

# КОНТАКТЫ МЕДСЕСТРЫ-ОРГАНИЗАТОРА С ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ ДРУГИХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

**Т.В. Матвейчик**, канд. мед. наук, **В.И. Петров**

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск  
Могилевский государственный педагогический университет им. А.С. Кулешова

**E-mail:** matveichik51@rambler.ru

**Показана роль медсестры уголовно-исполнительной системы и особенности ее взаимодействия с представителями других подразделений исправительных учреждений.**

**Ключевые слова:** исправительное учреждение, медсестра-организатор, другие подразделения, взаимодействие.



Известный специалист в области исполнения уголовного наказания Э. Койл в пособии для тюремного персонала так писал о тюремном заключении: «Лишение человека свободы является очень суровым наказанием; кроме того, тюремное заключение является серьезным поражением в правах, поэтому такая мера наказания может быть назначена при четко определенных обстоятельствах, когда отсутствует какая-либо иная разумная альтернатива».

Большой вклад в понимание сущности исправительной системы как социального института внес известный французский ученый М. Фуко (Foucault M., 1975), разработавший основные общие принципы функционирования уголовно-исполнительной системы (УИС). Он предложил разделять осужденных не только по характеру совершенных преступлений, применяемых средств исправления, этапов отбывания наказания, но по возрасту, личностным качествам и степени отклоняющегося поведения. М. Фуко рассматривал УИС как «лабораторию развития и поддержания дисцип-

лины», наиболее актуальная задача которой – «не наказывать меньше, а наказывать лучше».

УИС МВД Республики Беларусь обеспечивает исполнение назначенного судом наказания путем карательных мер (социальная изоляция и жесткая регламентация жизнедеятельности в условиях исправительных учреждений – ИУ) и воспитательных (формирование законопослушного поведения, приобщение к труду, восстановление социально полезных связей). В местах лишения свободы (МЛС) проверяются на прочность адаптационные возможности организма, т. е. способность приспособиться к новым, совершенно отличным от обычной жизни, условиям существования.

Холмс и Рей на основе многолетних исследований составили перечень наиболее значимых психотравмирующих событий (табл. 1), которые в этом списке распределены в порядке убывания эмоциональной значимости.

Анализ 21 наиболее значимого психотравмирующего события в жизни человека показывает, что 11 из них (>50,0%) имеют прямое отношение к условиям пенитенциарной изоляции, т.е. являются мощнейшим стрессором, вобравшим в себя многие психотравмирующие факторы.

Что же отличает привычный жизненный стереотип человека до ареста от его жизнедеятельности в условиях ИУ? Назовем некоторые особенности учреждений УИС применительно к содержанию специального контингента (СК):

- **Наличие «жестких рамок».** С точки зрения кибернетики любая система, в том числе и биологическая, коей является человек, может устойчиво функционировать только благодаря отсутствию ограничивающих ее «жестких рамок». Некоторые допуски и колебания параметров системы обеспечивают в определенных пределах приспособление ее к новым условиям и лежат в основе нормального функционирования. Для МЛС характерен ряд ограничений, связанных с режимом содержания в ИУ.

Наиболее значимые психотравмирующие события  
(по Холмс и Рей, 2002)

События	Единица значимости
Смерть супруги (супруга)	100
Развод	73
<b>Разрыв с партнером</b>	<b>65</b>
<b>Отбывание наказания в тюрьме</b>	<b>63</b>
Смерть близкого родственника	63
Травма или болезнь	53
Уход на пенсию	45
Болезнь члена семьи	44
Смена места работы	36
Растущие долги	30
<b>Изменение жилищных условий</b>	<b>25</b>
<b>Изменение сложившихся привычек (стереотипов)</b>	<b>24</b>
Конфликты с начальством	23
<b>Изменение условий работы или рабочего времени</b>	<b>20</b>
<b>Перемена места жительства</b>	<b>20</b>
<b>Смена привычного места отдыха</b>	<b>19</b>
<b>Изменения в отношениях с окружающими</b>	<b>18</b>
Нарушение сна	16
<b>Изменение характера и частоты встреч с другими членами семьи (или близкими родственниками)</b>	<b>15</b>
<b>Изменение привычного режима питания и количества потребляемой пищи</b>	<b>15</b>
Штраф за нарушение правил уличного движения	12

- **Нехватка необходимой (прикладной) информации.** Человек представляет собой информационную систему и находится в комфортном состоянии, если его внутренний информационный запас соответствует информационному содержанию ситуации. Проще говоря, при внешних воздействиях, когда информация знакома человеку, входит в его информационный диапазон (запас знаний, память об аналогичных событиях, алгоритм действий в подобной ситуации и т.д.), он использует имеющиеся знания и справляется с ситуацией. При поступлении незнакомой информации, тем более большой по объему, поступающей с хорошей скоростью, характеризующейся минимальными возможностями контроля ее достоверности, складывается благоприятная ситуация для развития психической дезадаптации. Обычный человек имеет очень скудную информацию о реалиях пенитенциарного быта.
- **Недостаток сенсорных раздражителей.** Нехватка раздражителей для органов чувств (сенсорный голод) может вызвать у человека временные психические нарушения или даже психоз. Однообразие быта, однотипность ежедневных внешних раздражителей, приводящие к недостаточной стимуляции активирующей функции ретикулярной формации центральной нервной системы (ЦНС), вызывают дегенеративные изменения в нервных клетках.
- **Дефицит «степеней свободы».** Адаптационный барьер человека складывается из особенностей его психического склада и возможностей реагирования на ситуацию. Если первое индивидуально, то второе в условиях психотравмирующей ситуации требует определенной свободы, чтобы реагирование было адекватным и целенаправленным. МЛС максимально ограничивают степень свободы.
- **Своеобразие барьера психической адаптации.** Барьер психической адаптации человека определяется биологическими и социальными факторами. Социальная информация (надбиологическая сфера) передается от поколения к поколению по иным каналам, нежели генетическая. Человек на протяжении жизни усваивает опыт предыдущих поколений: элементы поведения, убеждения, этические нормы. Вместе с тем этот опыт, как правило, не содержит достоверной информации о МЛС. Человек знает о них только по книгам или кинофильмам, что несколько сужает социальную основу барьера

психической адаптации в условиях пенитенциарного стресса.

- **Нарушение «принципа неравновесности».** Одной из характеристик живого считается «принцип неравновесности»: организм человека постоянно поддерживает состояние, препятствующее уравниванию процессов жизнедеятельности с окружающей средой. Полное равновесие с окружающей неживой природой приравнивается к смерти. По мере снижения барьера психической адаптации снижается и психическая активность человека, его «неравновесность», что затрудняет возможность адекватного реагирования на жизненные ситуации.
- **Особенности приспособления человека к среде.** В отличие от других живых существ, которые приспособляются к окружающей среде посредством изменения генотипа и фенотипа, человек адаптируется к окружающей обстановке путем ее преобразования. Человек, попавший в ИУ, порядки в котором

законодательно регламентированы, вряд ли может что-то изменить в нем.

- **Потеря привычных объектов.** В понимании психоаналитиков человек – это объект. Разрыв привычных социальных связей является ничем иным, как потерей объектов, имеющих специфические (например, жена, друг) функции. Вследствие утраты объектов развивается дезадаптация с присущими ей психическими и соматическими проявлениями.
- **Сексуальный голод.** Недоступность женщины в МЛС как объекта удовлетворения сексуальных потребностей создает дополнительную психоэмоциональную напряженность и может приводить к разным проявлениям антисоциального поведения.

Общепризнано, что психика – «наиболее совершенный и наиболее ранимый аппарат приспособления человека к социальной и экологической среде», соответственно при действии на организм экстремальных нагрузок, особенно в ситуации хронического напряжения, этот вид адаптации может нарушаться в первую очередь.

В условиях социальной изоляции психическая адаптация человека выходит за пределы нормальной регуляции, что вызывает развитие выраженных, ситуационно обусловленных, психопатологических расстройств – так называемых расстройств адаптации (шифр по МКБ-10: F.43.2). Пенитенциарный стресс (понятие, введенное М.Е. Сандомирским в 2001 г.) является результатом воздействия на заключенного под стражу факторов, связанных с арестом и экстремальными характеристиками пенитенциарного быта. Основу психотравмирующей ситуации составляют арест, содержание под стражей, проведение следственных действий, а в итоге – лишение свободы. К наиболее разрушительным для адаптации экстремальным характеристикам пенитенциарного быта следует отнести:

- ограничение свободы в виде групповой изоляции;
- ограниченность пространства и постоянство ближайшего окружения;
- монотонность обстановки, однообразие жизненного уклада и скученность в жилых помещениях;
- затяжную и повторную психическую травму;
- отсутствие перспектив быстрого выхода на свободу и адекватных возможностей для компенсации дистресса;
- постоянный контроль администрации и необходимость беспрекословного выполнения всех ее требований, касающихся содержания и охраны;

- четкие распорядок дня и режим содержания с возможностью рассогласования индивидуальных циркадных ритмов;
- особенности и трудности быта в камере, кубрике общежития;
- ограничение двигательного режима, доступа информации и общения;
- материальные лишения и моральные переживания в связи с адаптацией к непривычной среде, новым условиям жизнедеятельности;
- прекращение устоявшихся связей с обществом и семьей, оторванность от родных и друзей;
- постоянное ощущение чувства опасности, угрозы для жизни, угрозы насилия;
- сложность удовлетворения сексуальных и других потребностей;
- постоянные и сильные воздействия на индивида асоциально настроенных лиц, часто занимающих в МЛС положение лидеров.

Основными формами взаимодействия медсестры-организатора с представителями других подразделений ИУ являются ее участие в служебных совещаниях, занятиях, комиссионных санитарных обходах учреждения или отдельных его объектов во главе с начальником учреждения или руководителями служб. Подобные обходы позволяют ей быть хорошо осведомленной о разных сферах деятельности учреждения, способствуют деловым контактам с руководителями других служб, которые благодаря общению с медсестрой лучше понимают потребности и нужды медицинской части.

Вместе с тем вопросы взаимодействия с другими службами имеют ряд особенностей. Так, взаимодействие старшей медсестры-организатора с **оперативно-режимной службой** начинается с мероприятий по обеспечению безопасности деятельности медсестер. Прежде всего это установка тревожной (автономно-централизованной) сигнализации и соответствующих запоров (типа внутренних дверных замков) в рабочих кабинетах медицинской части. Крайне важен вопрос организации патрулирования медицинской части сотрудниками учреждения, такого расположения рабочих кабинетов медицинского персонала, чтобы сотрудники работали группами и в непосредственной близости друг к другу.

Работа с наркотическими и сильнодействующими медицинскими препаратами в ИУ определяется рядом нормативных документов, причем должны неукоснительно выполняться все их требования: начиная с получения лекарств аптекой до их реализации пациентам с соответствующим документальным оформлением. Эта работа многогранна; предусмотрены наличие запираемых шкафов для

препаратов, передача ключей от соответствующих кабинетов дежурным, сбор использованных ампул и их последующее уничтожение по акту об уничтожении и многое другое. МЛС – это территория, где длительное время находятся осужденные с наркотической и лекарственной зависимостью, и получение, хранение, учет и реализация наркотических и сильнодействующих медицинских препаратов должны находиться под строжайшим контролем старшей медсестры-организатора.

Своевременное выявление и учет СК, страдающего нервно-психическими расстройствами, позволяют заниматься профилактикой противоправных действий в МЛС. В число осужденных, характеризующихся наличием таких расстройств, входят лица с умственной отсталостью, расстройствами личности, органическими поражениями головного мозга, шизофренией, а также склонные к симуляции, аггравации (лжи), симуляции, аутоагрессии и гетеро-агрессивным действиям, сексуальным извращениям, обращающие на себя внимание неадекватными высказываниями и поступками, прямолинейностью и кверулянтством (от лат. *querulus* – жалующийся: непреодолимая сутяжническая деятельность, выражающаяся в борьбе за свои права и ущемленные интересы, зачастую мнимые или преувеличенные). Каждый медицинский работник должен постоянно иметь текущую информацию о таких лицах.

Роль старшей медсестры ИУ в подборе осужденных на должности младшего медицинского персонала медицинской части трудно переоценить. Она не только изучает личные дела и беседует с каждым из таких заключенных, но и обменивается мнениями о конкретном кандидате с сотрудниками оперативной части, начальниками отрядов. Только после этого следует принимать решение и ходатайствовать перед руководством ИУ о назначении данного осужденного на должность санитаря. В условиях тотального и постоянного контроля жизнедеятельности СК в условиях ИУ медицинская часть представляет собой «лакомый кусок» для лиц, склонных к употреблению психоактивных веществ, мошенничеству, кражам, распространению порочащих слухов о действиях медицинского персонала, допускающих утечку и искажение информации из медицинских амбулаторных карт и других медицинских документов. При ошибочном выборе санитаря возможны его агрессивные действия по отношению к пациентам.

Старшая медсестра ИУ при подборе осужденных на должности младшего медицинского персонала должна учитывать не только их активность, трудолюбие и исполнительность, но и предвидеть возможность их помощи медицинским работникам в случае преступных посягательств СК.

Взаимодействие старшей медсестры-организатора ИУ с отделом воспитательной работы предусматривает взаимный обмен полезной информацией, сотрудничество в организации профилактических массовых мероприятий (проведение вакцинации, флюорографии, целевых медицинских осмотров, например для выявления татуировок, кожных заболеваний, платяного педикулеза). Здесь важна предварительная подготовка, включающая в себя совместную с воспитателями разъяснительную работу среди осужденных, составление графиков явки СК в медицинскую часть, контроль реализации намеченных мероприятий.

Сотрудники отдела воспитательной работы могут дать старшей медсестре-организатору ИУ полезную информацию о лицах с подозрением на симуляцию и аггравацию болезненного расстройства (часто отлынивающих от работы из-за «тяжелого заболевания»). Нужна информация и о лицах, имеющих странности в поведении или умышленно причиняющих вред своему здоровью, физически слабых, пожилых людей, нуждающихся во внимании и сочувствии медицинских работников, ограниченно годных к труду и инвалидах. Старшая медсестра-организатор может оказать значительную помощь воспитателям, информируя их о некоторых индивидуальных характерологических особенностях осужденных, состоянии их здоровья, поведенческих установках, психологических нарушениях.

Сотрудничество старшей медсестры-организатора ИУ с производственной службой сводится к своевременному информированию производственников о фактах заболеваний, следствием которых являются длительная астения, неустойчивость настроения, быстрое истощение сил. Важно сообщить врачам и сотрудникам производственной службы о психических и физических возможностях СК, чтобы в дальнейшем определить профиль его труда и вид производства. Важно, чтобы труд в ИУ был «лечебным», а не «травмирующим» фактором.

Взаимодействие старшей медсестры-организатора ИУ с сотрудниками отдела специального учета важно для анализа официальной переписки осужденных, так как это дает информацию, ценную для организации медицинского обеспечения СК и оценки его качества пациентами. Необходимо добиться такого взаимодействия с работниками указанного отдела, чтобы медицинские работники располагали информацией о прибытии очередных этапов осужденных и могли планировать свое рабочее время, учитывая количество вновь поступивших. От этого впоследствии во многом зависит состояние здоровья СК. Если, по данным работников отдела специального учета, осужденные эта-

пируются из учреждения, сотрудники медицинской части организуют освидетельствование и отбор СК на этап в соответствии с медицинскими показаниями. Затем медицинская часть передает медицинские амбулаторные карты отобранных осужденных в отдел специального учета, где карты помещают в личные дела осужденных.

При поступлении наряда на перевод осужденного для планового лечения в больницу руководители медицинской части и отдела специального учета ИУ совместно определяют, когда и каким транспортом будет отправлен больной, кто из медицинских работников будет его сопровождать, есть ли к этому медицинские показания. Крайне важным представляется своевременное и правильное оформление медицинской документации на больных, подлежащих досрочному освобождению по болезни, и направление медицинского заключения и других документов в суд. При положительном решении оба специалиста определяют порядок освобождения больного и его отправку в больницу или по месту жительства.

Следует всегда помнить, что старшая медсестра-организатор медицинской части ИУ как должностное лицо со знаниями в области клинической психологии обязана следить за психологическим климатом в коллективе медицинской части. Она должна немедленно пресекать всевозможные конфликты, наговоры, оскорбления, не оставлять незамеченными нарушения служебной и трудовой дисциплины, ровно и спокойно относиться ко всем сотрудникам, не выделяя «любимчиков» и «врагов».

Проблема агрессии и агрессивности, направленной на себя (аутоагрессии), у лиц, находящихся в местах лишения свободы, актуальна, сложна и многогранна. Медицинский персонал пенитенциарного учреждения должен оценивать причинение осужденным вреда себе как наиболее асоциальную форму поведения в ИУ из-за тяжелых (иногда необратимых) последствий для состояния здоровья. Медицинский работник ИУ обязан не только владеть методами распознавания таких травм, но и выявлять их мотивы и разрабатывать способы профилактики.

Под агрессией понимают поведение, связанное с самообороной, ответной реакцией на угрозу или со специфической человеческой страстью к абсолютному господству и желанию разрушать (Э. Фромм). По З. Фрейду, агрессия имеет инстинктивную природу. Канадский психолог А. Бандура рассматривает агрессию как социальное поведение, навыки которого приобретены в результате прямого или непрямого (косвенного) обучения.

Аутоагрессия – агрессия, направленная против себя. Д. Стивенс считает, что основными

предпосылками к аутоагрессии являются ощущение эмоционального одиночества, эмоциональное или физическое оскорбление, наказание (неадекватное) или надругательство, тяжелое социальное положение, безработица, психические отклонения. Д. Стивенс указывает, что чем старше становится человек, тем меньше насилия он направляет на окружающих и тем больше – на самого себя.

В пенитенциарной системе причины аутоагрессии (членовредительства) – самые разные: неразрешенные межличностные конфликты, нежелание подчиняться административным требованиям, шантаж администрации ИУ. Олеогранулемы (возникают при введении вазелина) кисти и полового члена можно рассматривать как дань моде или желание повысить свои функциональные возможности. Очень часто мотивы аутоагрессии совпадают с основными мотивами симуляции и аггравации (получение определенных льгот; направление в тюремную или гражданскую больницу; смена коллектива; отказ от трудоустройства на производстве или дисциплинарного наказания в штрафном изоляторе или помещении камерного типа; участие в работе самодельных организаций осужденных и т.д.).

В ИУ Департамента исполнения наказаний (ДИН) МВД Республики Беларусь встречаются 3 основных формы аутоагрессии:

- механическая травма;
- искусственное вызывание заболевания;
- усугубление уже имеющихся изменений здоровья.

Как правило, аутоагрессия имеет одну цель – причинить себе минимальные повреждения с максимальной демонстрацией аффективного состояния или элементов суицидального поведения. С практической точки зрения можно выделить следующие виды аутоагрессии:

- нанесение резаных ран в области предплечий, живота, шеи; чаще всего раны неглубокие с венозным кровотечением; этот вид аутоагрессии в основном не вызывает нарушений функции того или иного внутреннего органа или конечности; первая помощь – наложение давящей повязки, затем – первичная хирургическая обработка и ушивание ран;
- введение под кожу инородных тел (гвоздей, игл, проволоки); как правило, имплантация инородных тел производится в места, богатые подкожной клетчаткой; кроме того, широко распространено введение воздуха в область шеи, мошонки, межплевральное пространство; медицинская помощь – хирургическое удаление инородных тел;

- проглатывание всевозможных предметов – металлических гвоздей, штырей, крючков, бритвенных лезвий, ножей, ложек; это могут быть также куски стекла, шахматные фигуры, зубные щетки, швейные иглы, супинаторы; диагностика состояния предусматривает своевременный рентгенологический и УЗИ-контроль, динамическое наблюдение за больным при отсутствии признаков перфорации в 1-е сутки; чаще всего инородные тела выходят самостоятельно, через прямую кишку на 2–3-и сутки; продвижение их зависит от состояния функции и тонуса желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), его наполнения и скорости продвижения пищи; если в течение 2 нед инородное тело не покинуло ЖКТ, а также при его больших размерах или отсутствии динамики прохождения (при рентгенологическом контроле), симптомах остро живота показано оперативное лечение; особенно неблагоприятны и дают много осложнений инородные тела пищевода; такие больные нуждаются в экстренной госпитализации в хирургическое отделение; мягкие инородные тела – резиновые предметы (куски резиновых подошв, желудочных зондов) проходят через ЖКТ очень медленно и, как правило, их приходится извлекать хирургическим путем, так как, несмотря на мягкость, они могут давать тяжелые осложнения (пролежни с последующей перфорацией); твердые инородные тела, попавшие в ЖКТ, особых расстройств в большинстве случаев не вызывают и выходят естественным путем, причем именно таким путем происходит эвакуация инородных тел не только малых размеров, но и крупных, не вызывая патологических изменений в пищеводе, желудке, кишечнике; естественным путем в основном выходят инородные тела длиной до 12,0–15,0 см, но в практике встречаются и длиной до 30,0 см (например, в одном случае аутоагрессии это была металлическая цепь).

Анализ 247 аутоагрессивных актов, зарегистрированных в Республиканской больнице для осужденных ДИН МВД Республики Беларусь за 1997–2000 гг., выявил структуру аутоагрессии у СК, представленную в табл. 2.

Медсестра, оказывающая помощь СК с аутоагрессивным повреждением, всегда должна помнить о личной безопасности, производить манипуляции с соответствующей охраной и никогда не исключать ситуации, в которой орудие аутоагрессии может быть направлено на нее либо одного из сотрудников ИУ. Всегда следует поинтересоваться у лиц, конвои-

рующих такого пациента, производился ли тщательный обыск аутоагрессора, каковы его результаты. Предмет, предназначенный для самоповреждения, может быть и не в единственном числе, изо щренно замаскированным (например, кусочек бритвы прячут за щекой, в естественных складках тела). Кроме того, лица, склонные к аутоагрессии, чаще всего страдают какими-либо психическими аномалиями. В отдельных случаях (см. табл. 2) это следующие коморбидные реакции и состояния:

- ситуационно-личностная реакция;
- психопатия (по МКБ-10 – расстройство зрелой личности по возбудимому типу);
- олигофрения в стадии легкой дебилности;
- опийная наркомания;
- последствия черепно-мозговой травмы (ЧМТ) с эмоционально-волевой неустойчивостью;
- органические поражения ЦНС с теми же нарушениями, что и при ЧМТ.

Профилактика аутоагрессии в ИУ является компонентом медицинского сопровождения и сводится к следующему:

- предотвращение споров и разрешение конфликтов среди СК;
- отслеживание корреспонденции СК (не было ли печальных известий из дома) со своевременной коррекцией при необходимости психологического состояния психологом, психиатром;
- взятие на учет психиатра ИУ всех лиц, совершивших насилие над собой;
- формирование группы риска по аутоагрессии в ИУ;
- санитарно-просветительная работа о вреде аутоагрессии, возможных, в том числе и смертельных, осложнениях;
- по возможности – рациональное трудоустройство СК с исключением случаев трудоустройства лиц, склонных к аутоагрессии, на участках с острыми, колющими, режущими предметами труда;

Таблица 2

Структура аутоагрессии у СК ДИН МВД Республики Беларусь в 1997–2000 гг.

Диагноз	Процент от общего количества аутоагрессивных
Инородные тела брюшной полости	51,8
Инородные тела легкого	8,5
Инородные тела кисти и полового члена	22,7
Резаные раны	4,9
Флегмоны	9,7
Инородные тела мягких тканей	2,4
Всего	100,0

- строгий учет в медицинской части ИУ этих предметов, которые должны быть недоступны для СК при оказании медицинской помощи;
- справедливость наказаний за нарушения режима содержания ИУ, умелая разъяснительная работа при реализации штрафных санкций;
- коррекция состояния психически больных при возникновении обострений имеющих заболевания;
- комплексная работа представителей всех служб ИУ, направленная на профилактику у СК агрессии и аутоагрессии.

Таким образом, роль медсестры УИС состоит в учете особенностей СК и взаимодействии с представителями других подразделений ИУ.

#### Рекомендуемая литература

Койл Э. Подход к управлению тюрьмой с позиций прав человека: пособие для тюремного персонала. – Лондон, 2002. – 160 с.

Петров В.И. Организация и методика проведения школ профилактики психической дезадаптации в условиях пенитенциарного стресса. Практическое пособие. МВД

Республики Беларусь. Департамент исполнения наказаний МВД Республики Беларусь. – Минск, 2004. – 132 с.

Сандомирский М.Е. Психическая адаптация в условиях пенитенциарного стресса и личностно-типологические особенности осужденных. – Уфа, 2001. – 88 с.

Семке В.Я., Диденко А.В. Организация психиатрической помощи в учреждениях уголовно-исполнительной системы. Учебное пособие для врачей-психиатров и организаторов здравоохранения уголовно-исполнительной системы. Под общ. ред. В.Я. Семке. – Томск, 2004. – 116 с.

Тушинский М.Л., Тушинский Д.М. Агрессия и аутоагрессия в местах лишения свободы // Вестн. пенитенциарной медицины. – 2001; 2: 45–50.

#### THE ROLE OF A MANAGING NURSE IN THE INTERACTION WITH THE REPRESENTATIVES OF OTHER UNITS OF PENITENTIARIES

T.V. Matveichik, Cand. Med. Sci.; V.I. Petrov

Byelorussian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk

A.S. Kuleshov Mogilev State Pedagogical University

**The paper shows the role of a prison nurse and the specific features of her interaction with the representatives of other units of correctional facilities.**

*Key words:* correctional facility, managing nurse, other units, interaction.