возможностей лечения наркотической зависимости в обществе не должно быть основанием для помещения женщин в заключение.

43. Имеется множество убедительных фактических данных о том, что хорошие результаты для заключенных с проблемами потребления психоактивных веществ дает заместительная терапия и что при этом выгоды превышают затраты. Заместительная терапия должна быть доступна всем заключенным-женщинам, имеющим опиоидную зависимость. Необходимо обращать внимание на достижение прогресса во внедрении такого лечения и обеспечение персонала пенитенциарных учреждений любой необходимой поддержкой, включая создание ясных методических указаний (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005). Помимо этого, должна гарантироваться непрерывность и преемственность лечения, когда женщина попадает в заключение, освобождается из заключения или переводится в другое учреждение. Из-за частых переводов заключенных-женщин из одного пенитенциарного учреждения в другое и связанного с этим прерывания в лечении отдельному пенитенциарному учреждению трудно проследить за показателями успешного исхода лечения.
44. Наркотики – одна из главных причин, по которым в местах лишения свободы применяются меры обеспечения режима, такие как личный досмотр с раздеванием донага, ограничение посещений и ограничение краткосрочных увольнений. Особенно тяжелым наказанием эти меры могут оказаться для женщин. Необходимо находить разумное соотношение между гуманным обращением и усилиями, направленными на то, чтобы места лишения свободы были очищены от незаконных наркотических средств (Quaker Council for European Affairs, 2007). В центре внимания должен быть заключенный, а не персонал или администрация пенитенциарного учреждения.

Поддерживать равновесие между уважением и соблюдением достоинства заключенной-женщины и надзором и обеспечением режима в местах лишения свободы при предоставлении помощи и лечения всегда непросто. Для того, чтобы достичь такого равновесия, персоналу следует привлекать к сотрудничеству заключенных.

45. Меры борьбы с наркотиками, а также программы лечения наркомании должны исходить из признания того, что в места лишения свободы проникают незаконные наркотические средства. Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании (2004) отмечает, что "...некоторые заключенные продолжают употреблять наркотики в местах лишения свободы так же, как и прежде, а некоторые именно там начинают употреблять их. Опубликованные исследования показывают, что от 8% до 60% заключенных сообщают о том, что употребляли наркотики во время нахождения в заключении, а 10%-36% сообщают об их регулярном употреблении..."

Психическое здоровье и его нарушения

46. Помимо расстройств, обусловленных употреблением психоактивных веществ, не могут не вызывать беспокойства высокие показатели распространенности среди заключенных-женщин нарушений психического здоровья, таких как посттравматическое стрессовое расстройство, депрессия, тревога, фобии, неврозы, членовредительство и суицид. Нередко эти расстройства являются следствием насилия и виктимизации, которым женщины подвергались всю жизнь. Исследования показывают, что заключенные-женщины страдают расстройствами психического здоровья в гораздо большей степени, чем население в целом и чем мужской тюремный контингент (Bastick, 2005). Например, исследование, проведенное Управлением статистики правосудия Министерства юстиции США, показало, что в Соединенных Штатах Америки в тюрьмах штатов у 73% женщин, а в местных тюрьмах у 75% женщин имеются симптомы психических расстройств, тогда как среди населения в целом они наблюдаются только у 12% женщин (Covington, 2007). В Англии и Уэльсе 90% женщин в местах лишения свободы имеют какое-либо диагностируемое психическое расстройство, употребляют психоактивные вещества или характеризуются наличием одновременно и той и другой проблемы, а у девяти из десяти заключенных-женщин имеется по крайней мере одно из нижеследующих состояний: невроз, психоз, личностное расстройство, злоупотребление алкоголем или

наркозависимость (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007а).

47. Высокие показатели распространенности не поддающейся лечению травмы и бедственного социально-экономического положения, которыми характеризуется большая часть заключенных-женщин, предрасполагают эту категорию к нарушениям психического здоровья и самопричиненному вреду. Исследования указывают на то, что нарушения психического здоровья среди заключенных-женщин часто выступают и как причина и как следствие их тюремного заключения (Penal Reform International, 2007). Кратковременное пребывание в тюрьме, даже в предварительном заключении в ожидании суда, может причинить ущерб психическому здоровью женщины и ее семейной жизни, но ничего или почти ничего не дает для того, чтобы удержать ее от повторного правонарушения. Этот ущерб становится намного ощутимее, когда женщины содержатся в заключении вдали от дома и не получают адекватной медико-санитарной помощи во время и после пребывания в местах лишения свободы (Rutherford, 2008). Психическое здоровье женщин может ухудшаться в таких местах лишения свободы, которые переполнены заключенными, где не проводится дифференциация заключенных на основании всесторонней их оценки, а программ работы с заключенными либо вовсе нет, либо они не достаточны для удовлетворения особых потребностей женщин. Вредные последствия для психического здоровья усугубляются, когда женщины не чувствуют себя в безопасности и если за ними надзирают сотрудники-мужчины, из-за которых они ощущают риск нового насилия (United Nations Office on Drugs and Crime, 2008). Следует продумать вопрос о профилактике причинения вреда психическому здоровью при поступлении в места лишения свободы и о мерах по укреплению психического здоровья женщин (WHO Regional Office for Europe, 1999). Укрепление психического здоровья и благополучия должно занимать центральное место во всей политике пенитенциарного учреждения в отношении медико-санитарной помощи (WHO Regional Office for Europe, 2008), а психиатрическое обследование при поступлении должно стать одним из неотъемлемых элементов обычной процедуры.

В других исследованиях показано, что среди женщин, находящихся в предварительном заключении в ожидании суда, распространенность психических расстройств выше, чем среди осужденных женщин. Это косвенно свидетельствует о том, что показатели распространенности психических заболеваний не возрастают пропорционально длительности пребывания в местах лишения свободы. Это также

позволяет утверждать, что женщины с нарушением психического здоровья могут быть арестованы и помещены под стражу вследствие своего психического расстройства, особенно за относительно мелкие преступления, за которые их следовало бы госпитализировать, а не помещать в тюрьму (Ogloff & Tye, 2007).

Улучшается ли психическое здоровье женщины во время пребывания в местах лишения свободы или ухудшается – это зависит от нескольких факторов, в том числе от таких, как структура пенитенциарных учреждений, возможные варианты лечения, например, наличие программ и условий для преодоления последствий травмы и предоставляемые женщинам услуги.

Членовредительство и суицид

48. В опубликованных исследованиях указывается, что заключенные-женщины чаще совершают членовредительство, чем заключенные-мужчины (Quaker Council for European Affairs, 2007). В Англии и Уэльсе было установлено, что женщины в 14 раз чаще, чем мужчины, причиняют вред сами себе. Женщины также намного чаще, чем мужчины, совершают членовредительство неоднократно. Из тех, кто совершает членовредительство, неоднократно делают это одна треть мужчин и половина женщин (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007а). Еще одно исследование, проведенное в Англии и Уэльсе, показало, что 16% заключенных-женщин совершили членовредительство в течение месяца, предшествовавшего их лишению свободы (Plugge et al., 2006).
49. В большинстве стран показатели распространенности членовредительства и суицида в местах лишения свободы выше, чем в обществе, как среди мужчин, так и среди женщин (Penal Reform International, 2007). Периодом особенно высокого риска по самопричиненной смерти является время, предшествующее суду, и начало срока тюремного заключения по приговору (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007а). В докладе Corston (2007) рекомендуется устраивать в первые ночи дежурства персонала. Риск членовредительства и суицида также возрастает в первое время после выхода из заключения. Важно проводить с женщинами, входящими в группу риска, воспитательно-исправительную работу и оказывать им помощь после их выхода на свободу. В некоторых странах Восточной Европы, однако, все обстоит наоборот, и показатели членовредительства и суицида в обществе выше, чем в исправительных учреждениях.

50. В обществе за пределами пенитенциарных учреждений мужчины совершают самоубийство чаще, чем женщины, но внутри этих учреждений ситуация противоположная. В обществе от самоубийства женщин защищает факт их материнства, но в местах лишения свободы такая защита не срабатывает, если матери разлучены со своими детьми (Corston, 2007).
51. Неотъемлемым элементом психиатрической помощи в местах лишения свободы должна стать выработка стратегий по предупреждению суицида и членовредительства и по предоставлению адекватного психиатрического лечения по индивидуальному плану с учетом гендерных особенностей лиц, входящих в группу риска. Персонал пенитенциарных учреждений должен быть обучен тому, как выявлять риск членовредительства и суицида, и предлагать помощь путем оказания поддержки и направления таких лиц к специалистам. В некоторых системах попытки членовредительства и самоубийства наказуемы. Это недопустимо. Наказания еще больше усугубляют душевные страдания (United Nations Office on Drugs and Crime, 2007). Тем, кто оказывает эффективное лечение, нужно учитывать коренные причины членовредительства и суицида, включая лежащие в основе подобных попыток аспекты травмы, и принимать адекватные меры.
52. Поскольку фактические данные явно указывают на повышенный риск суицидального поведения среди заключенных-женщин, лица, формирующие политику, и начальники пенитенциарных учреждений должны знать, что в каждом женском пенитенциарном учреждении целесообразно иметь должность координатора по профилактике суицида. Также и персонал пенитенциарного учреждения должен быть обучен умению распознавать повышенный риск членовредительства среди женщин, находящихся в местах лишения свободы (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007а).

Необучаемость

53. Для обозначения необучаемости используется много разных терминов и определений, таких как умственная отсталость, психическая недостаточность и умственная неполноценность. ВОЗ определяет необучаемость как состояние задержки или неполноты развития психики, которое может сопровождаться или не сопровождаться какими-либо другими физическими или психическими расстройствами и характеризуется ухудшением умений и навыков и общих умственных способностей в

таких областях, как познание, язык и двигательные и социальные умения.

Определение включает людей всех возрастов (WHO, 2007d).

54. О заключенных-женщинах и проявлениях необучаемости и о том, сколько заключенных-женщин в действительности страдает необучаемостью, известно мало. Преступное поведение людей, страдающих необучаемостью, ставит трудные вопросы, касающиеся ответственности правонарушителей и того, какой вид наказания и медицинской помощи им подходит наиболее всего (Quaker Council for European Affairs, 2007). Едва ли заключенные, страдающие необучаемостью и труднообучаемостью, получают какую-либо пользу от программ, предназначенных для предупреждения рецидивизма, поэтому их можно исключить из таких программ. Многие из них подвергаются в местах лишения свободы виктимизации и издевательствам (Prison Reform Trust, 2007).

Сексуальное здоровье и репродуктивное здоровье

55. В рамках данного ВОЗ определения здоровья как состояния полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствия болезни или недомогания, в репродуктивное здоровье входят репродуктивные процессы, функции и система на всех этапах жизни. Репродуктивное здоровье предполагает, что люди способны вести ответственную, приносящую удовлетворение и безопасную половую жизнь и что они обладают способностью к воспроизводству и свободой решать, нужно ли, когда и как часто это делать. Под этим подразумеваются права мужчин и женщин получать информацию о безопасных, действенных, доступных по стоимости и приемлемых методах регулирования рождаемости и иметь доступ к ним по своему выбору, а также право доступа к соответствующим услугам медико-санитарной помощи, которые позволят женщинам безопасно пройти этапы беременности и родов, а парам дадут наилучший шанс иметь здорового ребенка (WHO, 2009a).

Сексуальное здоровье – это состояние физического, эмоционального, психического и социального благополучия в отношении сексуальности; это не просто отсутствие болезни, дисфункции или недомогания. Сексуальное здоровье требует позитивного и уважительного подхода к сексуальности и к половым отношениям, а также возможности иметь доставляющий радость и безопасный опыт половой жизни, свободной от принуждения, дискриминации и насилия. Для достижения и

поддержания сексуального здоровья должны быть соблюдены, защищены и реализованы сексуальные права всех людей (WHO, 2009b).

Права на репродуктивное и сексуальное здоровье могут быть значительно ограничены в условиях пенитенциарных учреждений, однако при любой возможности эти права следует в максимальной степени сохранять. По желанию самих заключенных-женщин следует давать возможность супружеских посещений.

56. Заключенные-женщины представляют собой группу риска по расстройствам сексуального и репродуктивного здоровья, включая рак и инфекции, передаваемые половым путем. Это в первую очередь объясняется характерными особенностями анамнеза заключенных-женщин, в котором могут отмечаться потребление инъекционных наркотиков, сексуальное насилие, профессиональное занятие сексом и небезопасное сексуальное поведение (United Nations Office on Drugs and Crime, 2007). Женщины, подвергшиеся насилию, могут вследствие этого характеризоваться сексуальным поведением с высокой степенью риска, что повышает для них риск приобретения инфекций, передаваемых половым путем. Программы массового обследования для выявления расстройств репродуктивного здоровья, таких как рак молочной железы, в женских пенитенциарных учреждениях следует включать в стандартную процедуру.

57. Во многих местах лишения свободы во всем мире администрация не может адекватно решить проблему, связанную с менструациями у женщин. Женщин не снабжают гигиеническими средствами, необходимыми в период менструации, такими как гигиенические прокладки – они получают их только как медицинские средства, а иногда в виде наказания даже и лишаются права получать их. Часто женщины не обеспечены возможностью уединения и достаточными условиями для принятия душа и мытья (Penal Reform International, 2007). У заключенных-женщин в любое время должен быть беспрепятственный и бесплатный доступ к гигиеническим средствам, необходимым в период менструации, того типа, который женщина легко приемлет, а также к возможностям надлежащим образом избавиться от использованных гигиенических средств. Должна быть обеспечена возможность часто пользоваться душем (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007а).

Беременность, послеродовой уход и кормление грудью

58. Для того, чтобы защитить здоровье матери и новорожденного ребенка, беременность в принципе должна быть противопоказанием к лишению свободы – как в предварительном порядке в ожидании суда, так и после осуждения, и не следует отправлять беременных женщин в тюрьму, если для этого нет абсолютно безоговорочных оснований. Когда оказывается, что заключенная-женщина беременна, следует немедленно пересмотреть необходимость в ее дальнейшем пребывании в заключении, и делать это нужно на протяжении всей беременности. Следует рассматривать возможность принятия в отношении беременных заключенных-женщин мер, не связанных с лишением свободы (Bastick, 2005).
59. Беременность влияет на многие стороны жизни женщины, в том числе на потребности в медико-санитарной помощи, рационе питания и физических упражнениях (Robertson, 2008). Беременным женщинам в местах лишения свободы следует обеспечивать адекватный в пищевом отношении рацион питания, своевременный и регулярный прием пищи (без привязки к строгому графику), здоровую окружающую среду и регулярные физические нагрузки (United Nations Office on Drugs and Crime, 2007). Следует также сочувственно относиться к трудностям в перенесении тошноты беременных.
60. Беременные женщины в заключении должны быть обеспечены медико-санитарной помощью на том же уровне, что и женщины в гражданском обществе, в том числе доступом к акушерам, гинекологам и, если потребуется, к акушеркам или другим опытным в родовспоможении людям в соответствии с традициями их культуры. По требованию беременной заключенной-женщины ей должен быть обеспечен доступ к специалистам-женщинам. Женщины также могут принять решение не продолжать беременность в местах лишения свободы, особенно если они ранее не знали, что беременны. Им должны быть гарантированы точно такие же варианты вмешательства, какие доступны в гражданском обществе (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007а).
61. Совершенно очевидно, что для матери и ребенка жизненно необходима адекватная медико-санитарная помощь при родах. Однако многие заключенные-женщины не имеют доступа к какому-либо обучению способам дыхания и рождения ребенка,

которое помогло бы им подготовиться к родам. В зависимости от страны и самой заключенной, женщины могут рожать либо в пенитенциарном учреждении, либо в обычной больнице (Bastick, 2005). Первым вариантом выбора всегда должна быть обычная больница. Должны быть приняты правила, регулирующие порядок перевозки беременных женщин в больницу (например, дающие возможность делать частые перерывы для совершения туалета). Использование средств ограничения движения во время родов должно быть полностью запрещено. Также во время родовых схваток или родов не должны находиться рядом мужчины, не являющиеся сотрудниками медицинской службы.

62. Как и у беременных, у кормящих грудью женщин возникают особые потребности в медико-санитарной помощи и питании, которые в условиях пенитенциарных учреждений часто не удовлетворяются. Кормящих женщин, а также их детей следует бесплатно обеспечивать соответствующей их положению пищей, в том числе молоком, продуктами с высоким содержанием белков и свежими фруктами и овощами (United Nations Office on Drugs and Crime, 2008). Питание должно предоставляться регулярно и по гибкой схеме, а не по строгому графику. Необходимо проводить медицинские осмотры матерей, чтобы таким образом обеспечивать здоровое восстановление их организма после родов и не допускать, например, какой-либо инфекции, которую они могут передать ребенку через кормление грудью (Bastick, 2005). Инфицированность гепатитом С не является противопоказанием к грудному вскармливанию, т.к. нет никаких доказательств того, что гепатит С может распространяться через материнское молоко. Однако матерям, живущим с ВИЧ, рекомендуется кормить своих детей в течение первых шести месяцев жизни исключительно грудью, если искусственное вскармливание не является для них и их детей приемлемым, реально возможным, доступным по стоимости, устойчивым и безопасным вариантом. Когда же искусственное вскармливание является приемлемым, реально возможным, доступным по стоимости, устойчивым и безопасным вариантом, женщинам, живущим с ВИЧ, рекомендуется воздерживаться от какого бы то ни было грудного вскармливания. Часто заключенных-женщин не поощряют к тому, чтобы они кормили детей грудью, так как считается, что тем самым нарушается тюремный распорядок (Bastick, 2005). Однако общепризнано, что кормление грудью – это самый лучший способ вскармливания грудных детей.

63. В послеродовой период необходимо соблюдать право матери и ребенка находиться вместе и принимать посетителей-родственников без посторонних людей, чтобы создать благоприятную среду для формирования семейной привязанности и для кормления ребенка. После родов женщины должны получать необходимые консультации и поддержку; также нужно внимательно наблюдать, не возникнет ли у них состояния депрессии (Bastick, 2005). Консультации также абсолютно необходимы и всегда должны предоставляться в случае выкидыша.

Насилие и жестокое обращение

64. Женщины в три раза чаще, чем мужчины, сообщают о пережитом ими до попадания в места лишения свободы физическом или сексуальном насилии (Severson et al., 2005). У женщин, которые перед тем, как попасть в места лишения свободы, подверглись насилию и жестокому обращению, могут отмечаться низкая самооценка, неразвитость навыков социальной адаптации и недостаток уверенности в себе. Виктимизация также в значительной степени ведет к неудовлетворительному состоянию здоровья, что проявляется в нарушениях психического здоровья и соматического здоровья, включая расстройства репродуктивной системы. Душевные травмы прямо и косвенно связаны с преступным жизненным путем и нарушением как психического, так и физического здоровья (Moloney KP, van den Bergh BJ, Møller LF, представлено для печати). Вот почему важно лечить сохраняющиеся травмы путем адекватной психотерапии.

65. В процессе медицинского обследования важно выявлять женщин, которые являются или были жертвами насилия. Если они перед этим находились в таких отношениях, которые допускают жестокое обращение, или же рискуют столкнуться с другими формами насилия при возвращении в гражданское общество, им нужно предоставлять консультации и поддержку и после того, как они выйдут из заключения.

66. Женщинам, пережившим дисфункциональный конфликт и жестокое обращение в семье, может быть необходима помощь для выработки у них здорового стиля воспитания детей. Поддержка в выполнении родительских функций, оказываемая женщинам, находящимся в заключении вместе с детьми, или беременным женщинам в до- и послеродовой периоды, должна быть направлена на предупреждение главных факторов риска (как у матери, так и у ребенка) недоразвития духовной связи между матерью и ребенком и родительских навыков у матери. Полная и всесторонняя

поддержка также нужна детям, разлученным с матерями.

67. Находясь в местах лишения свободы, женщины не защищены от насилия, особенно сексуального. То обстоятельство, что заключенные-женщины находятся под контролем охранников исправительного учреждения, делает их в этом смысле бессильными. Для предупреждения насилия и жестокого обращения в местах лишения свободы очень важно иметь полноценную систему инспектирования и надзора, которая реализуется независимым органом и предусматривает порядок конфиденциальной подачи жалоб (Penal Reform International, 2007). Каждая заключенная-женщина имеет право не подвергаться сексуальному насилию. Женщины, ставшие жертвами сексуального насилия, создающего риск передачи ВИЧ-инфекции, должны иметь доступ к мерам профилактики последствий насилия.
68. Заключенные-женщины должны иметь возможность обращения к врачу без присутствия оперативного персонала пенитенциарного учреждения, поскольку в присутствии оперативных сотрудников женщины вряд ли будут сообщать о возможном насилии и жестоком обращении в пенитенциарном учреждении. Заключенные-женщины должны по их выбору и желанию при посещении врача сопровождаться женщиной (например, медсестрой). Европейские пенитенциарные правила и Уголовный кодекс страны предусматривают ключевую роль врача в предупреждении нарушений прав человека в условиях лишения свободы (Quaker Council for European Affairs, 2007).
69. В отношении тех находящихся в меньшинстве женщин, которые совершили преступления, сопровождавшиеся насилием, или которые по результатам обследования определены как лица, совершившие насилие, должны быть приняты меры для того, чтобы воспрепятствовать насилию с их стороны в местах лишения свободы и по возвращении в гражданское общество.

Множественные и сложные потребности в лечении

70. Исследованием, проведенным Управлением статистики правосудия Министерства юстиции США, было установлено, что три четверти заключенных-женщин в США, у которых были нарушения психического здоровья, также удовлетворяли критериям

зависимости от психоактивных веществ или злоупотребления ими (Covington, 2007). В других исследованиях было показано, что женщины, имеющие проблемы злоупотребления психоактивными веществами, чаще, чем мужчины, переживали физическое и/или сексуальное насилие (United Nations Office on Drugs and Crime, 2004). Наличие в анамнезе насильственного нападения может повышать риск употребления психоактивных веществ и посттравматического стрессового расстройства или других нарушений психического здоровья (United Nations Office on Drugs and Crime, 2008). Поэтому центральной составляющей всей системы психиатрической помощи в местах лишения свободы должны быть программы, направленные на излечение психических травм.

71. Сексуальное насилие, имевшее место в прошлом, статистически достоверно связано с членовредительством и попытками суицида среди заключенных-женщин. Значительно больший процент женщин (41%) по сравнению с мужчинами (18%), которые предпринимали попытки суицида или причиняли вред сами себе, сообщали о том, что в прошлом подвергались сексуальному насилию (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007а). Признание того, что душевная травма играет важнейшую роль в развитии нарушений физического и психического здоровья, является значительной подвижкой в здравоохранении за последние десятилетия (Covington, 2007).
72. Женщины, имеющие алкогольную и/или наркотическую зависимость, также чаще испытывают депрессию, диссоциативное расстройство психической деятельности, посттравматическое стрессовое расстройство, другие тревожные расстройства, расстройства пищевого поведения и личностные расстройства (Covington, 2007). Многим женщинам, помимо программ лечения зависимости от психоактивных веществ, нужна психотерапия, специально направленная на излечение прежних душевных травм. Кроме того, поскольку у заключенных-женщин часто бывает не только наркотическая и алкогольная зависимость, но и какое-либо психическое расстройство, плохое состояние здоровья и отсутствуют отношения, дающие им моральную поддержку, им, как никому другому, нужны занятия по "психологической подготовке" и выработке социальных навыков, а также систематические мероприятия накануне освобождения для приготовления их к жизни в обществе (Zurhold & Haasen, 2005).

73. Некоторые заключенные-женщины одновременно обнаруживают, что они беременны и ВИЧ-инфицированы. Оказаться в тюрьме, узнать о новой беременности и обнаружить у себя ВИЧ-инфекцию – это может стать для этих женщин таким тяжким психическим бременем, что они могут его просто не выдержать. В подобной ситуации, которая никогда не бывает простой, всегда нужны человеческое сочувствие и советы, чтобы можно было обеспечить наилучшие возможные условия для матери и ребенка. Среди беременных женщин, живущих с ВИЧ, чаще бывают случаи преждевременных родов по сравнению с женщинами, не имеющими ВИЧ – согласно некоторым исследованиям, в два раза чаще, чем среди ВИЧ-негативных женщин (Reyes, 2000).

Чрезвычайно важно, чтобы у беременных женщин, которым требуется антиретровирусная терапия, был к ней свободный доступ. У беременных женщин, которым показана антиретровирусная терапия, такое лечение снижает материнскую смертность и заболеваемость, является самым действенным способом профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку и, обеспечивая здоровье женщины, улучшает шансы на выживание ее ребенка. Лечение беременной женщины, живущей с ВИЧ, не только удовлетворяет ее индивидуальные медико-санитарные потребности, но и резко снижает риск передачи от матери к ребенку, особенно в случае женщин на поздней фазе болезни, у которых риск такой передачи выше. При этом всегда нужно учитывать стадию беременности и потенциальные побочные эффекты этого лечения (WHO, 2006).

74. Потребление наркотиков и алкоголя во время беременности может привести к развитию болезней, низкой массе тела ребенка при рождении, преждевременным родам, неудовлетворительному пищевому статусу, развитию респираторных заболеваний и алкогольному синдрому плода. Некоторые из этих последствий могут быть обусловлены образом жизни, связанным с потреблением психоактивных веществ, например, плохое питание, отсутствие медицинской и социальной помощи, а также инфекционные заболевания, такие как ВИЧ и гепатит, которые могут осложнять любые прямые влияния потребления незаконных психоактивных веществ на здоровье матери и плода (United Nations Office on Drugs and Crime, 2004).

75. В случае множественных потребностей, таких как наличие одновременно двух или более болезней или видов зависимости, болезни могут взаимодействовать друг с

другом, а лекарства для их лечения могут приводить к обратным результатам или быть опасными. Например, женщина, болеющая одновременно гепатитом и раком, может нуждаться в лекарстве для лечения рака, которое будет вредным для функции печени.

Подготовка к освобождению из заключения и непрерывность помощи после освобождения

76. Прежде, чем женщины выйдут из заключения, они должны иметь возможность пройти программы, облегчающие их переход к жизни на свободе. Эти программы бывают разными, в зависимости от культурных традиций, но могут включать курсы обучения жизненным навыкам, воспитанию детей и оказанию медико-санитарной помощи (Bastick, 2005). Уже простое обретение элементарных навыков ведения домашнего хозяйства, таких как приготовление пищи и стирка белья, будет значить очень много для некоторых заключенных-женщин и поможет им в жизни на свободе.

Однако, как правило, ресурсов и внимания, уделяемых потребностям женщин при подготовке их к освобождению и жизни после выхода на свободу, бывает совершенно недостаточно, и сотрудничество между администрацией пенитенциарных учреждений и гражданскими службами социального обеспечения и здравоохранения часто отсутствует (United Nations Office on Drugs and Crime, 2008). Доступа к программам подготовки к освобождению особенно часто лишены женщины, отбывающие короткие сроки лишения свободы.

Квакерский совет по европейским делам (2007) рекомендует государствам-членам Совета Европы:

- a) добиться того, чтобы стратегии и программы в пенитенциарной системе были специально ориентированы на удовлетворение потребностей женщин, включая потребности в подготовке к возвращению на жительство в обществе, и
- b) добиться того, чтобы удовлетворялись потребности заключенных-женщин после их освобождения, в частности, чтобы решались такие вопросы, как отсутствие жилья и работы, дискриминация на рынке рабочей силы и восстановление родительских прав; если социальные службы ранее участвовали в судьбе заключенной, их необходимо информировать о том, когда эта заключенная должна освободиться из заключения.

77. После выхода из заключения, согласно Минимальным стандартным правилам обращения с заключенными, все бывшие заключенные должны иметь доступ к достаточным по качеству и количеству пище, одежде, жилью и медицинской помощи и к другим необходимым социальным услугам.

Администрация пенитенциарных учреждений должна организовать для заключенных-женщин, особенно женщин, имеющих детей, жилье на первое время после освобождения. Женщины могут столкнуться с тем, что они не смогут забрать к себе детей до тех пор, пока не обзаведутся жильем, но и не смогут получить жилья до тех пор, пока не заберут к себе детей. Это крайне затрудняет возвращение этих женщин к нормальной жизни в обществе и может выступать фактором, способствующим повторному совершению преступления (Quaker Council for European Affairs, 2007).

Администрация пенитенциарных учреждений должна сотрудничать с ответственными учреждениями в гражданском обществе. Заключенные - иностранные гражданки часто выходят на свободу не в той стране, где отбывали срок заключения, а в другой стране, поэтому важно поддерживать контакты с зарубежными учреждениями.

78. Как предполагается в Минимальных стандартных правилах обращения с заключенными, после освобождения заключенному могут требоваться постоянные услуги психиатра. Это особенно важно для заключенных-женщин, учитывая высокую распространенность среди них психических заболеваний, а также более высокую вероятность прохождения ими в период нахождения в местах лишения свободы лечения по поводу какого-либо психического расстройства, которое необходимо продолжать в гражданском обществе (Bastick, 2005; United Nations Office on Drugs and Crime, 2008).

79. Помощь после освобождения крайне важна, поэтому администрация пенитенциарных учреждений должна уделять особое внимание обеспечению женщинам после их освобождения доступа к лечению и к службам социальной помощи. В этом деле очень полезной может быть поддержка на общественных началах как внутри пенитенциарной системы, так и за ее рамками (например, поддержка со стороны людей равного статуса). Осложняющим фактором является то, что многие заключенные-женщины отбывают наказание далеко от дома.

80. Среди бывших заключенных высока распространенность несчастных случаев, связанных с употреблением наркотиков, передозировки и смертельных исходов (United Nations Office on Drugs and Crime, 2007). Нужны стратегии, обеспечивающие преемственность лечения потребителей наркотиков при переходе из пенитенциарной системы в общество (WHO, 2007e).
81. В некоторых культурах женщины после освобождения из заключения подвергаются риску смерти от рук родственников, если они (женщины) совершили то, что считается "нравственным преступлением", или являются жертвами изнасилования или иного сексуального насилия. Женщинам также может угрожать возвращение в брак с партнером, допускающим насилие, или насильственное вступление в брак. Всем таким женщинам нужна особая защита и поддержка, но как раз эти защита и поддержка почти всегда бывают недостаточными для удовлетворения их потребностей (United Nations Office on Drugs and Crime, 2008).

Как улучшить ситуацию? Что можно, что следует и что необходимо сделать?

Фактические данные ясно, последовательно и неопровержимо показывают: существующие ныне в системах уголовного правосудия структуры, предназначенные для того, чтобы заниматься женщинами-правонарушительницами, не справляются с обязанностью удовлетворять их элементарные потребности и далеко не соответствуют требованиям, предусмотренным правами человека, общепринятыми международными рекомендациями и принципами социальной справедливости. Хотя для небольшого числа женщин-правонарушительниц лишение свободы является оправданной и правильной мерой, в исправительные учреждения попадает слишком много женщин, для которых эта мера незаслуженна и нецелесообразна.

Лишение свободы – санкция серьезная, ведь слишком часто утрата свободы означает утрату других прав. Эти утраты особенно тяжело сказываются на женщинах и детях. Проблем здесь много, они очень сложны, и для улучшения ситуации потребуются объединенные усилия широкого круга людей, которые способны добиться перемен. Применение предлагаемых ниже мер приходится рассматривать на фоне такого общественного устройства, при котором во всех стратегиях по-прежнему мало учитываются гендерные аспекты, а во многих обществах существуют неприемлемые пробелы в гендерном равенстве.

При принятии решений о том, что можно, что следует и что необходимо сделать, нужно особо выделить несколько важных принципов и всегда следовать им:

- Во-первых, лишение женщин свободы следует рассматривать лишь как последнее средство, когда все другие альтернативы либо отсутствуют, либо непригодны. Этот принцип тем более справедлив по отношению к беременным женщинам и женщинам, имеющим детей. Необходимо рассматривать женщин системно и целостно, в контексте их правонарушения и социального положения.
- Во-вторых, при осуществлении медико-санитарного обслуживания и планировании соответствующих программ в этой области необходимо специально предусматривать меры по охране психического здоровья, в частности, по лечению расстройств, обусловленных потреблением психоактивных веществ, и посттравматического стрессового расстройства как непременный элемент любой системы медико-санитарной помощи в местах лишения свободы.

- В-третьих, если в деле фигурируют дети, **главным и определяющим фактором должно быть обеспечение наилучших интересов детей**. Необходимо понять и принять мысль о еще больших социальных издержках для общества и о возможности нанесения долгосрочного ущерба. Решения о том, в чем состоят наилучшие интересы ребенка, должны приниматься на основе разумных рекомендаций, полученных из авторитетного источника, не зависящего от судов и пенитенциарных служб.
- В-четвертых, между разными категориями женщин существуют значительные различия в потребностях; при составлении планов медико-санитарной помощи для этих женщин важно принимать во внимание такие факторы, как беременность, ответственность за детей, молодой или преклонный возраст, проблемы зависимости, наличие в анамнезе случаев насилия и/или жестокого обращения и т.д.
- В-пятых, психическому здоровью, эмоциональному благополучию, самооценке и социальным и жизненным навыкам и способностям женщины может быть (в разной степени) причинен тяжелый ущерб разлучением с семьей и местным сообществом, а также неизбежными процессами правового и режимного порядка. Это относится ко всем, кто лишен свободы в принудительном порядке, но особенно это проявляется у женщин. Любой индивидуальный план медико-санитарной помощи должен включать **внимательное, всестороннее и подробное обследование**, в том числе выяснение социально-экономического положения и образовательного уровня, истории болезни и травматологического анамнеза, нынешнего состояния здоровья и оценку навыков, уже имеющихся или требующихся, для определения и адекватного удовлетворения индивидуальных потребностей.
- В-шестых, хотя и необходимо избегать застывших и негибких стратегий, учитывая разнообразие индивидуальных потребностей в меняющемся мире, во всем мышлении и во всем процессе разработки стратегий, касающихся всех, кто находится в местах лишения свободы, должен присутствовать **основополагающий принцип важности прав человека**.

Новшества последнего времени и появляющиеся планы

Фактические данные и рекомендации специалистов, полученные в ходе подготовки настоящего документа, со всей ясностью показали, что в разных странах Европы сегодня появляются новые подходы и новые планы. Многие государственные службы, причастные к рассматриваемой сфере, переживают перемены: например, охрана

общественного порядка, службы пробации, программы отбывания наказания в обществе и инициативы неправительственных организаций. В новых службах наблюдается тенденция к более активному выдвигению на первый план альтернатив лишению свободы и к направлению гораздо больших сил и средств на оценку конкретных ситуаций и исполнение наказания женщин по месту жительства, а не в местах лишения свободы, особенно если они совершили ненасильственное или относительно мелкое преступление.

Меняются также правовые системы и системы уголовного правосудия. Некоторые появляющиеся планы могут иметь важные положительные последствия для женщин, находящихся в системе уголовного правосудия. Например, уже сегодня используются методы реституционного правосудия, такие как встречи семейных групп и "круг по обсуждению наказания". Реституционное правосудие определяется как "применение реституционного процесса, в котором жертва и правонарушитель и, в соответствующих случаях, любые другие лица или члены общины, пострадавшие от какого-либо преступления, активно участвуют в совместном урегулировании вопросов, возникающих в связи с преступлением, как правило, при помощи [специально обученного] посредника" (Экономический и Социальный Совет ООН, 2002).

Возникают также и новые идеи, касающиеся укрепления здоровья в исправительных учреждениях, особенно женских. Они включают принцип более широкого участия заинтересованных сторон за счет применения методов формирования активных сообществ (Martin, 2008), дальнейшее использование комплексного подхода с охватом всех сторон жизни исправительного учреждения (Hayton, 2007) и создание сетей самопомощи, которые, например, уже действуют в некоторых районах Германии (Bogemann, 2007).

Необходимо самым решительным образом поощрять эти и другие новшества, но следует также признать, что процесс улучшений во всем Европейском регионе ВОЗ по-прежнему проходит медленно.

Любой призыв к действиям, касающимся **охраны здоровья женщин в местах лишения свободы**, в целом следует рассматривать через призму следующих характеристик:

1. Непременным первым шагом к достижению такого положения, при котором на всех этапах процесса уголовного правосудия принимаются во внимание специфические гендерные потребности и обстоятельства, является организация системы уголовного правосудия, восприимчивой к гендерным аспектам и правильно на них реагирующей.

2. Для того, чтобы в каждой пенитенциарной системе удовлетворялись элементарные медико-санитарные и социальные потребности заключенных-женщин, должна быть разработана такая политика в отношении мест лишения свободы, которая предусматривает восприимчивость к гендерным аспектам и адекватное реагирование на них.
3. Главенствующее место всегда должны занимать принадлежащие женщинам и их детям права человека; должны признаваться принципы эквивалентности и надлежащего качества условий жизни и медико-санитарной помощи. Самым главным соображением должны быть потребности любого ребенка, фигурирующего в каждом конкретном случае.
4. Должна предоставляться специализированная медико-санитарная помощь: например, психиатрическая помощь, в том числе по поводу пережитого в прошлом насилия; помощь по поводу ВИЧ, гепатита С, туберкулеза и других инфекционных заболеваний; по поводу наркотической и алкогольной зависимости; по поводу необучаемости и по поводу нарушений репродуктивного здоровья.
5. Для того, чтобы обеспечить непрерывность помощи, должны заблаговременно планироваться и осуществляться мероприятия по подготовке к освобождению, и особым разделом в такой программе подготовки должно быть обеспечение доступа к здравоохранению и другим службам после освобождения. Планирование мероприятий по подготовке к освобождению является сложным вопросом, требующим больших усилий, что обусловлено отбыванием наказания вдали от обычного места жительства и возможной нехваткой времени на подготовку, особенно в случае коротких сроков заключения. Однако все усилия могут быть сполна вознаграждены значительным облегчением процесса перехода к жизни на свободе, снижением социальных издержек, связанных с этим процессом, и снижением частоты повторных правонарушений.

Рекомендации

Проект Европейского регионального бюро ВОЗ "Охрана здоровья в тюрьмах" решительно поддерживает нижеследующие выводы и рекомендации:

1. **Важнейшим первым шагом к достижению такого положения, при котором на всех этапах системы уголовного правосудия принимаются во внимание обусловленные гендерной принадлежностью потребности и обстоятельства,**

является формирование системы уголовного правосудия, восприимчивой к гендерным аспектам и адекватно реагирующей на них.

1.1 Более значительные и сложные потребности. Заключенные-женщины составляют малую часть контингента пенитенциарных учреждений: каждый день их численность в местах лишения свободы в Европе составляет около 100 тысяч человек. У заключенных-женщин, как правило, ниже уровень доходов, среди них выше процент жертв насилия, у них более сложные социальные и медицинские проблемы, чем у заключенных-мужчин. Этим проблемам необходимо уделять постоянное и особое внимание в интересах самих женщин, их детей и в интересах всего общества в целом.

1.2. Дорогостоящие последствия помещения женщин в места лишения свободы. Большинство заключенных-женщин попали в заключение за ненасильственные и мелкие преступления, однако влияние лишения свободы на их здоровье и на их детей очень велико. В каждом отдельном случае перед вынесением приговора необходимо внимательно рассматривать обстоятельства жизни женщины и ее место в семье и обществе. Все участники судебного процесса должны рассматривать все последствия принимаемых решений. Для того, чтобы напрасно не губить жизнь женщин и не причинять вреда детям и другим родственникам-иждивенцам, нужно всесторонне рассматривать все альтернативы тюремному заключению.

1.3. Более подходящий уровень режима. Подавляющее большинство заключенных-женщин не нужно содержать в учреждениях строгого режима, они не представляют угрозы для общества. Если нет возможности исполнить назначенное судом наказание таким образом, чтобы женщины оставались в местах своего проживания, или если отсутствуют подходящие для исполнения наказания места в обществе, тогда следует создавать места лишения свободы с менее строгим режимом специально для женщин, где они могли бы содержаться в меньших блоках и ближе к дому.

1.4. Комплексный подход с охватом всех сторон жизни в местах лишения свободы. Хотя данный документ посвящен охране здоровья женщин в местах лишения свободы, из имеющихся фактических данных становится очевидно, что принцип восприимчивости к гендерным аспектам и адекватного реагирования на них должен применяться на всех этапах системы уголовного правосудия, начиная с первого

соприкосновения с полицией. Отсюда следует, что одним из главных элементов любого нового подхода должно быть обучение всех, кто причастен к системе – сотрудников полиции, мировых судей, судебных чиновников, судей и работников службы пробации – навыкам распознавания гендерных проблем и правильного реагирования на них.

1.5. Применять предварительное заключение как можно реже. Помещение женщин, как, впрочем, и всех других правонарушителей, в предварительное заключение следует применять как можно реже, чтобы не допускать неизбежных вредных последствий для женщины и для ее семьи. Когда же избежать предварительного заключения невозможно, для помещаемых в него женщин должны быть предусмотрены специальные процедуры, в которых особое внимание уделяется уязвимости женщин в самом начале пребывания в заключении и повышенному риску членовредительства, в том числе суицида, в данной категории заключенных. На стадии предварительного заключения также могут возникать и упомянутые ниже проблемы, касающиеся детей.

1.6. Всесторонняя оценка медико-санитарных потребностей. Во всех случаях, когда кто-либо предстает перед судом, должны приниматься во внимание выявленные в результате оценки медико-санитарные потребности, чтобы можно было вынести наиболее оптимальное решение о водворении под стражу. В случае женщин, чьи преступления часто бывают обусловлены наркозависимостью, в качестве альтернативы тюремному заключению должно быть предложено пройти лечение от наркомании в каком-либо подходящем месте. Аналогичным образом, женщины, явно нуждающиеся в психиатрической помощи, должны направляться в такое учреждение, которое может проводить лечение и оказывать помощь по поводу психической болезни.

1.7. Необходимость иметь данные с разбивкой по гендерному признаку. Для того, чтобы создать пенитенциарную систему, которая восприимчива к гендерным аспектам и адекватно на них реагирует, и быть в состоянии понимать и должным образом и полноценно удовлетворять особые медико-санитарные потребности заключенных-женщин, нужно увеличить объем данных с разбивкой по гендерному признаку о состоянии здоровья и медико-санитарных потребностях заключенных-женщин и стимулировать дальнейшие исследования в этой области.

- 2. Для того, чтобы в каждой пенитенциарной системе удовлетворялись элементарные потребности заключенных-женщин в медико-санитарной помощи и социальной защите, должна быть разработана такая политика в отношении мест лишения свободы, которая предусматривает восприимчивость к гендерным аспектам и адекватное реагирование на них.**

2.1. Удовлетворение особых потребностей женщин в медико-санитарной помощи.

Система медико-санитарной помощи в местах лишения свободы, восприимчивая к гендерным аспектам и адекватно на них реагирующая, должна отражать особые медико-санитарные потребности заключенных-женщин путем предоставления подходящих условий и режимов, а также легкого доступа к услугам медико-санитарной и социальной помощи, которые необходимы женщинам.

- Услуги должны быть основаны на первичной медико-санитарной помощи, предоставляемой по принципу системности в оценке этих потребностей; при этом должен предлагаться целый спектр услуг, включая укрепление здоровья с упором на самопомощь, рациональное питание и физическую активность, профилактические осмотры, аналогичные проводимым в местном сообществе, и консультирование и помощь в решении повседневных проблем здоровья.
- Службы первичной помощи должны быть в состоянии удовлетворять многие из более сложных медико-санитарных потребностей, решать сложные проблемы и удовлетворять потребности репродуктивного/сексуального здоровья заключенных-женщин, для чего должно быть организовано повышение квалификации сотрудников медицинской службы и им должна быть обеспечена возможность обращаться за помощью к узким специалистам. Это должно включать первичную психиатрическую помощь и доступ к таким курсам лечения, с помощью которых можно излечивать душевные травмы и укреплять благополучие женщин, в прошлом подвергавшихся насилию.
- Медицинские службы в местах лишения свободы должны быть осведомлены о специфических потребностях заключенных-девушек и женщин старшего возраста и быть готовы удовлетворять эти потребности.
- Служба здравоохранения должна поддерживать взаимодействие с другими сотрудниками пенитенциарного учреждения, которые ведут работу по удовлетворению потребностей в реабилитации и реинтеграции в общество путем

предоставления услуг, рассчитанных специально на женщин.

2.2. Обучение сотрудников навыкам распознавания гендерных проблем и правильного реагирования на них. Все сотрудники в местах лишения свободы, работающие с заключенными-женщинами, должны пройти курсы обучения навыкам распознавания гендерных проблем и правильного реагирования на них и дополнительные курсы санитарно-гигиенического просвещения, чтобы быть уверенными в том, что они понимают такие вопросы, как потребности беременных женщин, последствия наличия в анамнезе физического и сексуального насилия и факторы, которые могут приводить к членовредительству и повышенному риску суицида.

2.3. Правильное соотношение женского и мужского персонала. В обычной практике женских пенитенциарных учреждений принимаются меры для поддержания разумного соотношения между женским и мужским персоналом постольку, поскольку организация работы мест лишения свободы отражает различные повседневные потребности женщин. Сотрудники службы режима – мужчины не должны иметь с заключенными-женщинами физических контактов в порядке исполнения повседневных служебных обязанностей, и им должен быть закрыт доступ в места, где женщины обычно бывают раздеты, например, в душевые. Персонал не должен иметь властных полномочий, которые наносят ущерб интимной сфере жизни и благопристойности женщин. В каждой пенитенциарной системе по данному кадровому вопросу должен быть разработан и утвержден четкий протокол, основанный на общепринятых международных нормах и положениях национального законодательства.

2.4. Клинические консультации, учитывающие личные пожелания. В пенитенциарной службе здравоохранения женщины должны иметь возможность требовать, чтобы обследование, лечение и уход проводились медсестрами и врачами-женщинами. Когда такой возможности нет, врачи-мужчины, принимая заключенных-женщин, должны прибегать к помощи т.н. компаньонки (т.е. в кабинете врача во время приема должна находиться еще одна женщина). Однако, как и в других местах лишения свободы, заключенные должны иметь возможность быть на приеме у врача без присутствия каких-либо оперативных сотрудников.

2.5. Конфиденциальные жалобы и независимый мониторинг. Заключенные-женщины должны иметь доступ к независимой системе подачи конфиденциальных жалоб, чтобы можно было конфиденциально сообщать о таких вопросах, как факты насилия и/или жестокого обращения во время пребывания в заключении.

3. Главенствующее место всегда должны занимать принадлежащие женщинам и их детям права человека; должны признаваться принципы эквивалентности и надлежащего качества условий жизни и медико-санитарной помощи. Самым главным соображением должны быть потребности любого ребенка, фигурирующего в данном случае.

3.1. Защита личных и семейных отношений. У многих заключенных-женщин есть дети, для которых они до попадания в заключение были главным или единственным попечителем. Когда женщины поступают в места лишения свободы, семья часто распадается, и в результате многие дети сами помещаются в тюрьму. Необходимо прилагать дополнительные усилия к тому, чтобы сохранить семейные узы, особенно если в семье есть дети раннего возраста, которые не поступают вместе с матерями в места лишения свободы. Необходимо содействовать посещениям заключенной-женщины родственниками и всячески поощрять такие посещения, поскольку это важнейшее средство сохранения семейных связей. Следует изучать оригинальные способы сохранения целостности семейных уз, применяемые в некоторых странах, и подумать об их распространении и в других странах, где пенитенциарные системы для женщин остаются в своем нынешнем виде. Во всех системах должно быть запрещено прекращение семейных контактов в виде наказания.

3.2. Поддержание контактов с домом и внешним миром. Необходимо всегда помнить о важности телефонных контактов. Во всех женских пенитенциарных учреждениях должна быть принята хорошо продуманная политика доступа к телефону, при которой женщинам обеспечивается возможность с определенной регулярностью звонить домой, причем заключенной не нужно оплачивать все связанные с этим расходы. Для иностранных гражданок сделать это может быть труднее, но все же, учитывая общую ценность поддержания связи с обществом, нужно, чтобы обеспечение таких контактов было важным элементом политики пенитенциарных учреждений.

3.3. Важная роль неправительственных организаций. Роль и значение неправительственных организаций и групп добровольцев, работающих на общественных началах, в деле поддержания семейных контактов доказаны. Необходимо всячески поощрять работу неправительственных организаций и групп добровольцев с женщинами-правонарушительницами как внутри пенитенциарной системы, так и вне ее.

3.4. Дети, живущие вместе со своими матерями в местах лишения свободы. Одно из самых трудных решений, которые приходится принимать на уровне государственной политики, - это вопрос о том, следует ли детям находиться вместе с матерями в местах лишения свободы. Тут есть несколько руководящих принципов:

- Первейшим и главным соображением должны быть наилучшие интересы ребенка.
 - Следует всегда способствовать тому, чтобы дети участвовали в принятии решений, и облегчать их участие, разумеется, с учетом их возраста.
 - Если дети все же находятся в местах лишения свободы вместе с матерями, им должны быть обеспечены подходящие условия.
 - Должны быть четко предусмотрены меры по обеспечению медико-санитарного обслуживания и развития ребенка.
 - Должны проводиться регулярные контроль и переоценка благополучия ребенка с использованием наиболее подходящих для этого методов.
 - Должна существовать договоренность о том, что любой ребенок в любой момент может покинуть пенитенциарное учреждение, если это отвечает наилучшим интересам ребенка.
- 4. Должна предоставляться специализированная медико-санитарная помощь: например, психиатрическая помощь, в том числе по поводу пережитого в прошлом насилия; помощь по поводу ВИЧ, гепатита С, туберкулеза и других инфекционных заболеваний; по поводу наркотической и алкогольной зависимости; по поводу необучаемости и по поводу нарушений репродуктивного здоровья.**

4.1. Хорошо отлаженная первичная медико-санитарная помощь и легкий доступ к экстренной помощи. Качественные услуги первичной медико-санитарной помощи в

местах лишения свободы способны решать многие проблемы здоровья и должны быть составным элементом программы регулярных обследований, оценок и переоценок состояния здоровья в рамках регулярного цикла помощи. У всех заключенных могут возникать неотложные состояния, при которых требуется срочный прием в лечебные учреждения вторичного звена или специализированные учреждения. Порядок предоставления доступа в такие учреждения должен быть расписан в плане медико-санитарной помощи пенитенциарного учреждения и доведен до сведения всех заключенных. Добраться туда редко бывает легко для любого заключенного, однако для женщин должен быть специально предусмотрен план транспортировки, позволяющий избежать дополнительного стресса. Что касается заключенных-иностранок, этот порядок должен быть доведен до их сведения через переводчика, при этом должны признаваться и должным образом учитываться их дополнительные культурные потребности.

4.2. Укрепление психического здоровья и способности к восстановлению душевных и физических сил. Центральное место в политике здравоохранения в любом пенитенциарном учреждении должно занимать укрепление психического здоровья и благополучия. Высокий уровень распространенности членовредительства и даже самоубийств среди заключенных-женщин должен служить предупреждением для начальников пенитенциарных учреждений о том, что необходимо срочно разработать стратегии и программы охраны психического здоровья в целом и оценки состояния здоровья женщин, которые могут входить в группу риска. Эта сфера медико-санитарных потребностей наглядно демонстрирует важность комплексного подхода с охватом всех сторон жизни пенитенциарного учреждения. Все сотрудники должны знать и понимать свою роль и то, каким образом можно добиться позитивных и благотворных изменений в окружающей среде и режимах в местах лишения свободы, чтобы таким образом достичь улучшений в психологической устойчивости у заключенных и сотрудников пенитенциарного учреждения. Здесь ведущую роль должны играть начальники учреждений, которые должны работать с руководящим персоналом над созданием в учреждении особого климата, способствующего здоровью.

4.3. Психологическая адаптация к пережитому в прошлом насилию. Многие заключенные-женщины в прошлом, до попадания в заключение пережили физическое или сексуальное насилие. Нарушения психического здоровья, которые могут возникать из-за этого, требуют, чтобы женщинам была оказана специализированная психиатрическая

поддержка и помощь как неотъемлемый элемент медико-санитарной помощи, предоставляемой заключенным-женщинам.

4.4. Важность медицинских обследований для выявления ВИЧ и других состояний.

При поступлении в пенитенциарное учреждение правонарушительницы-женщины должны проходить обследование (с консультированием до и после тестирования) на ВИЧ, гепатит С и инфекции, передаваемые половым путем. Персонал пенитенциарных учреждений должен быть обучен действиям при возникновении психосоциальных и медицинских проблем, связанных с этими инфекциями у заключенных-женщин. В тех случаях, когда предлагается пройти обследование, должны быть также предусмотрены финансовые средства для последующего лечения.

4.5. Борьба с туберкулезом и помощь больным. Во всех местах лишения свободы должны выполняться положения, содержащиеся в изданном ВОЗ руководстве по борьбе с туберкулезом и помощи больным в тюрьмах.

4.6. Санитарно-гигиеническая грамотность. Важной составляющей медико-санитарной помощи, имеющей особое значение для заключенных-женщин, является улучшение их знаний и понимания вопросов здравоохранения, благодаря чему повышаются их возможности и уверенность в деле охраны и укрепления собственного здоровья. Сюда должно входить знание того, как распространяются некоторые заболевания, особенно гемотрансмиссивные или передаваемые половым путем, и как можно не допустить заражения этими заболеваниями. Женщинам необходим легкий и бесплатный доступ к презервативам, а также к резиновым прокладкам для полости рта. Необходимо всячески препятствовать практике нанесения татуировок и пирсинга и строго регламентировать ее, т.к. она создает большой риск передачи инфекционных заболеваний среди заключенных-женщин.

4.7. Необучаемость. Все информационные материалы по санитарно-гигиеническому просвещению для умственно отсталых заключенных-женщин должны быть переработаны и соответствующим образом адаптированы, чтобы женщины могли понять их. Нужны дополнительные фактические данные, касающиеся эффективности подобной переработки, и дальнейшие исследования по изучению проблемы необучаемых заключенных-женщин.

4.8. Специальные программы лечения наркозависимости, учитывающие гендерные аспекты. Медико-санитарная помощь в местах лишения свободы должна включать доступ к программам лечения наркозависимости, которые могли бы специально разрабатываться с учетом потребностей женщин таким образом, чтобы у женщин укреплялось ощущение безопасности и поддержки. Как и в случае всех других указанных здесь программ, задействованный в них персонал должен обращать внимание на проблемы, обусловленные гендерной принадлежностью.

4.9. Заместительная терапия. Заключенным-женщинам с наркозависимостью должна предоставляться возможность пройти лечение, в том числе заместительную терапию. Для этого должно быть разработано четкое руководство, предусматривающее также дополнительное обучение медицинского персонала.

4.10. Снижение вреда. В качестве одного из важнейших элементов борьбы с распространением ВИЧ и гепатита С во всех местах лишения свободы должны быть разработаны программы снижения вреда. В тех случаях, когда на политическом уровне или на уровне персонала имеются разногласия по поводу некоторых мер по снижению вреда, доказавших свою эффективность, следует рассказывать об успешном осуществлении подобных программ, например, в пенитенциарных учреждениях Испании.

4.11. Серьезные вопросы, касающиеся беременности в местах лишения свободы. В связи с беременностью женщин-правонарушительниц возникает целый ряд важных вопросов: должна ли беременность быть препятствием для тюремного заключения, где должны проходить роды, какие должны быть обеспечены условия для грудного вскармливания и формирования духовной связи между матерью и ребенком, а также уже упоминавшиеся вопросы о непрерывности ухода за ребенком, возможности пребывания ребенка в местах лишения свободы и допустимом сроке его пребывания там. Имеется широкое согласие по двум пунктам:

- В идеале заключенная-женщина всегда должна рожать не в местах лишения свободы, а в обычной больнице.
- Следует постоянно пересматривать необходимость продолжения тюремного заключения матери, имея ввиду ее перевод на альтернативную меру наказания, когда имеется такая возможность. В некоторых странах Европы появляется опыт использования специально построенных режимных блоков матери и ребенка.

4.12. Лечение по поводу ВИЧ. Согласно рекомендациям ВОЗ, беременные заключенные-женщины, живущие с ВИЧ, всегда должны получать антиретровирусную терапию.

4.13. Поддержка грудного вскармливания. Заключенных-женщин нельзя отговаривать от грудного вскармливания, если женщина не живет с ВИЧ. Женщинам, живущим с ВИЧ, рекомендуется полностью избегать кормления ребенка грудью, если искусственное вскармливание является приемлемым, осуществимым, доступным по стоимости, устойчивым и безопасным способом. Пенитенциарное учреждение должно удовлетворять особые медико-санитарные и пищевые потребности кормящей женщины.

5. Для того, чтобы обеспечить непрерывность помощи, должны заблаговременно планироваться и осуществляться мероприятия по подготовке к освобождению, и особым разделом в такой программе подготовки должно быть обеспечение доступа к здравоохранению и другим службам после освобождения.

Планирование мероприятий по подготовке к освобождению является сложным вопросом, требующим больших усилий, что обусловлено отбыванием наказания вдали от обычного места жительства и возможной нехваткой времени на подготовку, особенно в случае коротких сроков заключения. Однако все усилия могут быть сполна вознаграждены значительным облегчением процесса перехода к жизни на свободе, снижением социальных издержек, связанных с этим процессом, и снижением частоты повторных правонарушений.

5.1. Непрерывность помощи и планирование мероприятий по подготовке к освобождению. Имеются убедительные данные, подтверждающие важность непрерывности помощи людям, которые страдают опасными для жизни состояниями, такими как ВИЧ, туберкулез, или проходят лечение от наркозависимости или по поводу нарушений психического здоровья, равно как и всем заключенным, если справедливо рассматривать переход к жизни в обществе как вопрос первостепенной важности. Существуют вполне реальные факторы, мешающие обеспечению непрерывности помощи – это географическая удаленность от родных мест заключенной, распад семейных уз, потеря работы, а часто и жилья, а также необходимость принятия мер к тому, чтобы женщина не возвращалась в такую домашнюю обстановку, где ей угрожает жестокое

обращение. В некоторых случаях родственники сами не желают ее возвращения к ним и могут отказаться принять ее.

Некоторые из этих шагов помогут повысить шансы на успешный переход к жизни в обществе. Однако одним из главных факторов при этом будет наличие возможности получить помощь в местах лишения свободы в плане образования, профессионального обучения и формирования чувства собственного достоинства, умения лучше понимать человеческие взаимоотношения и сдерживать гнев, выработки индивидуальной приспособленности и жизненных и бытовых навыков и умений. Необходимо также решать проблему, которая возникает в тех случаях, когда вместе с матерью в местах лишения свободы находится ребенок и поэтому она не может участвовать в соответствующих занятиях. Подготовка к освобождению должна начинаться практически сразу после попадания в заключение. Медицинская служба пенитенциарного учреждения должна быть полноправным участником в этой работе наравне с другими службами, существующими в местах лишения свободы, чтобы можно было разрабатывать всеобъемлющие планы оказания поддержки после освобождения.

В этих, как и во всех других поднимаемых здесь вопросах, нужно консультироваться с самими женщинами и выявлять их потребности и требования относительно перехода к жизни в гражданском обществе.

5.2. Важная роль неправительственных организаций. Большую помощь в переходе к жизни в обществе после освобождения могут оказывать общественные организации и другие социальные группы, которые связывают места лишения свободы с обществом. Есть несколько жизненно важных сфер, в которых неправительственные организации могут быть особенно полезны: это обеспечение жильем, работой и восстановление связи с первичным звеном медико-санитарной помощи.

5.3. Заключение-иностранки. Должны приниматься во внимание особые потребности заключенных-иностранок, девушек и женщин старшего возраста, и в соответствии с ними должны составляться планы мероприятий по подготовке к освобождению. Необходимо понимать культурные различия, существующие в законодательстве и в системах уголовного правосудия, и в рамках планирования мероприятий по подготовке к освобождению и поддержке заключенных-женщин после освобождения предусматривать соответствующие шаги по решению возникающих в этой

связи вопросов.

Заключительные замечания

В настоящем справочно-аналитическом документе содержатся убедительные доказательства необходимости перемен и предлагается всеобъемлющий спектр мер, которые должны быть осуществлены для улучшения нынешнего состояния здоровья женщин и положения дел в системах уголовного правосудия и местах лишения свободы в Европе и во всем мире. Что можно сделать – понятно, а теперь стало еще более очевидным и приемлемым то, что следует делать.

Связанная с этим документом Киевская Декларация "Охрана здоровья женщин в местах лишения свободы" строится на прочном фундаменте его положений и фактических данных, которые указывают на нерешенные проблемы в области прав человека, гендерного равенства и социальной справедливости.

Библиография

Alejos M (2005). *Babies and small children residing in prisons*. Geneva, Quaker United Nations Office, 2005.

Bastick M (2005). *A commentary on the standard minimum rules for the treatment of prisoners*. Geneva, Quaker United Nations Office.

Bogemann H (2007). *Promoting health and managing stress among prison employees*. In: *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, accessed 26 January 2009).

Canadian HIV/AIDS Legal Network (2006). *Women prisoners and HIV/AIDS*. Ottawa, Canadian HIV/AIDS Legal Network.

Constitutional Court of South Africa (2007). *M v The State*. Braamfontein, Constitutional Court of South Africa.

Corston J (2007). *The Corston report: a report by Baroness Jean Corston of a review of women with particular vulnerabilities in the criminal justice system*. London, Home Office.

Council of Europe (2000). *Parliamentary Assembly Recommendation 1469 (2000)*. Strasbourg, Council of Europe.

Council of Europe (2006). *European Prison Rules*. Strasbourg, Council of Europe.

Covington S (2007). Women and the criminal justice system. *Women's Health Issues*, 17:180–182.

Douglas N, Plugge E (2008). The health needs of imprisoned female juvenile offenders: the views of the young women prisoners and youth justice professionals. *International Journal of Prisoner Health*, 4:66–76.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2004). *Annual report 2004: the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (<http://ar2004.emcdda.europa.eu/en/page096-en.html>, accessed 26 January 2009).

European Parliament (2008). *Resolution on the particular situation of women in prison and the impact of the imprisonment of parents on social and family life*. Brussels, European Parliament.

Fowler L (2002). *Drugs, crime and the drug treatment and testing order*. London, NAPO – Trade Union and Professional Association for Family Court and Probation Staff (ICCJ Monograph, No. 2).

Hayton P (2007). *Protecting and promoting health in prisons: a settings approach*. In: *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, accessed 26 January 2009).

Kelly P et al. (2007). *Health interventions with girls in the juvenile justice system. Women's Health Issues*, 7:227–236.

Kurten-Vartio S (2007). *Women in prison: social, economic and cultural rights of female prisoners*. Brussels, European Parliament (http://www.europarl.europa.eu/hearings/20070626/femm/kurten_vartio_en.pdf, accessed 26 January 2009).

Martin RE (2008). *Rationale, description and implications of a participatory health research project in a Canadian women's prison* [dissertation]. Manchester, University of Manchester.

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (1994). *Discrimination against women: the Convention and the Committee*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (Fact Sheet No. 22).

Ogloff J, Tye C (2007). Responding to mental health needs of female offenders. In: Sheehan R, McIvor G, Trotter C, eds. *What works with women offenders*. Devon, Willan Publishing.

Penal Reform International (2007). *Women in prison: incarcerated in a man's world*. London, Penal Reform International (Penal Reform Briefing No. 3).

Plugge E, Douglas N, Fitzpatrick R (2006). *The health of women in prison: study findings*. Oxford, Department of Public Health, University of Oxford.

Prison Reform Trust (2006). *Bromley briefings prison factfile*. London, Prison Reform Trust.

Prison Reform Trust (2007). High numbers of people with learning disabilities and difficulties held behind bars [press release]. London, Prison Reform Trust.

Quaker Council for European Affairs (2007). *Women in prison: a review of the conditions in Member States of the Council of Europe*. Brussels, Quaker Council for European Affairs.

Reyes H (2000). *Women in prison and HIV*. Geneva, International Committee of the Red Cross.

Robertson O (2008). *Children imprisoned by circumstance*. Geneva, Quaker United Nations Office.

Rutherford M (2008). *The Corston report and the government's response: the implications for women prisoners with mental health problems*. London, Sainsbury Centre for Mental Health.

Severson M, Postmus JL, Berry M (2005). Incarcerated women: consequences and contributions of victimization and intervention. *International Journal of Prisoner Health*, 1:223–240.

Taylor R (2004). *Women in prison and children of imprisoned mothers: preliminary research paper*. Geneva, Quaker United Nations Office.

United Nations Office on Drugs and Crime (2004). *Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime.

United Nations Office on Drugs and Crime (2008). *UNODC handbook for prison managers and policymakers on women and imprisonment*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime.

Walmsley R (2006). *World female imprisonment list*. London, International Centre for Prison Studies.

Weinstein C (2005). *Men's hands off women prisoners*. Oakland, California Prison Focus.

WHO (2006). *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: towards universal access: recommendations for a public health approach*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/hiv/pub/mtct/pmtct/en> accessed 26 January 2009).

WHO (2007a). *Interventions to address HIV in prisons: HIV care, treatment and support*. Geneva, World Health Organization (Evidence for Action Technical Papers; <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybriefs/en>, accessed 26 January 2009).

WHO (2007b). *Interventions to address HIV in prisons: needle and syringe programmes and decontamination strategies*. Geneva, World Health Organization (Evidence for Action Technical Papers; <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybriefs/en>, accessed 26 January 2009).

WHO (2007d). *Atlas: global resources for persons with intellectual disabilities*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas_id_2007.pdf, accessed 26 January 2009).

WHO (2007e). *Interventions to address HIV in prisons: drug dependence treatments*. Geneva, World Health Organization (Evidence for Action Technical Papers; <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybriefs/en>, accessed 26 January 2009).

WHO (2009a). Reproductive health [web site]. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/topics/reproductive_health/en, accessed 26 January 2009).

WHO (2009b). *Sexual health*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexualhealth.html>, accessed 26 January 2009).

WHO (2009c). *HIV and infant feeding*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/nutrition/hivif/en/index.html, accessed 26 January 2009).

WHO Regional Office for Europe (1999). *Mental health promotion in prisons: report on a WHO meeting, The Hague, Netherlands, 18–21 November 1998*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, accessed 26 January 2009).

WHO Regional Office for Europe (2007b). *Fact sheet on prisons and mental health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/prisons/topics/20071010_1, accessed 26 January 2009).

Wolf AM et al. (2007). Responding to the health needs of female offenders. In: Sheehan R, McIvor G, Trotter C, eds. *What works with women offenders*. Devon, Willan Publishing.

Zlotnick C (1997). Posttraumatic stress disorder (PTSD), PTSD comorbidity, and childhood abuse among incarcerated women. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185:761–763.

Zoia D (2005). Women and healthcare in prison: an overview of the experiences of imprisoned women in Italy. *International Journal of Prisoner Health*, 1:117–126.

Zurhold H, Haasen C (2005). Women in prison: responses of European prison systems to problematic drug users. *International Journal of Prisoner Health*, 1:127–141.

ВОЗ (1993). *Рекомендации ВОЗ по ВИЧ-инфекции и СПИДу в тюрьмах*. Женева, Всемирная организация здравоохранения (<http://www.rcaids.kz/files/00000675.doc>, по состоянию на 26 января 2009).

ВОЗ (2007с). *Доклад о состоянии дел по вопросу "Тюрьмы и туберкулез"*. Женева, Всемирная организация здравоохранения (<http://www.euro.who.int/Document/E89906R.pdf>, по состоянию на 26 января 2009 г.).

Европейский комитет по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания (2004). *Европейская конвенция по предупреждению пыток и бесчеловечного и унижающего достоинство обращения или наказания*.

Страсбург, Совет Европы.

Европейское региональное бюро ВОЗ (2005). *Проблема наркомании в тюрьмах и меры по снижению вреда: доклад о положении дел*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/document/e85877r.pdf>, по состоянию на 26 января 2009 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ (2007а). *Здоровье в исправительных учреждениях. Руководство ВОЗ по основным аспектам охраны здоровья в местах лишения свободы*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/Document/E90174R.pdf?language=Russian>, по состоянию на 26 января 2009 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ (2008). Тренчинское заявление об охране психического здоровья в тюрьмах. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ. (http://www.scmh.org.uk/pdfs/Trencin_Statement.pdf, по состоянию на 26 января 2009 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ (2009). База данных "Охрана здоровья в тюрьмах" [база данных в режиме он-лайн]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://data.euro.who.int/NIP/?TabID=76205>, по состоянию на 26 января 2009 г.).

Организация Объединенных Наций (1948). *Всеобщая декларация прав человека*. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций.

Организация Объединенных Наций (1955). Минимальные стандартные правила обращения с заключенными. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций.

Организация Объединенных Наций (1979). *Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин*. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций.

Организация Объединенных Наций (1988). *Свод принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме*. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций.

Организация Объединенных Наций (1990). *Основные принципы обращения с заключенными*. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций.

Экономический и Социальный Совет Организации Объединенных Наций (2002).
*Основные принципы применения программ реституционного правосудия в вопросах
уголовного правосудия.* Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций (Резолюция
2002/12).

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г. и основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения.

Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

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



Offender Health
 WHO Collaborating Centre for
 Promoting Health and Prisons

**Всемирная организация здравоохранения
 Европейское региональное бюро**

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