
Ксения Рунова

«НЕУМЕСТНАЯ» ГУМАННОСТЬ: КАК РАБОТАЮТ ВРАЧИ В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ РОССИИ

В связи с тем, что Россия в последние годы занимается реализацией международных стандартов обслуживания заключенных, остро встает вопрос о качестве здравоохранения в местах их принудительного содержания. В статье описываются и анализируются особенности профессиональной идентичности медицинских работников в уголовно-исполнительной системе России. Положение врачей в формальной и неформальной организационной структуре рассматривается через призму концепции профессиональной автономии Элиота Фрейдсона и понятия тотального института Эрвина Гоффмана. Эмпирическим материалом являются 24 полуструктурированных интервью с медицинскими работниками, сотрудниками различных служб ФСИН РФ, бывшими осужденными, правозащитниками. Важным для понимания положения и идентичности врача в пенитенциарной системе является организационный фактор. Медицинские работники во ФСИН подчиняются не Министерству здравоохранения, а Министерству юстиции. Несмотря на это с 2014 г. врачи исправительной системы формально не подчиняются администрации исправительного учреждения, но на практике автономизации их профессии не произошло. В статье сделан вывод, что профессиональная идентичность врачей «разбавляется» ведомственной идентичностью и приобретает новые очертания, которые характеризуются смещением лояльности от пациента в сторону тотального института. Профессиональная автономия врача ограничена за счет невозможности самостоятельно принимать решения, относящиеся к профессиональной компетенции, а также невозможности следовать основным нормам профессионального этического кодекса. К таким нормам относится, в частности, врачебная тайна. Из-за того, что в пенитенциарных учреждениях медицинское обслуживание является менее значимой функцией по сравнению с режимной, врач может заниматься профессиональной

Ксения Александровна Рунова – младший специалист-исследователь, Институт проблем правоприменения, Европейский Университет в Санкт-Петербурге; Санкт-Петербург, Россия. Электронная почта: krunova@eu.spb.ru

деятельностью только через систему «взаимных уступок» с режимными сотрудниками и администрацией мест лишения свободы. Давление на медицинских работников и антитерапевтические действия в отношении заключенных со стороны режимных сотрудников врачи уравнивают с помощью апелляции к своим исключительным и необходимым пенитенциарной системе профессиональным компетенциям. Эти и другие условия трансформируют отношения врач-пациент, создавая дополнительную дистанцию между ними.

Ключевые слова: тотальный институт, пенитенциарная система, медицинская профессия, неформальные правила

DOI: 10.17323/727-0634-2019-17-3-345-358

Вплоть до XIX в. в качестве основного наказания за преступления применялись пытки и казни, а ограничение свободы практиковалось лишь на период ожидания наказания. Постепенно лишение свободы становилось все более распространенным видом наказания (Foucault 1975). В современном мире оно трансформируется благодаря идее о необходимости обеспечить условия достойной жизни в таких учреждениях. Основные правовые документы, которые закрепляли необходимость соблюдения прав человека в местах принудительного содержания, были приняты после окончания Второй Мировой войны, когда мир увидел примеры бесчеловечного отношения к заключенным (UDHR 1948: ar. 5; European Convention on Human Rights 1950: ar. 3; SMR 1955: ar. 22–26). Недостаточный уровень медицинского обслуживания неоднократно признавался Европейским судом по правам человека «бесчеловечным или унижающим достоинство обращением» (Лехтметс, Понт 2014: 5).

В России заботой о здоровье граждан, находящихся под стражей или в местах лишения свободы, занимается медицинская служба ФСИН РФ¹. Качественной заботе о здоровье заключенных, по словам информантов, мешают следующие факторы: недостаток медикаментозного обеспечения и медицинского оборудования, недостаток медицинских работников, низкая заработная плата медицинского персонала. При рассмотрении данной проблемы важно учитывать организационный контекст. Медработники ФСИН формально не подчиняются администрации исправительных учреждений с 2014 г. (ФСИН РФ 2015). Тем не менее, окончательной трансформации организационной структуры так и не произошло, и медицинские работники не получили достаточной профессиональной автономии.

Нами рассматривается, каким образом реализуется профессиональная деятельность врачей в пенитенциарной системе. В основе понимания сущности учреждений, выполняющих функцию исполнения наказания, лежит

¹ Федеральная служба исполнения наказаний Российской Федерации.

концепция тотального института Эрвина Гоффмана (Goffman 1961). В рамках тотального института деятельность врача ограничена некоторыми организационными факторами, в частности вмешательством представителей других профессиональных групп в их работу. Эти ограничения рассматриваются через призму концепции профессиональной автономии Элиота Фрейдсона (Freidson 2001). В результате ограничения профессиональной автономии врачи меняют некоторые принципы своей деятельности, которым они следуют при обычных обстоятельствах. Это касается вопросов профессиональной этики, отношений врача и пациента. «Режимные» сотрудники (оперативные сотрудники, инспекторы, администрация исправительных учреждений) определенным образом влияют на этот процесс, так как их профессиональные задачи часто конфликтуют с врачебной этикой. Есть и исследования, посвященные трансформации профессиональной идентичности в ведомственную. В частности, это происходит с юристами – сотрудниками различных ведомств, таких как суды (Волков и др. 2015). Профессиональная идентичность пенитенциарных врачей трансформируется похожим образом. Наша задача рассмотреть механизмы и следствия данного явления.

Становление идентичности врача в тотальном институте через ограничение профессиональной автономии

В основу этого исследования легла концепция тотального института Гоффмана, помогающая проиллюстрировать особенности пенитенциарной системы как закрытого института, куда помещаются люди, скованные его жесткими рамками, к которым они вынуждены приспосабливаться (Goffman 1957). В тотальном институте человек лишен возможности удовлетворять свои потребности самостоятельно, следовательно, этим должна заниматься бюрократическая организация (ibid: 314). Несмотря на ограничение прав заключенных, в тотальном институте предусмотрено соблюдение «стандартов гуманности» (ibid: 329–330). К ним относится и медицинская помощь. Однако в тотальном институте на первое место выдвигаются организационные интересы, необходимость следовать внутреннему распорядку – режиму учреждения, а вопросы стандартов гуманности отодвигаются на второй план (ibid: 332–333).

Пример такого конфликта приводит в исследовании проблемы абортов в исправительных учреждениях США Рейчел Рот. Исследовательница описывает ситуацию, когда заключенная не может попасть в медицинскую часть без одобрения надзирателя, который решает, нуждается ли она в медицинской помощи. Приводя примеры судебных разбирательств женщин-заключенных против исправительных учреждений (ИУ), автор подчеркивает, что соблюдение процедур и правил режима учреждения часто оказывается первичным по сравнению с оказанием медицинской помощи даже в неотложных случаях, например, таких как роды (Roth 2010). Изучая случай

психиатрической больницы, Джон Майер выяснил, что между функциями терапии и контроля в тотальном институте может возникать конфликт (Meyer 1968). Во многих организациях эти функции делят между собой разные профессиональные группы. Врачи имеют серьезный вес как одна из профессиональных групп, которая может в особых случаях налагать ограничения на мероприятия, связанные с функцией контроля пациентов, если эти мероприятия они считают «антитерапевтическими».

Медицинские работники в тотальном институте находятся в жестко заданных рамках. Профессиональная автономия – это возможность саморегулирования профессионалами своей работы благодаря наличию специфических теоретических знаний и практических навыков, а также общественному признанию статуса профессионала (Freidson 2001: 127). Профессиональное сообщество стремится к автономии от государства, а на местах такая автономия выражается в профессиональной независимости от сотрудников-организаторов и администрации учреждения. Однако на практике группы сотрудников, выполняющие разные функции, могут участвовать в договорном процессе для того, чтобы разрешить сложные ситуации, связанные с медицинским обеспечением (Strauss et al. 1997: 27–28). Такой договорной порядок, когда врач не может принимать решения самостоятельно в рамках своей компетенции, ограничивает профессиональную автономию врача.

Важнейшей этической проблемой для врачей в тотальном институте является проблема «двойной лояльности», когда медик вынужден действовать в интересах государства при условии, что они не совпадают с интересами пациента. Лояльность по отношению к пациенту снижается в пользу лояльности государству тогда, когда медик находится в стесненных условиях, например, в условиях военного времени (Уильямс 2006: 36). Еще одним примером двойной лояльности врачей является их участие в смертной казни заключенных. С одной стороны, присутствие врачей – гарантия гуманности. С другой, это нарушение профессиональной этики – участие врачей в убийствах противоречит профессионализму и создает основу для недоверия со стороны общества (Sawicki 2008).

Вследствие ограничения профессиональной автономии и смещения лояльности в направлении следования ведомственным интересам складывается особая идентичность врача тотального института. Она приобретает элементы идентичности надзирателя. Исследование медсестер исправительного психиатрического учреждения показало, что они становятся носителями двойной профессиональной роли, сочетающей в себе функцию заботы, предписываемую профессией медсестры, и функцию контроля, диктуемую спецификой организации, то есть становятся медработницами и надзирательницами в одном лице (Holmes 2005). Результатом такой расстановки сил является увеличение дистанции между медработником и пациентом (Jacob 2013). Во многом этот эффект преобладает из-за

культуры риска в тотальном институте: обеспечение безопасности становится важным ограничивающим стимулом для медработника (Jacob, Holmes 2011). Важную роль для процесса выстраивания дистанции врач-пациент играет количество времени, которое они проводят друг с другом (Rosenhan 1973). В случае ИУ, режимные сотрудники проводят с заключенными больше времени и могут влиять на мнение о них медработников. Вместе с приобретением функции контроля над заключенными, выполняемой обычно надзирателями, врачи теряют медицинский контроль, то есть контроль над траекторией болезни (Strauss et al. 1997: 19–20). Это происходит из-за нехватки ресурсов и невозможности принимать решения в рамках своей компетенции самостоятельно.

ФСИН является тотальным институтом армейского типа, который характеризуется авторитарным характером взаимоотношений между участниками взаимодействия (дисциплина, субординация), «осадным менталитетом» (*siege mentality*), сплоченностью («честь мундира») (Sun et al. 2007). Последняя характеристика означает институциональную солидарность, выражающуюся в замкнутости и закрытости сообщества. Часть сотрудников ФСИН является аттестованными, то есть аналогично военнослужащим подчиняются приказам старших по званию, проводят больше времени на рабочем месте по сравнению с вольнонаемными сотрудниками, участвуют в «режимных» мероприятиях¹. Таким образом, в тотальном институте ограничение профессиональной автономии обусловлено следованием внутреннему распорядку учреждения. Попадая в новую для себя обстановку культуры риска, медики приобретают специфические особенности профессиональной идентичности, которые влияют на выстраивание взаимоотношений с «режимными» сотрудниками².

Методы сбора данных и выборка

С января 2017 г. по январь 2018 г. проведено 24 полуструктурированных интервью с медработниками (врачами, персоналом среднего звена, сотрудниками МСЧ), инспекторами, оперуполномоченными, начальником ИУ, бывшим осужденным, бывшим подследственным и правозащитниками. Длительность интервью варьировалась от 27 минут до 2 часов 30 минут. Почти все сотрудники ФСИН, ставшие информантами, являются аттестованными (большая часть начальствующего состава среди врачей и все «режимники» являются аттестованными сотрудниками), среди вольнонаемных преобладают военные пенсионеры. Все врачи и несколько сотрудников

¹ Например, аттестованных врачей могут «поднять» по учебной тревоге.

² Сами информанты могут называть «режимниками» как в целом всех сотрудников, которые отвечают за безопасность, так и отдельно сотрудников режимного отдела, который отвечает в учреждениях за соблюдение режима дня.

ИУ являются представителями одного субъекта РФ, с населением более млн человек, остальные информанты представляют разные регионы. Последнее обстоятельство связано с труднодоступностью этого поля. Названия регионов не разглашаются в целях сохранения анонимности информантов. По той же причине скрыта информация о возрасте и другие характеристики информантов.

Выборка исследования формировалась методом максимальной вариации. На положение врачей в пенитенциарных учреждениях влияют различные факторы: от личных взаимоотношений с начальником учреждения до местоположения и укомплектованности штата сотрудников. В связи с этим, для того чтобы увидеть общую картину, необходимо привлекать информантов из различных типов пенитенциарных учреждений.

Полученные данные имеют ряд ограничений. Как врачи, так и «режимники» могут утаивать некоторую информацию, касающуюся неэтичных или незаконных действий сотрудников. В интервью некоторые сотрудники, отвечающие за безопасность, отнеслись ко мне с подозрением. Это связано с тем, что часть информации является секретной, а другая – негласно считается закрытой. Последний аспект касается и врачей, в частности они склонны преуменьшать интенсивность давления со стороны «режимников» и администрации учреждений, скрывать конфликты с ними. Так, после одного из интервью, в котором врач отрицал наличие конфликтов с начальником учреждения и с «режимниками», его коллеги рассказали не под запись, что такие конфликты есть и они достаточно серьезные. Кроме того, наиболее чувствительные вопросы были связаны с применением насилия к заключенным.¹ Эти ограничения частично снимаются тем, что в исследовании используется триангуляция данных, в частности представлены точки зрения разных сторон, в том числе независимых правозащитников, бывших заключенных и бывшего сотрудника.

Формально независимый врач без прямого доступа к пациенту

ФСИН России находится в подчинении Министерства юстиции РФ. Помимо функций, связанных с исполнением наказания, она занимается «медико-санитарным обеспечением осужденных лиц» (Указ Президента РФ 2012). Медработники учреждений ФСИН формально не подчиняются администрации исправительных учреждений. Внутри ведомства существует отдельная вертикаль подчинения медработников. На уровне субъектов федерации на вершине этой вертикали находятся медико-санитарные части

¹ Все подопечные пенитенциарных учреждений (ИУ, СИЗО, ЛИУ, ЛПУ) обозначаются в данной статье как «заключенные». С юридической точки зрения это не совсем корректно, но необходимо для краткости.

(МСЧ). Медицинская служба остается внутри системы, но на уровне исправительных учреждений медицинские работники формально не зависят от администрации этих учреждений.

В условиях необходимости соблюдения режима содержания заключенных, режимные сотрудники становятся посредниками между медработниками и подопечными учреждений ФСИН: записаться на прием к врачу и обратиться за экстренной медицинской помощью возможно в большинстве случаев только через посредничество немедицинского персонала (Приказ Минздравсоцразвития РФ, Минюста РФ 2005: п. 53). Так, медицинские работники, за некоторыми исключениями, могут работать только в присутствии и в сопровождении инспектора (там же: п. 50).

Система «взаимных уступок»

Врачи и «режимники» считают, что в пенитенциарном учреждении все отделы работают в тесной связке, а сепарация, то есть независимая работа, как профессиональных групп, так и групп, сформировавшихся на основе специфических функций, невозможна. Врачи и «режимники» определяют друг друга как разные группы, связанные между собой неформальными отношениями. Договорной процесс, происходящий в больнице между различными группами работников, отличается от того, что происходит в пенитенциарном учреждении, прежде всего тем, что многие ситуации, которые в больнице считаются рутинными, не являются таковыми в исправительных учреждениях (например, транспортировка больного, приглашение врача-специалиста в учреждение, получение медикаментов, отсутствующих в перечне разрешенных). «Режимников» в работе врачей прежде всего интересует то, как тот или иной диагноз может повлиять на режимные мероприятия. Они могут предпринимать попытки использовать медработников как одно из средств дисциплинирования заключенных:

Если, например, человека, по их оперативным соображениям, ну необходимо, скажем так, закрыть <...>, то зачастую надавливают на медицинских работников, чтобы те нашли медицинские основания <...>, то есть <...> пошли на определенный подлог, скажем так. И в случае, если медицинский работник отказывается <...>, он может попасть под определенный административный пресс со стороны режимно-оперативного сотрудника (Антон, сотрудник МСЧ).

«Административный пресс» может заключаться, например, в замедлении работы врачей, так как врач без участия сотрудников не может ни попасть на свое рабочее место, ни перемещаться по учреждению, ни покинуть его.

Врачи, по их словам, тоже могут определенным образом влиять на процесс принятия решений, так как их функции являются специфичными, то есть не могут быть выполнены другими сотрудниками. Наличие у врачей

некоторых «нужных» сотрудникам профессиональных компетенций подтверждают и «режимники»:

К: А вот с врачами как-то сталкиваетесь <...>?

С: Конечно. Когда нужно отдать какую-нибудь справку медицинскую, взять, и чтобы это было побыстрее или, чтобы они очень много не писали разных терминов своих, чтобы потом прокуратура нас не мучила (Сергей, оперуполномоченный в ИУ).

Благодаря специфическим компетенциями врачи могут предотвращать некоторые антитерапевтические действия в отношении заключенных (Meuer 1968). К таким действиям могут относиться привлечение осужденного к труду или помещение в штрафной изолятор, когда по состоянию здоровья это противопоказано. Однако врачи говорили о том, что не всегда могут проконтролировать выполняются ли их предписания: например, осужденным, находящимся в ШИЗО, был назначен постельный режим (возможно неформально), но проследить позволяли ли осужденным лежать днём невозможно.

Таким образом, медицинские работники и режимные сотрудники взаимодействуют на основе, по выражению информантов-врачей, «взаимных уступок», хотя медицинская помощь остается вторичной по сравнению с режимной функцией.

Дистанция врач–пациент или надзиратель–заключенный

Из-за «двойной лояльности» медиков проблемы возникают не только с другими сотрудниками и администрацией исправительных учреждений, но и с пациентами, с которыми выстраивается дополнительная дистанция. Медработники не доверяют пациентам, боясь манипуляций с их стороны, пациенты не доверяют врачам из-за «двойной роли» врача-надзирателя (Яacob 2013). Медики подозревают пациентов в обмане. Существует устойчивое мнение и среди медиков и среди «режимников» о том, что осужденные могут преследовать не только цели сугубо медицинского характера, но и стремиться к освобождению от работы или получению препаратов для снятия «синдрома отмены» при наркозависимости.

Недоверие со стороны пациентов к врачам символически проявляется, по словам врачей и правозащитников, через разницу в восприятии заключенным врача в форменной одежде ведомства и в белом медицинском халате: *«Доктор выходил, причем он выходил так уже не в халате, а в этой форме хаки защитного цвета, и многие (заключенные) даже не воспринимали его как врача»* (Леонид Агафонов, бывший член ОНК, руководитель проекта «Женщины. Тюрьма. Общество»). Ведомственная форма, по словам правозащитников и врачей, порождает недоверие: вплоть до того, что пациент может отказаться идти к врачу и лечиться у него. К сотруднику в белом халате, напротив, заключенные охотно подходят и задают вопросы.

В определенной мере увеличение дистанции между медработниками и пациентами связано с тем, что первые получают информацию о заключенных от «режимников». Многие врачи говорят о том, что намеренно стараются не узнавать о преступлениях пациента, чтобы не иметь предвзятого отношения к нему. Важно, что информирование со стороны «режимников» не всегда связано с вопросами безопасности сотрудников:

Она жалуется [пациентка], а я чересчур, наверное, сердобольно, как ей [начальнице отряда] показалось, начала вникать в ее жалобу. Она [начальница отряда] сзади стоит и говорит: «Алла Михайловна, прекратите, она убила своих двоих детей». [пауза] Это пауза в голове сразу, то есть я вообще понять не могу как можно убить своих двоих детей, то есть у меня просто стопор (Алла, врач в ведомственной больнице).

В данном случае сведения могут повлиять на эмоции медицинского работника по отношению к пациенту и увеличить дистанцию между ними. О подобном информировании говорили и некоторые правозащитники в интервью.

Врачебная этика против групповой солидарности

В международных этических кодексах пенитенциарных медработников (СОЕ 2006) указывается важная роль этой профессиональной группы в предотвращении жестокого обращения с заключенными со стороны режимных сотрудников: запись в медкарте о насилии со слов пациента может предотвращать насилие в будущем (ibid: п. 42). Часть «режимников», работающих в учреждениях для мужчин, подтвердила, что насилие как один из видов наказания в пенитенциарных учреждениях имеет место, однако они не говорили о роли врачей в подобных ситуациях. Большая часть медработников по поводу обращения заключенных с травмами говорят, что записывают они обычно «со слов пациента». Если пациент говорит или врач подозревает, что травма была нанесена сотрудником, то врач обращается в оперативный отдел пенитенциарного учреждения.

Однако одна из информанток рассказала, что в таких случаях нет какой-то устоявшейся практики: каждый раз принимается решение о том, каким образом зафиксировать травму, через неформальные договоренности с режимным сотрудником.

Бывают также случаи, когда врач может сам принять решение написать в медкарте не то, что есть на самом деле:

Например, стукнул он [сотрудник] ему по челюсти, я сделала снимок, у него трещина. И я ему не пишу уже трещина или перелом, я даже сама ставлю другой диагноз <...> Потом, еще один был, [в] ШИЗО у нас был. <...> Я не писала это, ну с его слов, что он стукнутый. Я ставила диагноз и все. <...> Он такой был поганец. В штрафном изоляторе сидят те, кто нарушает режим (Наталья, врач в ИУ).

Врач принимает решение не записывать слова пациента о том, что травму нанес сотрудник, так как считает действия сотрудника оправданными поведением заключенного. Нахождение в штрафном изоляторе является подтверждающим этот вывод маркером. У нас недостаточно данных, чтобы сказать, что такие ситуации случаются повсеместно, однако приведенный пример показывает, что в такой этически неоднозначной ситуации врач может поступать, опираясь на свою ведомственную идентичность.

Без права на конфиденциальность

Другой этической нормой, которую сложно соблюдать в пенитенциарном учреждении является врачебная тайна. Согласно российскому законодательству, сведения об обращении за медицинской помощью и данные о состоянии здоровья не могут разглашаться. В качестве исключения такие сведения передаются органам уголовно-исполнительной системы в ответ на официальный запрос, они доступны ограниченному кругу лиц. Разглашение врачебной тайны может грозить медицинским работникам административной (КоАП РФ 2017: ст. 13–14) или уголовной ответственностью (УК РФ 2017: ст. 137 ч. 2). Согласно рекомендациям Европейского комитета против пыток (Лехтметс, Понт 2014: 8), разглашением врачебной тайны является присутствие немедицинского персонала на приеме врача или в зоне слышимости, передача медикаментов через сотрудников ИУ¹, а также порядок обращения заключенного к врачу только через посредничество режимного сотрудника (Лехтметс, Понт 2014: 8).

Ради безопасности медработников в медчастях должны находиться «режимные» сотрудники, а также могут быть установлены видеокамеры, в том числе в кабинете врача. Недовольство пациента наличием видеокамеры или присутствием инспектора во время медицинского приема может быть зафиксировано в амбулаторной карте больного (Приказ Минздравсоцразвития РФ, Минюста РФ 2005: п. 54), но это не влечет за собой никаких действий; одно из руководств для медицинских работников и сотрудников пенитенциарной системы предлагает для разрешения этой ситуации оставить только тревожную кнопку (Лехтметс, Понт 2014: 8). Однако информанты из числа режимных сотрудников не считают такую меру достаточной для обеспечения безопасности: *«Да, им [врачам] дали брелочек такой и в дежурной части: пилик-пилик <...> И опять же вот пока он [дежурный] побежит на этот пилик-пилик, там уже рожки да ножки могут остаться»* (Сергей, оперуполномоченный в ИУ).

Медработники, с которыми удалось побеседовать, не испытывают дискомфорта от присутствия инспекторов при осмотре пациентов или от наличия камер видеонаблюдения, так как целью этих мер является безопасность. Это

¹ Предлагается передавать медикаменты через сотрудников в закрытых конвертах.

еще раз говорит о том, что культура риска в тотальном институте преобладает над необходимостью соблюдения профессионального этического кодекса и прав человека.

Заключение

В ходе исследования выявлено, что на профессиональную автономию врача влияет столкновение двух функций – «режимной», которая выполняется преимущественно режимными сотрудниками, и «гуманитарной», выполняемой медицинскими работниками. При этом они не могут быть реализованы изолированно, поэтому названные выше группы нуждаются друг в друге. Примирение этих функций становится возможным через систему «взаимных уступок», которая представляет собой переговорный процесс.

Результатом ограничений профессиональной автономии врачей в пенитенциарной системе является преобразование их профессиональной идентичности, которая приобретает элементы ведомственной идентичности. Медицинский работник оказывается в ситуации «двойной лояльности»: пациенту и государственному карательному институту. Это отражается на отношениях врача и пациента: дистанция между ними увеличивается из-за недоверия с обеих сторон.

Профессиональная автономия врача в исправительной системе как тотальном институте трансформируется. На это оказывает влияние культура риска, в которую попадают врачи, становясь сотрудниками пенитенциарного учреждения. На приобщение врачей к культуре риска влияет и наблюдение за врачами и контроль за ними внутри учреждения и за его пределами. Культура риска предполагает ориентацию на избегание угроз, обеспечение безопасности. В итоге эти ценности в условиях пенитенциарного учреждения начинают превалировать над ценностью гуманности.

Список сокращений

- ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение
- ЛИУ – лечебно-исправительное учреждение
- ИУ – исправительное учреждение
- ФСИН РФ – Федеральная служба исполнения наказания Российской Федерации
- МСЧ – медико-санитарная часть субъекта федерации
- ШИЗО – штрафной изолятор

Выражение признательности

Я благодарю Кирилла Титаева, Анну Темкину и Тимура Бочарова за содействие в проведении исследования и полезные комментарии к тексту статьи.

Список источников

- Волков В. В., Дмитриева А. В., Поздняков М. Л., Титаев К. Д. (2012) *Российские судьи как профессиональная группа: монография*. М.: Норма.
- КоАП РФ (2017) *Кодекс об административных правонарушениях Российской Федерации* N 195-ФЗ от 30.12.2001 (ред. от 29.07.2017).
- Лехтметс А., Понт Й. (2014) *Охрана здоровья и медицинская этика в местах лишения свободы*. М.: Микопринт.
- Приказ Минздравсоцразвития РФ, Минюста РФ (2005) *О Порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу* N 640/190 от 17.10.2005 (с изм. от 06.06.2014).
- Уильямс Д. Р. (2006) *Руководство по медицинской этике: учеб. пос. для медвузов*. М.: ГЭОТАР-Медиа.
- УК РФ (2017) *Уголовный кодекс* N 63-ФЗ от 13.06.1996 (ред. от 29.07.2017).
- Указ Президента РФ (2012) *Положение о ФСИН РФ* в ред. от 30.03.2012 N 351.
- ФСИН РФ (2015) *Доклад о результатах и основных направлениях деятельности Федеральной службы исполнения наказаний 2014–2015 гг.* Доступно по ссылке: <http://fsin.su/structure/inspector/iao/Doklad/DROND%202015–2017.pdf> (дата обращения: 4 февраля 2013).
- COE (2006) *European Prison Rules. Council of Europe*. Available at: <https://rm.coe.int/european-prison-rules-978–92–871–5982–3/16806ab9ae> (accessed 4 February 2018).
- European Convention on Human Rights (1950) *The Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms*. Council of Europe.
- Foucault M. (1975) *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. New York: Random House.
- Freidson E. (2001) *Professionalism: The Third Logic*. Chicago: University of Chicago Press.
- Goffman E. (1957) The Characteristics of Total Institutions. *Symposium on Preventive and Social Psychiatry*. Washington: Walter Reed Army Institute of Research: 312–338.
- Goffman E. (1961) *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books.
- Holmes D. (2005) Governing the Captives: Forensic Psychiatric Nursing in Corrections. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41 (1): 3–13.
- Jacob J. D. (2013) Understanding the Domestic Rupture in Forensic Psychiatric Nursing Practice. *Journal of Correctional Health Care*, 20 (1): 45–58.
- Jacob J. D., Holmes D. (2011) The Culture of Fear: Expanding the Concept of Risk in Forensic Psychiatric Nursing. *International Journal of Culture and Mental Health*, 4 (2): 106–115.
- Meyer J. W. (1968) Collective Disturbances and Staff Organization on Psychiatric Wards: a Formalization. *Sociometry*, 31 (2): 180–199.
- Rosenhan D. L. (1973) On Being Sane in Insane Places. *Science*, 179 (4070): 250–258.
- Roth R. (2010) Obstructing Justice: Prisons as Barriers to Medical Care for Pregnant Women. *UCLA Women's Law Journal*, 18 (1): 79–104.
- Sawicki N. N. (2008) Doctors, Discipline, and the Death Penalty: Professional Implications of Safe Harbor Policies. *Yale law & Policy review*, 27 (1): 107–172.
- SMR (1955) *Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners*. Adopted by the First United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders, held at Geneva in 1955, and Approved by the Economic and Social Council by its Resolutions 663 C (XXIV) of 1957 and 2076 (LXII) of 1977.
- Strauss A. L., Fegerhaugh S., Sucek B., Weiner C. (1997) *Social Organization of Medical Work*. London: Transaction Publishers.
- Sun I. Y., Sung H. E., Chu D. C. (2007) Collateral Gains from the Military? A Cross-National Analysis of the Armed Forces–Crime Relationship. *International journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 51 (5): 599–614.
- UDHR (1948) *The Universal Declaration of Human Rights*. Paris: United Nations General Assembly.

Kseniia Runova

AN UNWARRANTED HUMANISM: HOW DOCTORS OPERATE IN THE RUSSIAN PENAL SYSTEM

This article describes and analyzes the specific features of medical workers professional identity within the framework of the Russian penal system. The position of doctors in the organizational structure is examined through the prism of Eliot Freidson's concept of professional autonomy and Erving Goffman's notion of the total institution. The empirical material is based on twenty-two semi-structured interviews with prison doctors, correctional officers, former prisoners, and human rights advocates. Organizational factors are particularly important for understanding the position of doctors: within the Russian penal system doctors are not subject to the Ministry of Health, but to the Ministry of Justice. Although penal system doctors have not been under the purview of prison administration since 2014, in practice profession autonomization has yet to occur. What emerges from this research is that the professional identity of doctors is mixed with institutional identity and acquires new outlines that are characterized by a shift in loyalty from the patient toward a total institution. The professional autonomy of doctors, despite enjoying formal independence from the prison administration, is limited by the inability to make many decisions relating to professional competence independently, something that, in certain cases, makes it impossible for penal doctors to follow professional ethical standards. Given that security is given a clear priority over healthcare in prisons, doctors can work only through a system of 'mutual concessions' with correctional officers and the prison administration. Doctors try to counterbalance the pressure on medical professionals and the anti-therapeutic measures taken by guards against inmates by appealing to their exclusive and professional competences, both of which are necessary for the correct functioning of the penal system. Risk culture in a total institution is characterized by high suspicion to prisoners within a regime of permanent vigilance against the possibility inmates will suddenly do something dangerous. These and some other conditions transform the doctor-patient relationship, creating an additional distance between them.

Keywords: Total institution, penal system, medical profession, informal rules

DOI: 10.17323/727-0634-2019-17-3-345-358

References

COE (2006) *European Prison Rules*. Council of Europe. Available at: <https://rm.coe.int/european-prison-rules-978-92-871-5982-3/16806ab9ae> (accessed 4 February 2018).

Kseniia Runova – laboratory assistant, the Institute for the Rule of Law, the European University at St. Petersburg, Russian Federation. Email: krunova@eu.spb.ru

- European Convention on Human Rights (1950) *The Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms*. Council of Europe.
- Foucault M. (1975) *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. New York: Random House.
- Freidson E. (2001) *Professionalism: The Third Logic*. Chicago: University of Chicago Press.
- FSIN RF (2015) *Doklad o rezul'tatakh i osnovnykh napravleniyakh deyatel'nosti Federal'noy sluzhby ispolneniya nakazaniy 2014–2015 gg.* [Report on the Results and Main Activities of the Federal Penitentiary Service 2014–2015]. Available at: <http://fsin.su/structure/inspector/iao/Doklad/DROND%202015–2017.pdf> (accessed: 4 February 2018).
- Goffman E. (1957) The Characteristics of Total Institutions. *Symposium on Preventive and Social Psychiatry*. Washington: Walter Reed Army Institute of Research: 312–338.
- Goffman E. (1961) *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books.
- Holmes D. (2005) Governing the Captives: Forensic Psychiatric Nursing in Corrections. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41 (1): 3–13.
- Jacob J. D. (2013) Understanding the Domestic Rupture in Forensic Psychiatric Nursing Practice. *Journal of Correctional Health Care*, 20 (1): 45–58.
- Jacob J. D., Holmes D. (2011) The Culture of Fear: Expanding the Concept of Risk in Forensic Psychiatric Nursing. *International Journal of Culture and Mental Health*, 4 (2): 106–115.
- KoAP RF (2017) *Kodeks ob administrativnykh pravonarusheniyakh Rossiyskoy Federatsii ot 30.12.2001 N 195-FZ (red. ot 29.07.2017)*. s izm. i dop., vstup. v silu s 29.10.2017 [Code of Administrative Offences of the Russian Federation].
- Lekhtmets A., Pont Y. (2014) *Okhrana zdorov'ya i meditsinskaya etika v mestakh lisheniya svobody* [Prison Health Care and Medical Ethics: A Manual for Health-Care Workers and Other Prison Staff with Responsibility for Prisoners' Well-Being]. M.: Mikoprint.
- Meyer J. W. (1968) Collective Disturbances and Staff Organization on Psychiatric Wards: A Formalization. *Sociometry*, 31 (2): 180–199.
- Prikaz Minzdravotsrazvitiya RF, Minyusta RF (2005) N 640/190 ot 17.10.2005 (s izm. ot 06.06.2014) *O Poryadke organizatsii meditsinskoy pomoshchi litsam, otbyvayushchim nakazanie v mestakh lisheniya svobody i zaklyuchennym pod strazhu* [Orders of the Ministry of Health and the Ministry of Justice of the Russian Federation On the Order of Organization of Medical Assistance to Persons Serving Sentences in Prisons and Detention].
- Rosenhan D. L. (1973) On Being Sane in Insane Places. *Science*, 179 (4070): 250–258.
- Roth R. (2010) Obstructing Justice: Prisons as Barriers to Medical Care for Pregnant Women. *UCLA Women's Law Journal*, 18 (1): 79–104.
- Sawicki N. N. (2008) Doctors, Discipline, and the Death Penalty: Professional Implications of Safe Harbor Policies. *Yale Law & Policy Review*, 27 (1): 107–172.
- SMR (1955) *Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners*. Adopted by the First United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders, held at Geneva in 1955, and approved by the Economic and Social Council by its resolutions 663 C (XXIV) of 1957 and 2076 (LXII) of 1977.
- Strauss A. L., Fegerhaugh S., Sucek B., Weiner C. (1997) *Social Organization of Medical Work*. London: Transaction Publishers.
- Sun I. Y., Sung H. E., Chu D. C. (2007) Collateral Gains from the Military? A Cross-National Analysis of the Armed Forces–Crime Relationship. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 51 (5): 599–614.
- UDHR (1948) *The Universal Declaration of Human Rights*. Paris: United Nations General Assembly.
- UK RF (2017) ot 13.06.1996 N 63-FZ (red. ot 29.07.2017) (s izm. i dop., vstup. v silu s 26.08.2017) [Criminal code of the Russian Federation].
- Ukaz Prezidenta RF (2012) *Polozhenie o FSIN RF* [Regulation of the Federal Penitentiary Service of the Russian Federation] from 30.03.2012 N 351.
- Volkov V. V., Dmitrieva A. V., Pozdnyakov M. L., Titaev K. D. (2012) *Rossiyskie sud'i kak professional'naya grupa: molografiya* [Russian Judges as a Professional Group: Monograph]. Moskva: Norma.
- Williams J. R. (2006) *Rukovodstvo po medicinskoj jetike* [Manual in Medical Ethics]. Moscow: GEOTAR-Media.