

**ФГБУ “Федеральный медицинский
исследовательский центр психиатрии
и наркологии имени В.П. Сербского”
Министерства здравоохранения
Российской Федерации**

**ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ
СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ
ПРОФИЛАКТИКИ: ОТМЕНА
И ПРОДЛЕНИЕ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР
МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА**

Учебное пособие



Москва - 2017

УДК 616.89-008-07
ББК 56.14
М15

Учебное пособие подготовлено в ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России доктором медицинских наук **О.А. Макушкиной**, кандидатом медицинских наук **Л.А. Яхимович**.

Учебное пособие утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России 24 октября 2016 г., протокол №9.

Рецензенты:

В.В. Горинов, доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения психогений и расстройств личности ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России;

Е.А. Панченко, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник Учебно-методического отдела ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России;

О.П. Ступина, доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Читинской государственной медицинской академии, главный внештатный психиатр министерства здравоохранения Забайкальского края, главный врач краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского.

М15 Макушкина О.А., Яхимович Л.А. **Организация системы судебно-психиатрической профилактики: отмена и продление принудительных мер медицинского характера**: Учебное пособие. – М.: ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2017. – 215 с.

В учебном пособии приведена характеристика действующей в нашей стране системы профилактики опасных действий психически больных. Значительное место уделено вопросам отмены и продления принудительных мер медицинского характера, оценке качества их исполнения. Разделы пособия соответствуют тематическому плану Учебной программы цикла повышения квалификации по теме “Профилактика опасных действий психически больных в психиатрической службе и исполнение принудительных мер медицинского характера”.

Для непрерывного профессионального образования психиатров, судебно-психиатрических экспертов, руководителей региональных психиатрических служб и медицинских организаций психиатрического профиля, иных специалистов.

ББК 56.14

© О.А. Макушкина, Л.А. Яхимович, 2017.
© ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского”
Минздрава России, 2017.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
Глава 1	
Действующая система профилактики общественно опасного поведения у лиц, страдающих психическими рас- стройствами, в Российской Федерации	7
Глава 2	
Первичная профилактика: неспецифические и специальные меры предупреждения опасных действий психически больных	31
Глава 3	
Характеристика вторичной профилактики общественной опасности лиц с психическими расстройствами	59
Глава 4	
Отмена и продление принудительных мер медицинского характера	82
Глава 5	
Оценка качества и эффективности системы профилактики общественно опасных действий психически больных ..	113
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	134
СПРАВОЧНО-БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ АППАРАТ	135
ПРИЛОЖЕНИЯ	144

ВВЕДЕНИЕ

В нашей стране лица с тяжелыми психическими расстройствами, исключающими вменяемость, ежегодно совершают примерно 1% от числа преступлений, повлекших возбуждение уголовного дела. Профилактика общественной опасности до настоящего времени остается одной из актуальных задач психиатрии. Интерес к данным вопросам обусловлен как риском совершения такими больными общественно опасных действий, высокой долей наиболее тяжких деяний, связанных с физической агрессией, так и необходимостью совершенствования организационных форм их профилактики.

Предупреждение опасных действий психически больных, являясь частью повседневной деятельности специалистов психиатрической службы, требует специальных познаний в части нормативно-правового обеспечения, эффективной организации и обеспечения мер первичной и вторичной профилактики и контроля их качества.

Принимая решение об отмене либо продлении принудительных мер медицинского характера, врач-психиатр должен знать подходы и критерии оценки полноты и эффективности их исполнения, иметь всю информацию о факторах риска повторного опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами, и мерах по его предупреждению.

Цель настоящего учебного пособия заключается в углубленном изучении, получении теоретических знаний о действующей в нашей стране системе профилактики опасных действий психически больных, обеспечивающих совершенствование профессиональных компетенций медицинских кадров для самостоятельной деятельности в рамках имеющейся квалификации по предупреждению общественно опасного поведения.

При подготовке пособия использованы нормативные правовые документы и научные публикации сотрудников Отдела судебно-психиатрической профилактики ФГБУ ФМИЦПН им. В.П. Сербского (В.П. Котова, М.М. Мальцевой, С.В. Полубинской и др.), перечень которых представлен в разделе “Справочно-библиографический аппарат”.

Учебное пособие предназначено для непрерывного профессионального образования психиатров, судебно-психиатрических экспертов, иных специалистов, работа которых связана с предупреждением опасных действий психически больных лиц. В нем содержится новая информация, не представленная ранее в учебной литературе по специальности “психиатрия”.

Концепция пособия основывается на том, чтобы с использованием активного и интерактивного методов преподавания общей и судебной психиатрии обучить слушателей эффективному использованию необходимого спектра профилактических и лечебно-реабилитационных воздействий.

В учебном пособии значительное место уделено характеристике действующей системы судебно-психиатрической профилактики, вопросам продления и отмены принудительного лечения, оценки качества исполнения принудительных мер медицинского характера. Актуальность пособия определяется социальным значением проблемы общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами, необходимостью повышения эффективности работы психиатрической службы в данном направлении, требующей наличия подготовленных специалистов.

Основными компонентами учебного пособия являются разделы, касающиеся:

- характеристики системы предупреждения общественно опасных действий психически больных; методологических, правовых и организационных основ применения мер первичной и вторичной профилактики общественной опасности;

- актуальных вопросов отмены и продления принудительного лечения;
- оценки качества работы подразделений и специалистов психиатрической службы по профилактике опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами.

Пособие соответствует учебной программе цикла повышения квалификации по теме “Профилактика опасных действий психически больных в психиатрической службе и исполнение принудительных мер медицинского характера”; разработано в рамках специальностей 14.01.06 – “психиатрия” и 31.08.24 – “судебно-психиатрическая экспертиза”.

Глава 1

ДЕЙСТВУЮЩАЯ СИСТЕМА ПРОФИЛАКТИКИ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Судебно-психиатрическая профилактика — раздел психиатрической помощи, включающий комплекс мер по выявлению, лечению и психосоциальной реабилитации пациентов с психическими расстройствами, направленных на профилактику их общественной опасности.

Выделение данного вида деятельности в отдельный раздел достаточно условно, так как предупреждением общественно опасного поведения психически больных в той или иной степени заняты практически все специалисты психиатрической службы.

Сложившийся к настоящему времени порядок этой работы включает комплекс мер, которые условно можно разделить на меры первичной и вторичной профилактики. *Первичная профилактика* заключается в обеспечении доступности квалифицированной психиатрической помощи, ранней диагностике психических заболеваний, проведении необходимой лечебно-реабилитационной работы с пациентом, своевременном выявлении из числа лиц, страдающих психическими расстройствами, имеющих риск опасного поведения и реализации медицинских мероприятий по его предупреждению. Целью такой работы является превенция опасных действий у психически больных, ранее никогда их не совершавших.

Вторичная профилактика направлена на предупреждение повторного совершения психически больными общественно опасных действий (ООД) и осуществляется путем исполнения принудительных мер медицинского характера (ПММХ), а также выполнения стационарными и внебольничными подразделениями психиатрической

службы комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий по превенции рецидива опасного поведения после проведенного принудительного лечения. Меры вторичной профилактики ООД в виде ПММХ применяются судом в рамках уголовного процесса.

Основные элементы действующей системы судебно-психиатрической профилактики представлены на рисунке 1.

Реализация мер первичной и вторичной профилактики ООД ведется в основном по двум направлениям: выполнение *неспецифических* мероприятий, связанных с общей диагностической и лечебно-реабилитационной психиатрической практикой, реализуемых в отношении всей когорты лиц, страдающих психическими расстройствами; и *специфических (специальных)* – направленных непосредственно на предупреждение общественной опасности определенных контингентов пациентов. Указанные меры составляют основу системы судебно-психиатрической профилактики (СПП).

В числе *неспецифических мер* большое профилактическое значение имеют ранняя диагностика психических расстройств, обеспечение доступности и качества медикаментозной, психолого-психотерапевтической и социальной помощи пациентам. Важными *неспецифическими средствами профилактики ООД*, несущими в себе некоторые признаки специально предназначенных для этого мер, являются также недобровольное освидетельствование и госпитализация в психиатрический стационар в недобровольном порядке. Реализация указанных превентивных мер не требует создания особых условий, организации в структуре психиатрической службы специальных подразделений и учреждений.

К *специальным мерам* относится исполнение принудительных мер медицинского характера в амбулаторных условиях и психиатрическом стационаре, а также обеспечение активного диспансерного наблюдения участкового психиатра за больными с риском опасного

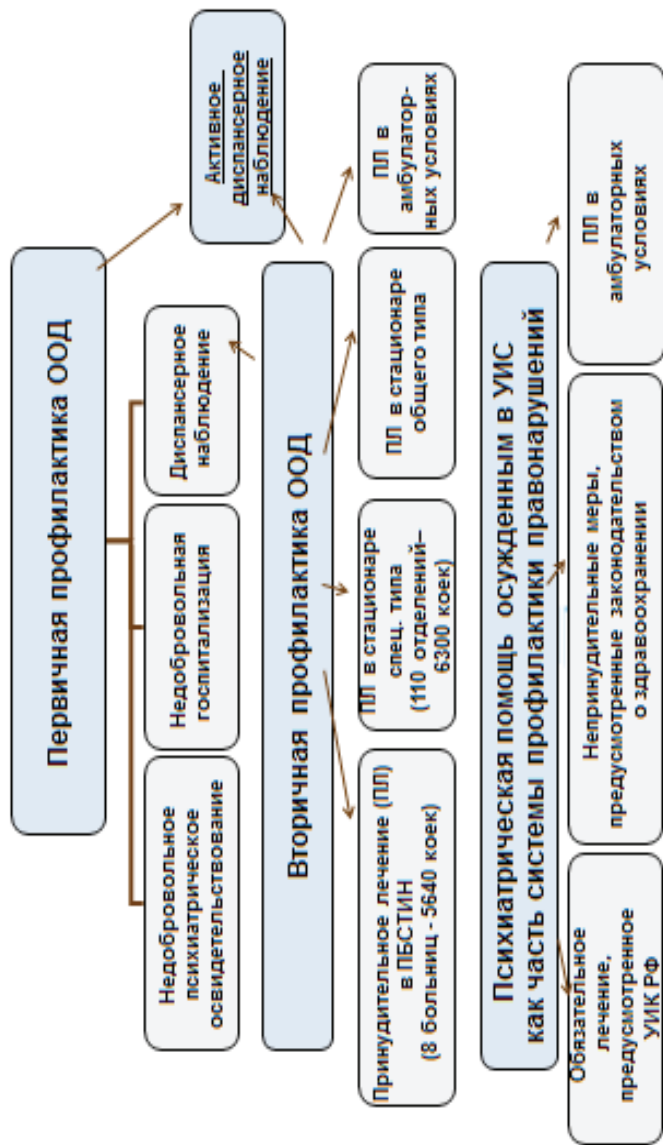


Рис. 1. Действующая система судебно-психиатрической профилактики

поведения. Для их реализации используются как общие психиатрические подразделения (к примеру, исполнение назначенного судом принудительного лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа, проводится в общих отделениях психиатрического стационара), так и специально созданные (кабинеты активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения; отделения и больницы для проведения стационарного принудительного лечения специализированного типа, специализированного типа с интенсивным наблюдением).

Отдельным подразделом судебно-психиатрической профилактики является *оказание психиатрической помощи осужденным в уголовно-исполнительной системе* (рис. 1). Оказание психиатрической помощи в учреждениях исполнения наказания является важной частью системы профилактики повторных правонарушений и включает: лечение больных на общих основаниях; недобровольные медицинские меры, применяемые к осужденным наркологическим больным (так называемое обязательное лечение); исполнение принудительных мер медицинского характера в виде принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях (АПНЛ).

Обязательное лечение применяется к осужденным к лишению свободы, больным алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией (ч.3 ст.18 УИК РФ). Ранее в УК РФ было предусмотрено принудительное лечение больных алкоголизмом и наркоманиями, которое отменено Федеральным законом от 08.12.2003 г. № 162-ФЗ “О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации”. Основанием для назначения обязательного лечения является заключение медицинской комиссии, состоящей из начальника медицинской части исправительного учреждения, двух врачей психиатров-наркологов или врачей-психиатров. Решение о прекращении принимается комиссионно по аналогии с назначением.

Распространенность психической патологии у заключенных в местах лишения свободы, по данным официальной статистики, составляет порядка 18–20%, а по результатам эпидемиологических исследований, проведенных специалистами разных стран, достигает 60–80%. Однако в данном случае речь идет о легких и умеренно выраженных по степени тяжести психических расстройствах, не лишаящих страдающих ими больных способности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими. К примеру, по данным статистических отчетов ФСИН России за 2013 г., наиболее распространенными у осужденных в местах лишения свободы являлись: психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (56,4%), органические психические расстройства (15,1%), расстройства личности (11,1%) и умственная отсталость (9,0%). Применительно к данной категории лиц квалифицированная психиатрическая помощь является одной из составляющих комплекса мер по профилактике рецидивности преступного поведения, основанного на межведомственном сотрудничестве с приоритетом в нем системы исполнения наказаний, правоохранительных органов и учреждений образования, труда и социальной защиты.

В тех же случаях, когда опасное поведение опосредовано наличием у больного психического расстройства, степень выраженности (тяжесть) которого обуславливает его неспособность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, его предупреждение невозможно без участия психиатрической службы, роль и ответственность которой существенно возрастает. Именно на это направлен комплекс мер первичной и вторичной профилактики, реализуемых в медицинских организациях системы здравоохранения.

Развитие системы профилактики опасных действий психически больных лиц неразрывно связано с *процес-*

сом организации психиатрической помощи, который с определенной долей условности можно разделить на несколько периодов.

Ранний период развития психиатрической помощи в России (первая половина XVIII в.) характеризовался тем, что призрение душевнобольных осуществлялось преимущественно при монастырях. В 1762 г. принят Указ Петра III о постройке богаузов для душевнобольных, что способствовало завершению этапа “монастырской” психиатрии.

Вторая половина XVIII – начало XIX вв. – этап становления службы, строительство психиатрических больниц, развитие госпитального сектора. Организованные в 1775 г. “Приказы общественного призрения” при губернских управлениях начали открывать первые психиатрические отделения при больницах и строить специальные дома для душевнобольных, получившие название “желтых домов”.

В следующий, так называемый “земский период” развития психиатрической службы (60-е гг. XIX – начало XX в.) продолжилось развитие госпитального сектора, строительство психиатрических больниц осуществлялось по типу загородных колоний. Важное место в оказании помощи душевнобольным отводилось центральному земскому участку, на который возлагалась обязанность учета душевнобольных, наблюдения за ними, обеспечения лекарствами, оказание за счет земства материальной помощи. В губерниях, которые не имели земской системы управления, в период с 1887 по 1908 гг. было построено 5 окружных психиатрических лечебниц.

К 1905 г. Россия располагала 128 психиатрическими больницами с 33607 койками. Обеспеченность психиатрическими койками составляла 2,1 на 10000 населения. К 1914 г. были организованы сельскохозяйственные колонии, дома инвалидов в системе социального обеспечения, нервно-психиатрические санатории, а также отделения для впервые заболевших и для пациентов с “нерезко

выраженными” психическими расстройствами. К 1955 г. в стране функционировало уже около 200 психиатрических больниц, имеющих 116 тысяч коек, а в 1966 г. — 393 больницы, располагающие 230 тысячами коек.

В XIX в. в России основной формой психиатрической помощи душевнобольным, совершившим общественно опасные действия, было принудительное лечение в психиатрической больнице. Внебольничных форм психиатрической помощи практически не было. Их прообразом можно считать право сокращения срока пребывания больных в стационаре с передачей на поруки родственникам, на которых возлагалась обязанность по наблюдению за их состоянием, предоставленное Сенатом в 1835 г. (Сербский В.П., 1888). Какой-либо контроль со стороны психиатрических учреждений при этом не предусматривался.

Развитие госпитальной психиатрии в зарубежных странах во второй половине XIX в. во многом определялось прогрессивными взглядами Ф. Пинеля, Ж. Эскироля, В. Тюка, которые выступали за ограничение мер стеснения душевнобольных. Во второй половине XIX в. во многих странах Европы широкое распространение получила система семейного призрения душевнобольных (*patronage familial*).

В 1887 г. С.С. Корсаков выступил на I съезде психиатров России с докладом, основанном на анализе опыта семейного призрения душевнобольных в Бельгии, организации семейного патронажа в Шотландии, Англии, Франции и Германии. Это инициировало появление семейного патронажа в нашей стране.

Так называемый “семейный патронаж”, когда больного выписывали из психиатрического стационара в семью проживающих возле больницы жителей, стал более действенной формой внебольничного наблюдения (Яковенко В.И., 1887). При этом сотрудники больницы осуществляли наблюдение за пациентом. Данная мера могла иметь весьма ограниченное применение в отно-

шении больных, представляющих общественную опасность.

XX в. характеризовался созданием внебольничной психиатрической помощи в нашей стране. Начало работы по ее формированию в России – 1919 г., когда был предложен территориальный принцип организации помощи больным. В его основу легло выделение психиатра для оказания специализированной помощи населению определенной территории – от непосредственного лечения и направления в больницу до решения таких вопросов, как защита прав больных, оказание им социальной помощи, снабжение продовольствием и одеждой.

В 1919 г. на Первом Всероссийском совещании по вопросам психиатрии и неврологии основной организационной формой внебольничной психиатрической помощи был признан психоневрологический диспансер. В 1924 г. был открыт первый психоневрологический диспансер. В 1929 г. их было уже 16, в 1931 г. – 23, в 1940 г. – 54, а в 1966 г. – 225. В последующем в стране была развернута широкая сеть этих учреждений.

В.А. Гиляровский (1935) подчеркивал, что целью диспансеров является осуществление психопрофилактических и психогигиенических мероприятий, своевременная диагностика и лечение психических заболеваний. Он полагал, что диспансеры “как определенная организация медицинской службы” принесут большую пользу, указывал на такие их преимущества, как полнота учета психически больных, организация посещений на дому, обеспечение своевременного направления в стационарные психиатрические учреждения, а также наблюдение за пациентами, выписанными из больниц, и защита их прав. Порядок учета больных с впервые установленным диагнозом психического заболевания осуществлялся в соответствии с приказом МЗ СССР № 60 от 11.02.1964 г. Диспансерная помощь в отечественной психиатрии по сей день остается одним из основных звеньев психиатрической службы.

В XX в. также были созданы система полустационарной психиатрической помощи и скорая психиатрическая служба при Научно-исследовательском институте скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. В последние десятилетия XX в. появились многочисленные сообщения об организации новых форм полустационарных психиатрических учреждений – воскресных стационаров, стационаров конца недели, дневных отделений, стационаров на полпути, дневных центров, ночных клиник, центров послебольничного ухода и реабилитации.

В принятых в 1919 г. Руководящих началах по уголовному праву РСФСР устанавливалось, что “суду и наказанию не подлежат лица, совершившие деяние в состоянии душевной болезни или вообще в таком состоянии, когда совершившие его не отдавали себе отчета в своих действиях, а равно и те, кто хотя бы и действовал в состоянии душевного равновесия, но к моменту приведения приговора в исполнение страдает душевной болезнью”. Указанным документом предусматривалась возможность применения к таким лицам лечебных мер.

В соответствии со ст.17 УК РСФСР 1922 г. к той же категории лиц могло применяться “помещение в учреждения для умственно или морально дефективных” и “принудительное лечение”.

В Основных началах уголовного законодательства СССР и союзных Республик 1924 г. меры медицинского характера заключались в принудительном лечении и помещении в “медико-изоляционные учреждения”. Аналогичные виды принудительных медицинских мер сохранились и в УК РСФСР 1926 г.

В 1935 г. Народный комиссариат юстиции совместно с Народным комиссариатом здравоохранения РСФСР издали Инструкцию “О порядке назначения и проведения принудительного лечения психически больных, совершивших преступление”.

В Инструкции было определено, что такое лечение “может быть назначено исключительно приговором или

определением суда”, его назначению должна предшествовать судебно-психиатрическая экспертиза. Находившиеся на принудительном лечении психически больные в соответствии с Инструкцией должны содержаться “в условиях строгого надзора (как и другие больные, опасные для себя и окружающих), гарантирующего принудительное содержание их в психиатрических больницах”. Выписка таких лиц с принудительного лечения должна осуществляться “на основании постановления специальной комиссии, образуемой главным врачом учреждения, с утверждением этого постановления судом, вынесшим определение о принудительном лечении (или судом по месту нахождения лечебного учреждения)”.

Следующим нормативным актом стала совместная Инструкция МЗ СССР, Минюста СССР, МВД СССР и Прокуратуры СССР от 25.03.1948 г. “О порядке применения принудительного лечения и других мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших преступление”. Данный документ содержал более детальную регламентацию процедуры назначения и исполнения ПЛ. В нем были закреплены следующие виды ПММХ: принудительное лечение в общих психиатрических учреждениях; принудительное лечение в специальных психиатрических учреждениях (или специальных отделениях общих психиатрических учреждений) в соединении с изоляцией; отдача на попечение родных и одновременно под врачебное наблюдение.

В соответствии с Инструкцией проведение принудительного лечения возлагалось на органы здравоохранения, его продолжительность судом не определялась, за исключением лиц, “привлекавшихся по делам о контрреволюционных и иных особо опасных преступлениях”. В этом случае проведение принудительного лечения поручалось органам здравоохранения совместно с органами МВД, для чего в ведении МВД организовывались “специальные больницы”. В последующем эти психиатрические учреждения были названы психиатрическими

больницами специализированного типа с интенсивным наблюдением (ПБСТИН), и с 1988 г. переданы в ведение органов здравоохранения.

Следующая “Инструкция о порядке применения принудительного лечения и других мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших преступление” была утверждена МЗ СССР и согласована с Минюстом и МВД и Прокуратурой СССР в 1954 г. Она содержала некоторые изменения и дополнения к Инструкции 1948 г. Выделялись 2 вида ПММХ: принудительное лечение в общих психоневрологических и психиатрических лечебных учреждениях и принудительное лечение в специальных психиатрических учреждениях. А также 2 непринудительных медицинских меры: отдача на попечение родных или опекунов с одновременным врачебным наблюдением и лечение в психоневрологической больнице на общих основаниях.

Инструкция о порядке применения принудительного лечения и других мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших общественно опасные деяния, была утверждена заместителем министра здравоохранения СССР и согласована с Верховным судом, Прокуратурой и Министерством охраны общественного порядка СССР 14 февраля 1967 г. Данная Инструкция была основана на российском уголовном законе. В ней (в соответствии со ст.58 УК РСФСР от 1960 г.) было предусмотрено 2 вида ПММХ – помещение в психиатрическую больницу общего типа и помещение в психиатрическую больницу специального типа и соответствующие УК РСФСР критерии для их назначения.

В 1988 г. в нашей стране был принят первый законодательный акт, регламентирующий оказание психиатрической помощи и соблюдение прав психически больных – Положение об условиях и порядке оказания психиатрической помощи. Установление видов ПММХ было отнесено к компетенции союзного законодательства. Предусматривалось, что принудительное лечение

психически больных осуществляется в психиатрических больницах (отделениях) органов здравоохранения с обычным, усиленным или строгим наблюдением. Таким образом, было выделено 3 вида ПММХ, их исполнение передано органам здравоохранения.

Важным этапом развития практики исполнения ПММХ в нашей стране стал приказ МЗ СССР № 225 от 21 марта 1988 г. “О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи”. Приказ утвердил Временное положение о психиатрической больнице со строгим наблюдением, Временное положение об отделении с усиленным наблюдением психиатрической больницы, а также Временную инструкцию о порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния.

В 1999 г. Министерством здравоохранения РФ было издано методическое письмо № 2510/8236-99-32 “О порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния”, согласованное с Верховным судом, Генеральной прокуратурой и Министерством внутренних дел РФ. Его содержание соответствовало положениям УК РФ 1996 г. и Закону РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”. В 2001 г. по указанию Минюста РФ, усмотревшего в данном Методическом письме правовые нормы, которые могут устанавливаться лишь федеральным законом, Минздрав РФ признал его недействительным.

Нормативно-правовое регулирование исполнения ПММХ в нашей стране на сегодняшний день обеспечивается уголовным законодательством (УК, УПК, УИК РФ), федеральными законами и подзаконными актами:

- УК РФ, УПК РФ и УИК РФ;
- ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”;

- Законом РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”;
- ФЗ от 7 мая 2009 г. № 92-ФЗ “Об обеспечении охраны психиатрических больниц специализированного типа с интенсивным наблюдением”;
- Приказом Минздрава СССР от 21 марта 1988 г. № 225 “О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи”;
- Приказом Минздравсоцразвития РФ от 17 мая 2012 г. № 566н “Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения”;
- Утвержденными МЗ РФ стандартами оказания медицинской помощи при психических расстройствах.

Отечественные психиатры (Введенский И.Н., 1925; Каннабих Ю.В., 1928; Юдин Т.И., 1951; Калашник Я.М., 1955; Зеневич Г.В., 1955, 1983; Морковкин В.М., 1962; Рыбальский М.И., 1963) неоднократно указывали на широкие возможности внебольничной службы по осуществлению профилактических мероприятий в отношении психически больных с социально опасным поведением.

Однако в качестве самостоятельного направления деятельность по судебно-психиатрической профилактике в амбулаторных условиях стала выделяться только после 1969 г., когда был издан совместный приказ МЗ и МВД СССР № 345/209 от 15.05.1969 г. В нем указывались недостатки в осуществлении мер по предупреждению ООД психически больных, руководителям психиатрических учреждений предлагалось организовать специальный учет (СУ) пациентов с общественно опасными тенденциями или действиями, работникам ПНД предписывалось установить контакт с органами МВД для совместного наблюдения за этими лицами.

В дальнейшем были разработаны и приняты нормативные документы, направленные на оптимизацию

оказания специализированной помощи пациентам, имеющим риск опасного поведения, в том числе на регламентацию взаимодействия органов здравоохранения с территориальными органами внутренних дел.

В 1972 г. изданы методические рекомендации МЗ СССР “Организация и методика работы психиатрических и психоневрологических учреждений по предупреждению общественно опасных действий психически больных” (утвержденные МЗ СССР № 10-91/14-123 от 27.12.1971 г.), в которых определены основные категории пациентов, подлежащих специальному учету, сформированы приоритетные направления профилактической работы.

Дальнейшее развитие положения этих документов получили в совместном приказе МЗ СССР и МВД СССР от 1982 г. “Об усилении работы по предупреждению общественно опасных действий психически больных” (№ 725/237-ДСП), которым была утверждена инструкция “Об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел по предупреждению общественно опасных действий психически больных”. Сформулированные принципы в последующем во многом определили стратегию совершенствования мер по предупреждению опасных действий психически больных.

Становление систематической работы в этом направлении нашло отражение в создании в структуре ГНЦ им. В.П. Сербского Отдела судебно-психиатрической профилактики (1985 г.) и многочисленных научных публикациях его сотрудников.

Определенный вклад в повышение роли диспансерного наблюдения в профилактике опасных действий психически больных внесло “Положение об условиях и порядке оказания психиатрической помощи”, которое в 1988 г. было утверждено Указом Президиума Верховного Совета СССР.

Диспансерное наблюдение, а также недобровольные виды психиатрической помощи (недобровольное освидетельствование и недобровольная госпитализация),

порядок применения которых определен принятым в 1992 г. ФЗ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, стали действенными мерами профилактики опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами.

Клинические и социальные критерии их применения имеют ряд общих черт. Прежде всего к ним относится наличие у больного тяжелого психического расстройства в виде острого или хронического психоза, либо глубокого психического дефекта. Констатация этих признаков, свидетельствующая о неспособности лица принимать осознанные решения, касающиеся состояния его психического здоровья, говорит о правомерности, при наличии дополнительных оснований, применения тех или иных мер психиатрической помощи без согласия пациента. Эти основания обозначены в ч.4 ст.23, и ст.29 Закона: а) непосредственная опасность больного для себя или окружающих; б) беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности; в) существенный вред здоровью пациента вследствие ухудшения психического состояния, если он будет оставлен без психиатрической помощи. Перечисленные признаки в основном соответствуют аналогичным, содержащимся в законодательстве других стран, и отвечают требованиям документов Организации Объединенных Наций.

В 1993 г. В.П. Никонов на основе изучения клинико-социальной структуры больных с тяжелыми психическими расстройствами показал целесообразность организации в структуре психоневрологических диспансеров кабинетов для обеспечения специального учета больных, представляющих опасность для общества, в составе которых предусматривалась работа врача-психиатра, социального работника, психолога, юриста, отмечалась необходимость участия в этой деятельности сотрудников МВД. В последующем подобные кабинеты были организованы в части субъектов РФ и доказали свою эффективность, обеспечив

высокое качество профилактики опасного поведения психически больных в амбулаторных условиях.

Следующим важным этапом развития внебольничной профилактики ООД было появление в отечественном законодательстве нового вида принудительных мер медицинского характера – амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра, в последующем переименованного в действующем уголовном законодательстве на “принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях”. Это относительно новый для отечественной судебно-психиатрической практики вид принудительных мер медицинского характера, впервые появившийся в Уголовном кодексе РФ, вступившем в действие с 1 января 1997 г. (п. “а” ч.1 ст.99 УК РФ).

Введение АПНЛ стало проявлением тенденции “к разнообразию и дифференциации принудительных мер медицинского характера” (Котов В.П., 1996), и отчасти было направлено на сокращение числа лиц, помещаемых на стационарное принудительное лечение, которое связано с более серьезными ограничениями для пациентов, чем лечение в амбулаторных условиях. Кроме того, это законодательное решение во многом было продиктовано необходимостью снижения повторности ООД лиц, страдающих психическими расстройствами, которая в разные годы по регионам страны колебалась от 20 до 40%. При этом как отечественные, так и зарубежные авторы отмечают высокую криминогенность больных в первые месяцы после отмены стационарного ПЛ, что является основанием для продолжения, в ряде случаев, ПЛ в амбулаторных условиях с целью обеспечения контроля за состоянием пациента после выписки из стационара.

По результатам научного анализа больных, направленных по решению суда на АПНЛ, были определены клиничко-социальные показания и противопоказания для назначения принудительного наблюдения и лечения у психиатра в амбулаторных условиях (Абрамов С.В.,

2003), разработаны рекомендации по его исполнению в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь.

N. Nedopil, K. Banzer (1996) отмечали, что назначение обязательного амбулаторного лечения дает 3 преимущества: для пациентов – более раннюю выписку из стационара и предотвращение рецидива ООД; для учреждений, проводящих стационарное принудительное лечение – сокращение длительности пребывания больного; для общества – возможность сокращения расходов на лечение.

Несмотря на признание принципиальной важности амбулаторного наблюдения и лечения больных, представляющих общественную опасность, возможность эффективной практической реализации этой меры напрямую связана с наличием развитой сети внебольничных психиатрических учреждений, которые могли бы стать основной ее надлежащей организации.

В этом отношении организационная структура психиатрической службы в России с участковым принципом работы, широкой сетью государственных психоневрологических диспансеров, диспансерных отделений и кабинетов участковых психиатров при ЦРБ, охватывающих все территории и обеспечивающих возможность активного наблюдения за всеми выявленными психически больными, а также необходимого взаимодействия с судами, правоохранительными органами, обладает рядом преимуществ, позволяющих беспрепятственно реализовать указанные принципы. Однако их реализация, как и обеспечение эффективности системы профилактики опасных действий психически больных в целом, требует четкой законодательной регламентации и организационно-методического обеспечения.

Определенным этапом работы в данном направлении стало издание Минздравом РФ совместно с МВД РФ Приказа №133/269 “О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психи-

ческими расстройствами”, действующего до настоящего времени. Инструкцией, утвержденной данным приказом, введено понятие “активного диспансерного наблюдения”, регламентированы основные организационные аспекты этой работы, межведомственный подход к ее исполнению. В Инструкции содержится положение о том, что больные, представляющие общественную опасность, в том числе и лица, направленные на АПНЛ, подлежат активному диспансерному наблюдению, осуществляемому участковыми психиатрами совместно с отделением милиции (полиции), подчеркивается необходимость оказания содействия и помощи медицинским работникам со стороны органов МВД в проведении данной работы.

В Комментариях к законодательству в области психиатрии (2002) также указывается, что при исполнении АПНЛ врачи и иные медицинские работники должны тесно взаимодействовать с органами внутренних дел, поскольку возможны случаи отказа лица от амбулаторной помощи, уклонения от нее, перемены места жительства и т.п.

С целью проведения анализа профилактической работы психиатрической службы страны, в том числе и амбулаторных ее подразделений, в 1999 г. впервые в официальной статистической отчетности были предусмотрены сведения о внебольничных формах предупреждения общественно опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами. Указанная информация ежегодно предоставляется медицинскими организациями, оказывающими психиатрическую помощь, в Минздрав России.

Приказом Росстата от 13.08.2009 г. № 171 утверждена отчетная форма № 36-ПЛ “Сведения о контингентах больных психическими расстройствами, находящихся под активным диспансерным наблюдением и на принудительном лечении”. Сотрудники ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России проводят ежегодный сравнительный анализ профилактической работы и

оценку ее качества и эффективности в субъектах РФ и федеральных округах и издают аналитические обзоры.

Еще одним значимым шагом на пути совершенствования профилактики общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами, стало утверждение Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения (приказ Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 г. №566н). В соответствии с этим документом обеспечение АДН и исполнение АПНЛ возложено на медицинские организации, оказывающие амбулаторную психиатрическую помощь. Для этой цели в структуре крупных психоневрологических диспансеров (отделений) должны быть созданы *кабинеты активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения*.

В соответствии с указанным приказом, кабинет является структурным подразделением психоневрологического диспансера или диспансерного отделения психиатрической больницы.

Функции кабинета: диспансерное наблюдение и лечение лиц, страдающих хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, в том числе склонных к совершению общественно опасных действий; амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра лиц, которым судом назначена данная принудительная мера медицинского характера; ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.

Его штатные нормативы, кроме специалистов медицинского профиля, включают специалистов с немедицинским образованием (медицинский психолог, социальный работник, специалист по социальной работе): врач-психиатр – 1 на 120 больных, находящихся на АДН

и АПНЛ; медицинская сестра – 1 на 60 больных, находящихся на АДН и АПНЛ; медицинский психолог – 1 на 60 больных, находящихся на АДН и АПНЛ; специалист по социальной работе – 1 на 120 больных, находящихся на АДН и АПНЛ; социальный работник – 1 на 60 больных, находящихся на АДН и АПНЛ; медицинский регистратор – 1.

Необходимыми организационными формами психиатрической помощи, значительно повышающими эффективность диспансерного наблюдения и способствующими предупреждению опасного поведения психически больных, являются уже зарекомендовавшие себя в части территорий *медико-реабилитационные отделения и отделения интенсивного оказания психиатрической помощи в амбулаторных условиях*. Данные подразделения включены в действующий Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и должны быть организованы во всех субъектах РФ. С учетом их новизны и важности организации в региональных психиатрических службах страны, в том числе с позиций реализации биопсихосоциального подхода к оказанию психиатрической помощи, обеспечения эффективности профилактики общественной опасности психически больных, ниже приведены основные положения их деятельности, определенные приказом Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 г. № 566н

Медико-реабилитационное отделение является структурным подразделением психоневрологического диспансера или психиатрической больницы и предназначено для проведения психосоциальной терапии и медико-психосоциальной реабилитации пациентов, страдающих психическими расстройствами. В отделение направляются пациенты, не имеющие социальной поддержки со стороны семьи и других родственников; не выполняющие терапевтические и медико-реабилитационные назначения участкового врача-психиатра; нуждающиеся в улучшении внутрисемейных отношений, восстановлении

навыков самообслуживания и общения с окружающими, восстановлении трудовых навыков и трудоустройстве.

К функциям медико-реабилитационного отделения отнесены: проведение медико-психосоциальной реабилитации (в сочетании с фармакотерапией, психотерапией) пациентов после их выписки из стационара, а также пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении; вовлечение пациентов в групповую медико-психосоциальную терапию с одновременным установлением контакта с их семьями; освоение и внедрение в клиническую практику современных методов бригадного ведения пациента в отделении; привлечение пациентов к активному участию в выполнении медико-реабилитационных программ, осуществление взаимодействия между пациентами и персоналом.

Штатные нормативы отделения: врач-психиатр – 1 на 25 мест; врач психотерапевт – 1 на 25 мест; медицинская сестра – 2 на 25 мест; медицинский психолог – 1 на 25 мест; специалист по социальной работе – 1 на 25 мест; социальный работник – 1 на 25 мест; инструктор по трудовой терапии – 1 на 25 мест; инструктор по лечебной физкультуре – 1 на 25 мест.

Отделение медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях является структурным подразделением психоневрологического диспансера или диспансерного отделения психиатрической больницы, организующим взаимодействие медицинской организации и организаций социальной защиты населения по совместному обслуживанию пациентов и их семей.

В отделение направляются способные к самообслуживанию пациенты со стойкой утратой трудоспособности; одинокие, утратившие социальные связи; безработные, нуждающиеся в подготовке к трудовому устройству; бездомные и относящиеся к группе риска бездомности или риска помещения в психоневрологический интернат (опекаемые престарелыми родственниками); нуждающиеся в защите от неблагоприятной среды по месту их проживания.

К его функциям, согласно приказу Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 г. № 566н, отнесены: проведение совместно с организациями социальной защиты населения медико-психосоциальной работы с пациентами, находящимися на диспансерном наблюдении, и их семьями; организация взаимодействия с организациями, осуществляющими психосоциальную работу с больными; улучшение состояния пациента при поддержке в условиях обычного проживания (на дому); направление лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи, в медико-реабилитационное отделение для формирования навыков самостоятельного проживания; снижение числа направлений на госпитализации в психиатрический стационар; улучшение качества жизни пациента; освоение и внедрение в клиническую практику современных методов бригадного ведения больных; привлечение пациентов к активному участию в выполнении лечебно-реабилитационных программ.

Штатные нормативы отделения медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях: врач-психиатр – 1 на 50 мест; врач психотерапевт – 1 на 50 мест; медицинская сестра – 1 на 25 мест; медицинский психолог – 1 на 50 мест; специалист по социальной работе – 1 на 50 мест; социальный работник – 1 на 50 мест; инструктор по трудовой терапии – 1 на 25 мест; инструктор по лечебной физкультуре – 1 на 25 мест.

Нормативно-правовая регламентация системы первичной профилактики опасных действий психически больных обеспечивается:

- Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”;
- Законом РФ от 02.07.1992 г. № 3185-1 “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” (психиатрическое освидетельствование без согласия лица (ст.24); госпитализация в недобро-

вольном порядке (ст.29); диспансерное наблюдение (ст.27));

- Федеральным законом Российской Федерации от 7 февраля 2011 г. № 3-ФЗ “О полиции”;
- Приказом МЗ РФ и МВД РФ от 30.04.1997 г. №133/269 “О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами”;
- Приказом Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 г. № 566н “Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения”.

При этом следует отметить, что согласно ч.1 ст.101 УИК РФ, медицинская помощь осужденным предоставляется в соответствии с Правилами внутреннего распорядка исправительных учреждений и законодательством РФ на тех же правовых основаниях, что и в общей системе здравоохранения. Осужденные обеспечиваются психиатрической помощью на основаниях и в порядке, установленном Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” и Законом РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”.

Медицинская (в том числе и психиатрическая) помощь подозреваемым, обвиняемым и осужденным в учреждениях УИС России организована также в соответствии с приказом Минздравсоцразвития и Минюста России от 17.10.2005 г. № 640/190 “О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы”.

Контрольные вопросы

1. Дайте характеристику действующей в стране системы профилактики общественно опасных действий психически больных лиц. Какова история ее развития?
2. Перечислите неспецифические и специальные меры предупреждения общественной опасности психически больных, дайте их общую характеристику.
3. Каковы особенности оказания психиатрической помощи психически больным в учреждениях исполнения наказания?
4. Назовите виды психиатрической помощи осужденным в уголовно-исполнительной системе.
5. Дайте характеристику нормативно-правового регулирования исполнения принудительных мер медицинского характера в нашей стране. Перечислите основные нормативные акты, регулирующие данный вид деятельности.
6. Опишите этапы развития внебольничной профилактики общественно опасных действий психически больных лиц. Какими законами и подзаконными актами регламентируется эта работа в настоящее время?
7. Какие организационные формы психиатрической помощи имеют непосредственное отношение к обеспечению профилактики общественной опасности психически больных? Дайте их характеристику.

Глава 2

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА: НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ И СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕРЫ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ¹

Первичная профилактика общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами, как уже было сказано выше, заключается в предупреждении совершения ООД больными, которые ранее таковых не совершали. Соответственно к основным задачам этой работы относится своевременная диагностика психических заболеваний и выявление среди лиц, страдающих ими, пациентов с риском опасного поведения, а также принятие эффективных мер по его предупреждению. Центр тяжести такой профилактической работы ложится на внебольничные подразделения психиатрической службы (ПНД, диспансерные отделения и кабинеты психиатров), превентивная деятельность которых связана с обычной лечебно-реабилитационной практикой.

Медицинские организации, оказывающие психиатрическую помощь в амбулаторных условиях, должны обеспечить качество и доступность всех видов специализированной помощи пациентам, обращая особое внимание на тех из них, кто по психопатологическим характеристикам склонен к общественно опасному поведению. Именно такой подход к внебольничной судебно-психиатрической профилактике сформировался и реализуется в России²,

¹ При подготовке раздела использованы материалы монографии Макушкиной О.А., Котова В.П., Мальцевой М.М. и др. Профилактика опасных действий психически больных в амбулаторных условиях. – М., 2016. – 279 с.

² Подробнее см.: Макушкина О.А., Голланд В.Б., Яхимович Л.А. Мониторинг и значимые показатели внебольничной профилактики общественно опасных действий психически больных в Российской Федерации // Российский психиатрический журнал. – 2011. – № 5. – С.4-10.

а в последние десятилетия развивается и в зарубежных странах.

В числе неспецифических мер наибольшее значение имеет обеспечение доступности и качества всех видов психиатрической помощи; раннее и возможно более полное выявление психически больных с последующим оказанием им консультативно-лечебной помощи, либо установлением диспансерного наблюдения; недобровольное освидетельствование и недобровольная госпитализация; психосоциальная реабилитация, социальная помощь и поддержка психически больных.

В ст.4 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” закреплён принцип добровольности обращения за психиатрической помощью, который является основополагающим. В соответствии со ст.32 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина. Однако в особых, строго регламентированных случаях допускается оказание медицинской помощи без согласия граждан или их законных представителей (ст.34 Основ). Такое ограничение прав пациентов может осуществляться в отношении лиц, страдающих тяжёлыми психическими расстройствами, представляющих опасность для окружающих. К видам психиатрической помощи, имеющим непосредственное отношение к профилактике опасных действий больных, оказание которых возможно (при наличии оговорённых в Законе оснований) без согласия пациента, относятся: диспансерное наблюдение, недобровольное освидетельствование и госпитализация в психиатрический стационар в недобровольном порядке.

Диспансерное наблюдение – важный вид амбулаторной психиатрической помощи, обеспечивающий необходимый контроль за динамикой психического состояния больного, его социальной адаптацией, выполнением

необходимых лечебно-реабилитационных мероприятий. Реализация указанных мер представляет собой основу профилактики опасных действий психически больных лиц. Целесообразно подчеркнуть, что диспансерное наблюдение, как и недобровольные виды психиатрической помощи (недобровольное освидетельствование, недобровольная госпитализация), отличаются от принудительных мер медицинского характера, так как они находятся вне сферы уголовной юстиции, и применяются в том числе к лицам, которые не совершали ООД.

Данному виду наблюдения в соответствии с ч.1 ст.27 Закона подлежат лица, страдающие хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями. К таковым относят такие психические заболевания, которые не только имеют у больного достаточно выраженные проявления, но и значительно снижают понимание окружающего и собственной личности, искажают оценку реальных событий и своего состояния, нарушают поведение, препятствуют поддержанию адекватного контакта с окружающими, а также лишают больного способности принимать осознанные решения относительно предлагаемых медицинских мер (Комментарий к Закону РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, 2002).

Важным принципом диспансерного наблюдения за психически больными в нашей стране является обеспечение контроля за состоянием больного. Среди пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением, в зависимости от клинико-динамических характеристик имеющихся у них психических расстройств, могут быть выделены разные подгруппы, требующие различных параметров специализированной помощи, интенсивности реабилитационной и профилактической работы.

Решение об установлении диспансерного наблюдения или о его прекращении принимается независимо от согласия пациента комиссией врачей-психиатров, на-

значаемой администрацией амбулаторного психоневрологического учреждения (ч.3 ст.26 и ч.2 ст.27 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”). В сельских районах – врачебными комиссиями медицинской организации с включением в их состав врача-психиатра.

В последние годы анализ данных государственной статистической отчетности позволяет констатировать выраженную тенденцию сокращения количества пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением специалистов психиатрической службы; ежегодно уменьшается доля впервые выявленных больных с тяжелыми психическими расстройствами, за которыми установлен этот вид наблюдения. Данная ситуация свидетельствует о необходимости повышения ответственности специалистов, в чью компетенцию входит принятие соответствующих решений (участковых психиатров, заведующих диспансерными отделениями, представителей администрации медицинских организаций психиатрического профиля).

Опыт взаимодействия с ПНД, анализ медицинской документации психически больных определяют актуальность проблемы соблюдения принципов диспансеризации – значительное число лиц (порядка 10–20%), находящихся под диспансерным наблюдением, ни разу в течение года не осматриваются участковым психиатром. Между тем, как уже было сказано выше, диспансерное наблюдение за лицами, страдающими психическими расстройствами, – значимая мера профилактики их общественной опасности.

Важными составляющими этого вида наблюдения являются: обеспечение непрерывности поддерживающей терапии после обострения болезненного расстройства; применение нейролептиков с пролонгированным действием; психосоциальная терапия с целью повышения адаптационных возможностей пациента, достижения комплайенса; своевременное определение группы инвалидности больным с трудовой дезадаптацией; включе-

ние пациентов в психосоциальные групповые занятия с целью предупреждения повторных госпитализаций; реабилитационная работа с больными, оставшимися без поддержки и попечительства родных и близких и др.

Основания для прекращения диспансерного наблюдения изложены в ч.4 ст.27 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”. В соответствии с данной нормой диспансерное наблюдение прекращается при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния лица.

Восстановление психического здоровья следует оценивать в сравнении с его доболезненным уровнем, учитывая индивидуальные особенности психики, которыми обладало лицо до начала заболевания. Если же речь идет о лицах, страдающих тяжелыми психическими расстройствами с детства, то свидетельством их выздоровления, помимо исчезновения болезненных проявлений, может служить достижение уровня психического развития и социальной адаптации, соответствующего периоду возрастного развития пациента (включая способность к обучению и трудовой деятельности).

Если у больного, за которым было установлено диспансерное наблюдение, исчезают не все болезненные проявления психического расстройства, а лишь тяжелые стойкие или часто обостряющиеся, то это свидетельствует о значительном улучшении психического состояния. Примерами служат исчезновение психотических проявлений (синдромов помрачения сознания, выраженных аффективных, бредовых, галлюцинаторных, кататонических расстройств и др.), улучшение когнитивного функционирования, сглаживание или коррекция патологии личности. При этом у больного могут оставаться менее тяжелые проявления психического расстройства, не нарушающие его социальной адаптации. Признаками значительного улучшения является также существенное снижение частоты обострений заболевания, увеличение продолжительности ремиссий.

Значительное улучшение психического состояния может служить основанием для прекращения диспансерного наблюдения, если оно является стойким. Достоверность такого прогноза возрастает с увеличением продолжительности наблюдения. Если состояние улучшения, соответствующее приведенным выше характеристикам, сохраняется на протяжении более полутора лет и не имеет признаков неблагоприятной динамики, оно может считаться стойким.

Пациент, в отношении которого диспансерное наблюдение прекращено, может впоследствии получать амбулаторную консультативно-лечебную психиатрическую помощь, оказываемую по просьбе или с согласия самого больного или его законного представителя (ч.2 ст.26 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”).

В соответствии с ч.4 ст.23 и ст.29 данного Закона непосредственная опасность лица, страдающего тяжелым психическим расстройством, для себя или окружающих, является одним из ключевых оснований для *недобровольного освидетельствования и недобровольной госпитализации в психиатрический стационар*. Это позволяет оценить указанные действия психиатрической службы как самостоятельную меру профилактики опасных действий психически больных.

По результатам исследований больные, госпитализированные в психиатрическую больницу недобровольно, составляют порядка 20% от общего числа направляемых на стационарное лечение. По сравнению с добровольно поступившими, они характеризуются более высоким удельным весом агрессивных поступков. Однако в разных территориях показатели применения недобровольных видов психиатрической помощи имеют различные значения.

Определенный интерес представляет работа О.А. Карлова (1997), посвященная деятельности врачей скорой психиатрической помощи, одной из важнейших задач которой является предупреждение ООД психически

больных. Наряду с необходимостью учета признанных факторов риска совершения ООД (асоциальных тенденций в поведении пациента в прошлом, эксплозивного преморбидного личностного радикала с преимущественно агрессивным способом реагирования на внешние воздействия, состояния опьянения, сопутствующего психическому расстройству и т.д.), в психическом статусе и поведенческих реакциях пациентов автор выделил следующие признаки непосредственной опасности: прямые или косвенные угрожающие высказывания в адрес окружающих, элементы подготовки совершения опасного поступка, отчетливый “агрессивный потенциал”.

И.Я. Гурович, Е.М. Кирьянова, З.И. Кекелидзе и др. в методических рекомендациях: “Организация работы бригад скорой помощи” (Приложение к Приказу Минздрава России №108 от 08.04.1998 г.) обращают внимание на тот факт, что из 3 выделенных в ФЗ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” критериев недобровольной госпитализации, критерий “непосредственной опасности для себя или окружающих” является наиболее доказательным. Отмечается также, что в тех случаях, когда пациент по психическому состоянию не может выразить свое отношение к госпитализации (состояние измененного сознания, острый психоз с растерянностью, загруженностью психотическими переживаниями, выраженное слабоумие), госпитализация в психиатрическую больницу должна оформляться как недобровольная. Авторы подчеркивают важную роль имеющегося в психоневрологических диспансерах банка данных о лицах, ранее получавших психиатрическую помощь – их оперативное использование может иметь существенное значение для принятия врачом решения о недобровольном психиатрическом освидетельствовании и госпитализации конкретного пациента.

Приведенные выше меры неспецифической профилактики ООД психически больных имеют важное практическое значение. Специалисты внебольничных

психиатрических служб и скорой помощи выступают в качестве ответственных лиц за исполнение федерального законодательства, охрану общества от опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами.

В соответствии с действующим законодательством³, а также нормативными и методическими документами⁴ в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь, работе по предупреждению общественно опасного поведения психически больных должно уделяться значительное внимание. С целью ее обеспечения, кроме неспецифических, предусмотрены специальные меры, направленные исключительно на решение данной проблемы. Такой мерой является *активное диспансерное наблюдение (АДН)*.

Активному диспансерному наблюдению подлежат пациенты, страдающие хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, склонные к совершению общественно опасных действий, а также больные, направленные судом на принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях.

АДН является подвидом диспансерного наблюдения, который устанавливается в отношении больных, имеющих риск опасного поведения. Статистические данные говорят о том, что в настоящее время из числа лиц с психическими расстройствами, подлежащих диспансерному наблюдению, 3,5–4,5% включаются в группу АДН.

Курация таких пациентов осуществляется в соответствии с особыми правилами, определяющими наиболее

³ Часть 1 ст.13, ч.3 ст.26, ст.27 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”; ст.ст. 99, 100 Уголовного кодекса РФ.

⁴ “Инструкция об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел Российской Федерации по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами” утверждена Приказом МЗ РФ и МВД РФ от 30.04.1997 г. №133/269.

строгий психиатрический контроль и наблюдение, которые реализуются психиатрами совместно с органами внутренних дел. Ее проведение регламентировано совместным приказом МЗ РФ и МВД РФ от 30.04.1997 г. №133/269 “О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами”. В настоящее время Минздрав России проводит работу по обновлению данного приказа, при этом позиция ведомства заключается в сохранении и укреплении упомянутого межведомственного взаимодействия.

В соответствии с указанным приказом, на комиссию психиатров, принимающую решение о необходимости обеспечения активного диспансерного наблюдения как специальной меры профилактики общественно опасного поведения, целесообразно направлять лиц, страдающих хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями:

- 1) совершивших в прошлом общественно опасные действия, предусмотренные уголовным законодательством, и освобожденных от уголовной ответственности или наказания на основании применения к ним принудительных мер медицинского характера;
- 2) отбывших наказание за преступления, в том числе совершенные до установления у них тяжелого психического расстройства;
- 3) в структуру психических расстройств которых входят симптомы, обуславливающие склонность к совершению общественно опасных действий, в том числе приводившие в прошлом к недобровольной госпитализации.

Среди всех пациентов с риском общественно опасного поведения, находящихся под АДН, традиционно выделяют 2 подгруппы. Одну из них (подгруппу “вторичной” профилактики) составляют больные, совершившие в течение жизни ООД или преступления. Данная подгруппа

состоит в большей части из пациентов, поступивших на АДН после отмены ПЛ в психиатрическом стационаре, или совершивших противоправные действия до начала заболевания.

Вторая подгруппа включает больных, не совершивших ООД, но представляющих потенциальную опасность в силу наличия у них симптомов, обуславливающих склонность к социально опасному поведению (подгруппа “первичной” профилактики).

Правильность формирования группы АДН в любой территории или диспансере статистически определяется с помощью вычисления доли пациентов, которые ранее совершали ООД, по отношению ко всему контингенту больных, находящихся под АДН.

Для правильного формирования группы АДН требуется не только дифференцированный подход при отборе больных, но также соблюдение надлежащей преемственности между отдельными звеньями психиатрической службы, что позволит повысить качество профилактической работы в отношении психически больных с социально опасным поведением.

Отбор больных по такому признаку, как совершенные в прошлом преступления или общественно опасные деяния, затруднений обычно не вызывает. Наибольшие трудности возникают, когда врач на основании особенностей клинико-психопатологической картины и социального статуса сам должен сделать вывод о потенциальной опасности пациента. При этом следует руководствоваться наличием определенных признаков.

К психопатологическим нарушениям, которые должны быть учтены при принятии такого решения относятся: императивные галлюцинации; массивная продуктивная психопатологическая симптоматика, приводящая к нарушениям поведения; персонифицированные бредовые переживания, особенно сопровождающиеся аффективной напряженностью; периодические и пароксизмальные психотические состояния с агрессивностью, имеющие

тенденцию к повторному возникновению; значительная прогрессиентность заболевания с нарушением критических способностей и поведения, нонкомплайентностью пациента; злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами; наличие психопатоподобных состояний с повышенной возбудимостью и конфликтностью, антисоциальными установками и криминальной активностью, с расторможенностью влечений, имеющих асоциальную направленность; высокая агрессивность с низким самоконтролем; депрессивные состояния с бредовыми идеями самообвинения; маниакальные и гипоманиакальные состояния с общей расторможенностью и псевдопредприимчивостью и др.

Наибольшую опасность представляет патологическая (бредовая) мотивация поведения, обычно имеющая место при систематизированном бреде с ведущими мотивами защиты, мести или борьбы. Параноидные и галлюцинаторно-параноидные состояния (бред преследования, воздействия, ревности), когда имеется бредовая мотивация с идеаторными автоматизмами, дезорганизацией поведения, помрачение сознания, дисфорическая агрессивность, патологическая импульсивность являются прямыми указаниями на наличие выраженного риска опасного поведения психически больного. Это свидетельствует о необходимости установления за ним активного диспансерного наблюдения.

Опасны также ипохондрически окрашенные персекуторные идеи, когда бред сопровождается идеями преднамеренного причинения ущерба здоровью, направлен на конкретное лицо, аффективно насыщен, в результате чего образуются своеобразные политематические комплексы. Высокая степень общественной опасности имеет место и при наличии у больного бреда сексуального преследования, “порчи”, колдовства и т.д.

Необходимо учитывать, что для больных с синдромом психического автоматизма характерна диссимуляция, особенно на парафреническом этапе заболевания, когда

патологические переживания становятся наиболее актуальными и поэтому пациенты этой группы представляют наибольшую социальную опасность. Хочется подчеркнуть, что больные с синдромом Кандинского–Клерамбо потенциально общественно опасны на всех этапах течения шизофрении.

Бредовые идеи ревности, появившиеся в начале шизофренического процесса, являются особенно криминальными. При алкогольных психозах бред ревности отличается особой стойкостью, длительностью и мало поддается обратному развитию. Такие больные должны рассматриваться как потенциально опасные.

Участковому психиатру необходимо помнить о высоком риске общественной опасности пациентов с психопатоподобными состояниями с аффективной возбудимостью, эксплозивностью, дисфориями, гебоидными проявлениями, расторможенностью, извращенностью влечений, злобно-раздражительной окраской аффективных проявлений. Особенно если имеется связь последних с реальной ситуацией, а также при наличии элементов эпилептоидности в их структуре, выраженного компонента негативизма при аффективных вспышках. Следует оценивать глубину сочетающихся с ними нарушений экзогенно-органического круга. При этом степень социальной дезадаптации представляет собой один из важнейших параметров, позволяющих судить о степени риска совершения ООД.

Больные с психопатоподобной симптоматикой, для которых характерны повышенная поведенческая активность и патология влечений со сформировавшимся общественно опасным стереотипом поведения, представляют наибольший риск совершения повторных ООД. Чаще всего именно этот контингент нуждается в совместном наблюдении психоневрологических диспансеров и органов МВД. Следует отметить в данной связи рост распространенности в последние годы коморбидности психопатоподобных состояний в рамках шизофреническо-

го процесса и заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ, что обуславливает повышенную общественную опасность данной категории пациентов.

Указанные клинические особенности протекания болезненного процесса, равно как и нарушение социальной адаптации больных (семейное неблагополучие, жилищная неустроенность, финансовая несостоятельность вследствие проблемы трудоустройства и нерешенного вопроса определения группы инвалидности и др.), должны активно выявляться участковым психиатром и учитываться при решении вопроса о потенциальной общественной опасности.

В лечебно-реабилитационном процессе в отношении пациентов с психопатоподобными нарушениями, злоупотреблением алкоголем и психоактивными веществами наряду с индивидуальными профилактическими мерами, продиктованными спецификой ведущего психопатологического синдрома и наличием болезни зависимости, следует использовать недобровольную госпитализацию в психиатрический стационар.

С учетом того, что общественная опасность определяется не только риском совершения опасных действий в отношении других лиц, но и опасностью для самого пациента, за больными с повышенным риском аутоагрессивного поведения также должно быть установлено активное диспансерное наблюдение. В данной связи участковому психиатру необходимо анализировать наличие факторов суицидального риска. К таковым у лиц с тяжелыми психическими расстройствами относятся бредовые идеи самообвинения и самоуничужения, витальная тоска, пессимистическая личностная реакция на свое заболевание, особенно при длительности его течения менее года. Важными параметрами являются также суицидальные проявления в прошлом, выраженная аффективная неустойчивость, вербализация суицидальных переживаний и ее частота, наличие истинных попыток совершения суицида в анамнезе. Клиническим показате-

лем суицидального настроения считаются переживания больных с ощущением краха, безвыходности, беспомощности и непреодолимости сложившихся обстоятельств, пессимистической окраской своего состояния.

Следует помнить, что при различных психопатологических состояниях риск совершения опасных действий увеличивают: социальная дезадаптация больного – отсутствие работы, материальная необеспеченность, жилищно-бытовая неустроенность (особенно отсутствие постоянного места жительства); семейное неблагополучие; подверженность асоциальному влиянию со стороны других лиц; повторность совершения общественно опасных деяний; нарушения больничного режима при госпитализациях в психиатрические стационары. Важно подчеркнуть, что приведенные признаки не только позволяют выявлять потенциально опасных больных и включать их в группу АДН, они же в значительной мере определяют организацию и тактику их последующей курации.

Таким образом, участковый психиатр на основании особенностей клинико-психопатологической картины и социального статуса должен сделать вывод о потенциальной опасности пациента. Для ее определения необходимо проанализировать комплекс анамнестических, клинико-динамических, социальных, адаптационных и иных характеристик.

Вопросам оценки риска опасного поведения психически больных, согласно тематическому плану Учебной программы цикла повышения квалификации по теме “Профилактика опасных действий психически больных в психиатрической службе и исполнение принудительных мер медицинского характера”, посвящено отдельное учебное пособие “Проблема общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами: клинико-социальная оценка риска опасного поведения”.

Как уже было сказано выше, кроме больных хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися

болезненными проявлениями с повышенным риском совершения общественно опасных действий активному диспансерному наблюдению подлежат также лица, направленные по решению суда на АПНЛ.

Если решение о включении в группу АДН пациентов с психическими расстройствами, склонных к общественно опасным действиям, а также о выведении из нее в каждом конкретном случае принимается комиссией врачей-психиатров, то пациенты, которым судом назначено АПНЛ, включаются в группу АДН без направления на комиссию.

В обязанности участкового врача входит инициирование постановки вопроса о включении пациента в группу АДН, а также об отмене, продлении либо изменении вида принудительной меры медицинского характера.

В соответствии с Приказом МЗ РФ и МВД РФ от 30.04.1997 г. №133/269 список лиц, включенных в группу АДН и находящихся на принудительном наблюдении и лечении у врача-психиатра в амбулаторных условиях, ежегодно передается в орган внутренних дел (полиции). В дальнейшем информация об изменениях в составе группы (включение новых пациентов, снятие с АДН) передается туда немедленно. Орган внутренних дел по просьбе диспансера устанавливает место пребывания лица, находящегося на АДН или АПНЛ, способствует врачебному осмотру, а также информирует диспансер обо всех случаях совершения указанным пациентом общественно опасных действий, административных правонарушений, об особенностях поведения, говорящих о вероятности совершения ООД.

В настоящее время в некоторых территориях имеют место некоторые затруднения в реализации мероприятий по профилактике общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами, в части обеспечения их недобровольной госпитализации. Данная ситуация сложилась из-за существующих противоречий между ФЗ “О полиции” от 7 февраля 2011 г. № 3-ФЗ и Законом РФ

“О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” от 02.07.1992 г. №3185-1.

В частности, согласно ч.3 ст.30 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” “сотрудники полиции обязаны оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольной госпитализации и обеспечивать безопасные условия для доступа к госпитализируемому лицу и его осмотра. В случаях необходимости предотвращения действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих со стороны госпитализируемого лица или других лиц, а также при необходимости розыска и задержания лица, подлежащего госпитализации, сотрудники полиции действуют в порядке, установленном Федеральным законом “О полиции””. При этом в соответствии с ФЗ “О полиции” (пп.35 п.1 ст.12 гл.3) такое содействие должно быть обеспечено только при наличии решения суда. Однако в соответствии с п.35 ст.12 ФЗ “О полиции” в обязанности сотрудников полиции вменено “...участие совместно с органами здравоохранения в наблюдении за лицами, страдающими психическими расстройствами и представляющими опасность для окружающих, в целях предупреждения совершения ими преступлений...”. Данное положение определяет легитимность межведомственного взаимодействия по вопросам профилактики опасных действий психически больных во внебольничных условиях, регламентированного действующим Приказом МЗ РФ и МВД РФ от 30.04.1997 г. №133/269.

При необходимости недобровольной госпитализации из дома психически больного, представляющего непосредственную опасность для себя или окружающих, и при наличии оснований предполагать, что он или его родственники окажут сопротивление, работники медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в амбулаторных условиях, скорой психиатрической помощи, обращаются за содействием в орган внутренних дел, на территории обслуживания которого находится

пациент. Недобровольная госпитализация возлагается на работников психиатрической службы.

Сотрудники полиции осуществляют розыск и оказывают содействие в задержании лиц, подлежащих госпитализации, обеспечивают охрану общественного порядка, безопасные условия для доступа к госпитализируемому лицу и его осмотра, пресекают противоправные действия граждан, препятствующих госпитализации.

В совместном наблюдении диспансера и работников полиции более других нуждаются больные с психопатоподобными расстройствами, имеющие в преморбидный период криминальные установки, с алкогольной или наркотической зависимостью, контактирующие с асоциальными лицами, негативно относящиеся к лечению, а также больные с частыми обострениями продуктивной психотической симптоматики, конфликтующие по бредовым мотивам с лицами из ближайшего окружения.

Как уже отмечалось, лиц с психическими расстройствами, включенных в группу активного диспансерного наблюдения, а также находящихся на принудительном наблюдении и лечении у врача-психиатра в амбулаторных условиях, участковые психиатры освидетельствуют не реже 1 раза в месяц. При необходимости, особенно в первый месяц после включения в группу или выписки из стационара, могут потребоваться более частые осмотры. Надо иметь в виду возможность изменения состояния пациента непосредственно после перехода его от строго регламентированного образа жизни в больнице к обычной бытовой обстановке. Сохраняет также свое значение устоявшееся в практике правило обязательного освидетельствования каждого больного в течение 3 дней после выписки из стационара.

При госпитализации лиц рассматриваемой группы в психиатрический стационар, передаче под диспансерное наблюдение другого ПНД направляющее учреждение извещает принимающее учреждение о склонности этих лиц к совершению общественно опасных действий либо

нахождении на принудительном наблюдении и лечении у врача-психиатра в амбулаторных условиях.

Диспансерное наблюдение за потенциально опасными больными должно быть нацелено, с одной стороны, на выявление и купирование признаков усиления общественной опасности, с другой – на организацию различных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Существенную роль в совершении общественно опасных действий играет употребление алкоголя и наркотиков, что может вызвать обострение основного психического заболевания и провоцировать опасные тенденции. Большое значение в этом отношении имеет работа, направленная на преодоление зависимости от алкоголя и ПАВ.

Частью психосоциальной реабилитации больных с риском опасного поведения является воздействие на микросоциальные факторы, способствующие совершению ООД: оздоровление микросреды, окружающей больных; оказание разнообразной социальной помощи (паспортизация, разрешение жилищного вопроса, оформление инвалидности, предоставление места в психоневрологическом интернате и т.д.), психолого-психотерапевтическая коррекционная работа, трудотерапия. Реализация указанных мер профилактики возможна при участии в данной работе, кроме участкового психиатра, иных специалистов – медицинского психолога, психотерапевта, социального работника, специалиста по социальной работе, медицинской сестры.

Основаниями для прекращения АДН могут служить выздоровление психически больного или такое изменение его психического состояния, которое обуславливает исчезновение его опасности для себя и окружающих, то есть отсутствие признаков, послуживших основанием для включения в данную группу наблюдения. О чем можно судить по:

- развитию стойкой (не менее года) ремиссии с отсутствием продуктивной психотической и иной

психопатологической симптоматики, которая может быть причиной совершения опасного деяния;

- компенсации имевшихся негативных психических нарушений, обуславливающих потенциальную общественную опасность;
- наличие осознания болезни и общественной опасности совершенных в прошлом опасных действий;
- отсутствию опасных действий и асоциальных тенденций в поведении больных сроком более года;
- социальной адаптации, включающей наличие постоянного места жительства, трудовой занятости на доступном уровне, материальной обеспеченности, отсутствие конфликтов по месту жительства, асоциального влияния со стороны других лиц;
- соблюдению режима диспансерного наблюдения, регулярности посещения ПНД, положительному отношению к медикаментозной терапии, приверженности лечению;
- прекращению употребления алкоголя и других ПАВ;
- отсутствию госпитализаций на протяжении не менее 1 года и др.

В целом при отмене АДН необходимо констатировать, что у больного в результате проведенного лечения настолько улучшилось психическое состояние, что он не представляет общественной опасности.

Приведенное ниже клиническое наблюдение является одним из примеров актуальности первичной профилактики общественной опасности психически больных, а также сложности и многоаспектности деятельности психиатрической службы по ее обеспечению.

Больная Г., 1988 г.р., родилась и воспитывалась в многодетной, неблагополучной семье. Родители злоупотребляли алкогольными напитками, воспитанием детей не занимались. Роды у матери были своевременные, вес при рождении 3 кг. С

детства Г. отставала в психическом и физическом развитии, отмечались частые простудные заболевания, сноговорение, снохождение. Мать убили, когда пациентке было 13 лет, в последующем она проживала с отцом.

В общеобразовательную школу поступила своевременно, но с учебой не справлялась, дублировала 1 и 2 классы. Была консультирована психиатром, при осмотре отмечено, что Г. дезориентирована во времени и месте, речь ее дизартрична, она имеет низкий уровень интеллекта и снижение памяти, врачом отмечена также примитивность суждений. Диагноз: “Олигофрения в степени умеренно выраженной дебильности”.

По решению медико-педагогической комиссии Г. продолжила обучение в специальной школе-интернате, где училась плохо, пропускала занятия, конфликтовала с другими учащимися и администрацией, бродяжничала, совершала мелкие кражи. После окончания 3 классов учебу оставила, с трудом научившись писать и читать. В дальнейшем не училась, не работала. Со слов Г., она перенесла несколько сотрясений головного мозга. Начала курить в 8 лет, алкоголь употребляет с 12 лет. С подросткового возраста у Г. сформировался синдром зависимости от алкоголя – употребляла спиртное в компании лиц, ведущих асоциальный образ жизни, толерантность составляла более литра крепких спиртных напитков в день. Кроме алкоголя употребляла и его суррогаты, в том числе использовала технический спирт.

Состояла под диспансерным наблюдением у психиатра с диагнозом “Умеренная умственная отсталость с психопатизацией характера”, ей была определена II группа инвалидности. В 2012 г. в связи с переездом в другой город с диспансерного наблюдения была снята. По новому месту жительства к психиатру не обращалась.

Неоднократно Г. привлекалась к административной ответственности за распитие спиртных напитков и появление в общественных местах в нетрезвом виде. Проживала с сожителем, по месту жительства характеризовалась отрицательно. Систематически употребляла спиртные напитки, на нее неоднократно поступали жалобы от соседей в РОВД по поводу шумных компаний в квартире. Соседи указывали, что по характеру Г. вспыльчивая, неуравновешенная, в состоянии алкогольного опьянения ведет себя агрессивно, неуправляема,

конфликтна, хитра, изворотлива, склонна к обману. В 2008 и 2012 гг. она была осуждена по ст.158 УК РФ (совершение краж) к условному сроку лишения свободы.

18 августа 2015 г., будучи в состоянии алкогольного опьянения, нанесла своему сожителю удар ножом в область сердца, от чего последний скончался на месте. В ходе следствия была освидетельствована амбулаторной судебно-психиатрической экспертной комиссией. В описании психического состояния было отмечено, что пациентка внешне неопрятна, приблизительно ориентирована в месте, не знает текущую дату. В беседе напряжена и медлительна. Не понимает цель экспертизы. Считает себя психически не здоровой, заявляет, что инвалид с детства. На вопросы отвечает односложно, речь косноязычная, из простых предложений. Анамнестические сведения сообщала по наводящим вопросам, путалась в основных датах своей жизни. Мышление конкретное, замедленное по темпу, суждения примитивны, поверхностны. Смысл метафор и пословиц не объясняет, запас общеобразовательных знаний низкий. Эмоционально маловыразительна. Бреда и обманов восприятия на момент осмотра не выявлено.

Согласно заключению комиссии психиатров-экспертов, Г. обнаруживала признаки умеренной умственной отсталости и не могла в момент инкриминируемого ей деяния осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, рекомендовалось считать ее невменяемой. Постановлением суда Г. была освобождена от уголовной ответственности, ей было назначено принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа.

04.02.2016 г. она поступила в ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. При поступлении на фоне интеллектуально-мнестического недоразвития отмечались неустойчивый фон настроения с негативистичностью, аффективные колебания с проявлением дисфорий, а также повышенная возбудимость, агрессивность, импульсивность, грубое психопатоподобное поведение. На фоне проведения активной медикаментозной терапии (нейролептиками, корректорами поведения, ноотропными и метаболическими препаратами), реабилитационных мероприятий (групповая психокоррекционная работа с психологом, направленная на развитие коммуникативных навыков; адаптации в коллективе; трудотерапии в

отделении, рациональной психотерапии, занятий физической культурой) несколько сгладились дисфорические расстройства, психопатоподобные нарушения. Однако сохранились выраженные эмоционально-волевые нарушения со снижением интеллектуального и волевого контроля поведения и эмоций, склонностью к повышенной раздражительности, конфликтности, агрессивности, импульсивным поступкам, эмоциональной неустойчивостью на фоне интеллектуально-мнестического недоразвития, эмоциональной измененности, недооценки ситуации и нарушения критики к своему состоянию и ООД.

Большая социально дезадаптирована – ее родители умерли, общения с братьями не поддерживает; замужем не была, детей нет. После продажи дома она не имеет постоянной регистрации.

Соматическое состояние удовлетворительное. Среднего роста, повышенного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски и влажности. На внутренней поверхности правого предплечья, передней и боковой поверхности шеи следы от самопорезов, на левом предплечье рубец от ожога, на передней брюшной стенке два рубца, многочисленные рубцы волосистой части головы. Травматическое искривление костей носа. Тоны сердца ясные. АД 110/80. Дыхание жесткое, прослушивается с обеих сторон. Хрипов нет. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Заключение терапевта: “Хронический гастрит”. Заключение эндокринолога: “Нарушения углеводного обмена. Гиперпролактинемия”.

Заключение невролога: “Последствия поражения ЦНС сложного генеза (раннего, травматического, токсического)”. Заключение ЛОР-врача: “Двухсторонняя нейросенсорная тугоухость”.

Психическое состояние. При осмотре в отделении ориентирована формально верно. Правильно называет свои фамилию, имя. Знает, что находится в психиатрической больнице, называет текущий месяц, год, но путается в дате. Мимика мало-выразительная, однообразная. На вопросы отвечает в плане заданного, односложно, неполно, противоречиво, после пауз, затрудняется в указании точных дат. Некоторые вопросы не осмысливает. Речь короткими фразами, словарный запас беден.

В процессе беседы иногда раздражается, замолкает, на вопросы не отвечает, через некоторое время сама возобновляет разговор. Сообщает, что алкогольные напитки употребляет с 12 лет, в последнее время пила в основном запоями, употребляла суррогаты алкоголя. В состоянии алкогольного опьянения неоднократно получала травмы головы. Последнее время проживала с сожителем в Челябинской области, систематически злоупотребляла спиртными напитками, нигде не работала, “жили на пенсию”. Вместе с сожителем продала принадлежащий ей дом за 15 тысяч рублей, проживала у сожителя. О правонарушении рассказывает по-разному, то “не убивала, спала”, то “была пьяная, разозлил”. Формально сожалеет о содеянном. Сообщает, что сейчас стала спокойнее, спит хорошо. Просит “выписать ее через год”, уверяет, что “пить не будет, купит дом, скотину”.

За время пребывания в отделении определенных занятий не имела, фон настроения и поведение переменчивые, возникали неоднократные конфликтные ситуации с другими пациентками. Мышление конкретное, замедленное по темпу, суждения поверхностные. Память и интеллект недоразвиты. Эмоциональные реакции неустойчивые, склонна к повышенной раздражительности, вспыльчивости, агрессивности, импульсивным поступкам. Фон настроения переменчив. Обманы восприятия отрицает. Бредовых идей не высказывает. Критика к своему состоянию и совершенному ООД нарушена.

При психологическом исследовании на фоне невысокого интеллектуального развития, ограниченного запаса общеобразовательных сведений выявлены конкретность мышления, трудности абстрагирования. Испытуемая способна к проведению несложных обобщений с выделением практически значимых признаков функционального уровня. Условный смысл широко известных метафорических выражений и пословиц не понимает. При установлении причинно-следственных зависимостей на несложном стимульном материале ориентирована на поверхностные внешние связи между объектами, также отмечается невозможность передать не только смысл происходящего, но и внешнюю последовательность событий. Содержание рассказа передать не смогла, общий смысл усвоила не в полном объеме, несмотря на настойчивую коррекцию. Внимание недостаточной концентрации, неравномерное. Непосредственная и опосредованная память нарушена. Личностные особенности

испытуемой характеризуются личностной примитивностью, трудностью конструктивного разрешения проблемных и конфликтных ситуаций. Также отмечается уязвимое самолюбие, ранимость в отношении критических замечаний со стороны окружающих, обидчивость, эгоцентрическая сосредоточенность на своих проблемах в сочетании с потребностью в одобрении и поощрении. Имеют место эмоциональная неустойчивость, повышенная раздражительность, тенденция к аффективным вспышкам. Прогностические и критические способности нарушены.

Таким образом, у Г. обнаруживается 2 психических расстройства: умственная отсталость умеренной степени со значительными нарушениями поведения и синдром зависимости от алкоголя средней степени с воздержанием в предохраняющих условиях (F71.18; F10.212).

Интеллектуальное недоразвитие у Г. с детского возраста сопровождается выраженными нарушениями поведения, сочетается с зависимостью от алкоголя, которая, в свою очередь, определила большое количество перенесенных в течение жизни экзогенных вредностей (травмы головы, интоксикации) и усиливает имеющиеся мнестические и эмоционально-волевые расстройства, нарушения критических способностей и поведения.

У больной сохраняются выраженные эмоционально-волевые нарушения, малая курабельность которых обусловлена ее интеллектуальной несостоятельностью; аффективная неустойчивость с преобладанием дисфорий, повышенной раздражительности, конфликтности, агрессивности; склонность к импульсивным поступкам, расстройство влечений, отсутствие критики к болезни и содеянному. Данная симптоматика, наряду с выраженной социальной дезадаптацией и наличием зависимости от алкоголя, определяют повышенную опасность Г. для себя и других лиц, необходимость постоянного наблюдения в условиях психиатрического стационара специализированного типа.

Анализ клинического наблюдения позволяет сделать вывод, что не все возможности системы здравоохранения и правоохранительных органов были реализованы для предотвращения совершения больной тяжкого общественно опасного действия. В частности, не смотря на

наличие хронического, неблагоприятно протекающего психического расстройства, криминального опыта (совершение краж в прошлом), большого количества клинико-психопатологических и социальных факторов риска общественной опасности (выраженных нарушений поведения и эмоционально-волевой сферы, массивной алкоголизации, асоциального образа жизни и проч.), за больной не было установлено активного диспансерного наблюдения. Сотрудники психиатрической службы и правоохранительных органов не реализовали комплекс профилактических мероприятий, предусмотренный действующим федеральным законодательством (ФЗ “О полиции”, ФЗ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”) и подзаконными актами (совместный приказ МЗ РФ и МВД РФ от 30.04.1997 г. №133/269 “О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами”). Изложенное свидетельствует о необходимости анализа подобных случаев на региональном уровне с участием сотрудников заинтересованных ведомств.

Один из путей оптимизации работы по профилактике противоправного поведения психически больных – организация в психоневрологических диспансерах и диспансерных отделениях психиатрических больниц кабинетов АДН, на которые возлагается наблюдение за всеми больными, включенными в группу АДН, а также проведение АПНЛ. По данным государственной отчетности следует, что в ряде регионов, где при психоневрологических диспансерах организованы кабинеты АДН, доля лиц, совершивших ООД, за последние годы существенно уменьшилась.

Кроме указанных кабинетов с целью повышения качества оказания помощи больным психическими расстройствами во внебольничных условиях, обеспечения профилактики опасных действий целесообразна организация *стационаров на дому и амбулаторных медико-реабилитационных отделений.*

Деятельность стационаров на дому при диспансерных отделениях позволяет осуществлять мониторинг состояния больных с риском опасного поведения, своевременно изменять лечебно-реабилитационную тактику, предупреждая госпитализацию больных в психиатрический стационар.

Амбулаторные медико-реабилитационные отделения, как уже было указано выше, являются структурными подразделениями психоневрологических диспансеров и предназначены для проведения психосоциальной терапии и медико-психосоциальной реабилитации пациентов, страдающих психическими расстройствами. При этом медицинская помощь оказывается в условиях дневного стационара на принципах полипрофессиональной курации. Амбулаторное медико-реабилитационное отделение является высокоэффективной формой работы как в клинико-социальном плане, так и с экономической точки зрения. Ее внедрение позволяет значительно улучшить качество оказания психиатрической помощи и, кроме того, осуществлять организационно-методическую деятельность, координируя психосоциальную работу во всех подразделениях учреждения.

Принимая во внимание значительную роль социальных факторов риска в формировании опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами, целесообразно также обеспечить наличие в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь, *медико-реабилитационных отделений для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи.* Их создание также предусмотрено Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 г. №566н.

В настоящее время в ряде субъектов РФ получила распространение и доказала свою эффективность практика бесплатного лекарственного обеспечения лиц, направ-

ленных судом на принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях. С учетом того, что пациенты данной категории в ряде случаев не относятся к числу федеральных льготополучателей, а отсутствие осознания болезни и приверженности лечению, материальная необеспеченность являются причинами, по которым они отказываются от самостоятельного приобретения необходимых препаратов, организация их бесплатного медикаментозного обеспечения является действенной мерой предотвращения повторного совершения опасных действий и может быть рекомендована во всех территориях страны.

Целесообразным представляется создание регистров пациентов, находящихся под АДН и на АПНЛ, что позволит проводить оценку динамики потенциальной общественной опасности, адекватности и эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий в отношении конкретного больного. Отдельного внимания заслуживают организационно-методические мероприятия, направленные на повышение квалификации психиатров ПНД в аспекте их профилактической деятельности в отношении пациентов с социально опасным поведением.

Необходимо также дальнейшее расширение психосоциальной работы силами полипрофессиональных бригад специалистов; открытие в субъектах РФ общежитий для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи. Особенно следует подчеркнуть необходимость организации на региональном уровне ежеквартального мониторинга показателей, отражающих эффективность работы амбулаторных подразделений психиатрических служб по профилактике ООД лиц, страдающих психическими расстройствами.

Контрольные вопросы

1. Какова организация первичной профилактики общественно опасных действий психически больных в нашей стране?

2. В чем отличие мер первичной и вторичной профилактики общественно опасных действий?
3. Дайте характеристику диспансерного наблюдения как меры первичной профилактики общественной опасности психически больных.
4. Укажите основания для применения недобровольных видов психиатрической помощи, предусмотренных федеральным законодательством. Какова их законодательная регламентация и значение для предупреждения общественно опасных действий?
5. Что является основанием для установления за больным активного диспансерного наблюдения?
6. Перечислите показания для включения психически больного в группу активного диспансерного наблюдения.
7. Какие клинико-психопатологические и социальные факторы риска общественной опасности психически больных вам известны?
8. Каковы особенности формирования группы активного диспансерного наблюдения?
9. Перечислите основные требования к обеспечению активного диспансерного наблюдения за больным?
10. Каков порядок взаимодействия психиатрической службы с органами полиции в отношении больных, представляющих потенциальный риск общественной опасности?
11. Что может служить основанием для прекращения активного диспансерного наблюдения?
12. Какие меры повышения эффективности первичной профилактики общественно опасного поведения психически больных вам известны?

Глава 3

ХАРАКТЕРИСТИКА ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОПАСНОСТИ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Вторичная профилактика, т.е. предупреждение повторных ООД больных с социально опасным поведением осуществляется путем исполнения ПММХ, а также реализации комплекса специфических медицинских мероприятий, направленных на превенцию повторного ООД как стационарными, так и внебольничными подразделениями психиатрической службы. От качества проведения специалистами психиатрической службы данной работы во многом зависит вероятность рецидивов опасного поведения психически больных.

В настоящее время Уголовным законодательством (ст.99 УК РФ) предусмотрены следующие виды ПММХ: 1) принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях; 2) принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа; 3) принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа; 4) принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Принудительные меры медицинского характера различаются условиями содержания, наблюдения и лечения, степенью ограничений, вводимых для пациента. Их назначение, продление, изменение и прекращение применения – прерогатива суда. Критерием выбора судом принудительной меры медицинского характера является психическое состояние пациента, принцип необходимости

и достаточности для предотвращения новых противоправных действий и реализации в отношении больного необходимого комплекса лечебно-реабилитационного воздействия. Суд выносит соответствующее определение с учетом рекомендаций судебно-психиатрической экспертной комиссии (СПЭК). Указанные комиссии и суд при выборе конкретной меры медицинского характера исходят из оснований, приведенных в ст.ст.100, 101 УК РФ.

Правильный выбор вида ПЛ является важной профилактической мерой в отношении повторных ООД. Рекомендации применения различных видов принудительных мер медицинского характера должны основываться на учете целого ряда клинико-социальных факторов, взаимодействие которых обуславливает социальную опасность психически больных. Значимыми традиционно считаются следующие параметры: психическое состояние больного в динамике, включая период ООД и судебно-психиатрической экспертизы; характер, тяжесть, повторность и психопатологические механизмы ООД, их стойкость; анамнестические данные об образе жизни больного, его социальных установках и уровне социальной адаптации; сведения о комплаентности и поведении при наблюдении участкового психиатра и прежних госпитализациях (побеги, употребление ПАВ, агрессия и т.д.); информация о поведении в следственном изоляторе (если это имело место); наличие критического отношения к состоянию, совершенному ООД и сложившейся ситуации, реальных планов на будущее; своеобразие социальной микросреды. Наибольшего внимания заслуживает не только каждый из приведенных параметров, но и их комплекс, стечение определенных обстоятельств, провоцирующих криминальное поведение лиц, страдающих психическими расстройствами.

При этом адекватность назначения вида ПЛ имеет существенное значение и во многом определяет эффективность профилактики общественной опасности психически больных.

Действующая в нашей стране система исполнения принудительных мер медицинского характера представлена:

- психиатрическими больницами специализированного типа с интенсивным наблюдением – 5640 коек;
- психиатрическими стационарами для принудительного лечения специализированного типа в структуре региональных психиатрических служб (110 отделений специализированного типа в психиатрических больницах субъектов РФ – 6300 коек);
- психиатрическими стационарами общего типа в структуре региональных психиатрических служб, которые обеспечивают принудительное лечение общего типа;
- региональными психоневрологическими диспансерами, диспансерными отделениями психиатрических больниц, кабинетами психиатров ЦРБ, обеспечивающими исполнение АПНЛ.

Наиболее распространенной формой ПММХ является принудительное лечение в психиатрическом стационаре. Эта мера медицинского характера в соответствии со ст. 101 УК РФ назначается в тех случаях, когда характер психического расстройства больного требует таких условий лечения, ухода, содержания и наблюдения, которые не могут быть осуществлены вне психиатрического стационара. Число пациентов, находящихся на принудительном лечении в психиатрических стационарах, держится на довольно высоком уровне на фоне происходящего в последние годы сокращения числа психиатрических коек. Доля психиатрических коек, занятых принудительным лечением, достигла в 2014 г. 13,5%.

ПЛ в психиатрических больницах специализированного типа с интенсивным наблюдением назначается лицам, представляющим по своему психическому состоянию особую опасность для себя или других лиц и требующим постоянного и интенсивного наблюдения.

ПБСТИН – психиатрические больницы федерального подчинения, каждая из которых обеспечивает данный вид ПЛ населению нескольких субъектов РФ. Постоянное интенсивное наблюдение за больными в них проводится с обеспечением специальных мер безопасности с участием ФСИН России. В настоящее время в стране действуют 8 ПБСТИН.

Таблица

**Психиатрические больницы специализированного типа
с интенсивным наблюдением**

ПБСТИН	Число коек	Контингент	Обслуживаемые регионы (утверждены Минздравом России 16.07.2003 г.)
ВОЛГОГРАД- СКАЯ	710	Мужчины	Камчатский край, Хабаровский край, Астраханская область, Волгоградская область, Пензенская область, Самарская область, Саратовская область, Сахалинская область, Свердловская область, Тамбовская область, Тюменская область, Республика Дагестан, Кабардино-Балкарская Республика, Республика Калмыкия, Республика Северная Осетия-Алания, Чеченская Республика, Чукотский АО
КАЛИНИН- ГРАДСКАЯ	550	Мужчины	Калининградская обл.
КАЗАНСКАЯ	1020	Мужчины. Женщины с неактив- ной формой туберкулеза (все регио- ны)	Пермский край, Кировская область, Нижегородская обл., Ульяновская обл., Республика Башкортостан, Республика Марий Эл, Республика Мордовия, Республика Татарстан, Удмуртская Республика, Чувашская Республика

ПВСТИН	Число коек	Контингент	Обслуживаемые регионы (утверждены Минздравом России 16.07.2003 г.)
КОСТРОМСКАЯ	420	Мужчины	Владимирская обл., Ивановская область, Костромская область, Томская область, Омская область, Ярославская область, Республика Коми
ОРЛОВСКАЯ	840	Мужчины. Мужчины и женщины с активной формой туберкулеза (все регио- ны)	Алтайский край, Краснодарский край, Ставропольский край, Белгородская обл., Воронежская обл., Курская область, Липецкая область, Орловская область, Ростовская обл., Тульская область, Республика Адыгея, Республика Алтай, Республика Бурятия, Карачаево-Черкесская Республика, Республика Тыва
СМОЛЕНСКАЯ	1000	Мужчины	Красноярский край, Амурская область, Брянская область, Калужская область, Кемеровская область, Курганская область, г. Москва, Московская область, Оренбургская область, Рязанская область, Смоленская область, Челябинская область, Республика Хакасия, Еврейская АО
САНКТ- ПЕТЕРБУРГ- СКАЯ	900	Мужчины	Забайкальский край, Приморский край, Архангельская область, Вологодская область, Иркутская область, Ленинградская область, Магаданская область,

ПБСТИН	Число коек	Контингент	Обслуживаемые регионы (утверждены Минздравом России 16.07.2003 г.)
			Мурманская область, Новгородская область, Псковская область, г. Санкт-Петербург, Тверская область, Республика Ингушетия, Республика Карелия, Республика Саха (Якутия)
НОВОСИБИРС- КАЯ	200	Мужчины	Новосибирская область

ПЛ в психиатрических стационарах специализированного типа назначается лицам, которые по своему психическому состоянию требуют постоянного наблюдения. Функцию таких стационаров выполняют специализированные отделения психиатрических больниц, находящиеся в ведении органов управления здравоохранением субъектов РФ, к компетенции которых относится решение вопросов обеспечения доступности и качества данного вида ПЛ.

Организация этого вида ПЛ предполагает особый режим работы, включающий обеспечение контрольно-пропускной системы, оборудование средствами охранной и тревожной сигнализации; ограничение доступа в отделение; наличие изолированных прогулочных дворов; контроль передач и др. Важной частью исполнения принудительных мер медицинского характера в указанных отделениях должна быть психосоциальная реабилитация, основанная на принципе мультидисциплинарного взаимодействия специалистов – психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников.

ПЛ в психиатрических стационарах общего типа назначается лицам, которые по своему психическому состоянию нуждаются в стационарном лечении, но не требуют интенсивного наблюдения. Данный вид ПЛ проводится в стационарных отделениях психиатрических больниц и не предусматривает специальных мер безопасности. При этом пациенты, которым он назначен, находятся вместе с больными, поступившими на стационарное лечение на общих основаниях.

Введение в 1996 г. *принудительного наблюдения и лечения у психиатра в амбулаторных условиях* (ст.100 УК РФ) во многом было продиктовано необходимостью снизить повторность ООД лиц, страдающих психическими расстройствами, которая в разные годы по регионам страны колебалась от 20 до 40%. При этом как отечественные, так и зарубежные авторы отмечают высокую криминогенность больных в первые месяцы после отмены стационарного ПЛ.

Законодательно определено, что принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях назначается судом лицам: совершившим уголовно наказуемые деяния и признанным невменяемыми (ст.21 УК РФ); совершившим преступления и заболевшим психическим расстройством, исключающим назначение или исполнение наказания (ст.81 УК РФ); совершившим преступление и страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости (ст.22 УК РФ); совершившим в возрасте старше 18 лет преступление против половой неприкосновенности несовершеннолетнего, не достигшего 14-летнего возраста, и страдающим расстройством сексуального предпочтения (педофилией), не исключающим вменяемости (Федеральный закон от 29.02.2012 г. № 14-ФЗ).

Таким образом, данный вид ПММХ исполняется в отношении юридически разнородных групп больных: невменяемых, ограниченно вменяемых и вменяемых, что определяет различную практику его исполнения.

Больные, признанные ограниченно вменяемыми (ст.22 УК РФ), а также страдающие расстройством сексуального предпочтения (педофилией), которым судом назначено принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях, несут ответственность за соблюдение назначенного им врачом-психиатром режима наблюдения и лечения. Контроль за соблюдением этого режима осуществляется органами полиции и уголовно-исполнительной инспекцией.

АПНЛ занимает промежуточное положение между ПЛ в условиях психиатрического стационара и оказанием специализированной помощи во внебольничных условиях. В процессе его исполнения реализуются меры принуждения без изоляции пациента от обычной среды проживания.

Хотя содержание лечебно-профилактической работы амбулаторного психоневрологического учреждения (подразделения) с пациентами, подлежащими АДН и АПНЛ, существенно не различается, введение АПНЛ сделало контингент больных, подлежащих особому наблюдению, более многочисленным и повысило степень ответственности медицинских работников, осуществляющих это наблюдение, поскольку АПНЛ назначается, продлевается и прекращается по решению суда.

АПНЛ назначается в тех случаях, когда лицо по своему психическому состоянию не нуждается в помещении в психиатрический стационар (ст.100 УК РФ). Упорядоченное поведение, выполнение сделанных врачом рекомендаций, наличие полного или частичного критического осмысления имеющегося болезненного расстройства, отсутствие необходимости в постоянном медицинском контроле в условиях стационара, отсутствие психопатоподобной симптоматики, аддиктивного поведения, в том числе обусловленного зависимостью от психоактивных веществ – важные условия при выборе АПНЛ в качестве принудительной меры медицинского характера. АПНЛ предполагает обеспечение регулярно врачебного наблюдения за психическим состоянием

пациента с периодичностью встреч не реже одного раза в месяц при условии выполнения комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий, включающего наряду с психофармакотерапией, психотерапевтическую, психологическую и социальную помощь.

Назначение и отмена АПНЛ по решению суда расширяет правовые основания для осуществления лечебных и профилактических мероприятий, повышает значимость деятельности сотрудников психиатрического учреждения в глазах пациента и его родственников.

Вместе с тем специфика и преимущество АПНЛ состоят в том, что в отличие от стационарного ПЛ, оно влечет за собой значительно меньшее ограничение личной свободы пациентов, сохранение привычного образа жизни, по возможности, работоспособности, контактов с близкими, что в целом способствует их более полной социальной адаптации. Условием направления пациентов на АПНЛ является их способность не только понимать смысл АПНЛ, но и выполнять предъявляемые к ним требования.

При повышении степени общественной опасности больного, на основании заключения комиссии психиатров, администрация психоневрологического диспансера может ставить перед судом вопрос об изменении меры медицинского характера. Как показывает практика, эффективность АПНЛ повышается в случаях, когда больной информирован о возможности такого изменения в период назначения данного вида ПЛ. Во время АПНЛ при изменении психического состояния пациента в ряде случаев бывает целесообразно применение недобровольной госпитализации в психиатрический стационар.

Данный вид ПЛ назначается как в качестве самостоятельной меры, так и после проведенного ПЛ в стационаре при применении “ступенчатого” изменения принудительных мер медицинского характера.

Своевременное изменение АПНЛ на стационарное ПЛ при использовании в психиатрических стационарах

современных технологий оказания психиатрической помощи является действенным фактором профилактики повторных ООД, одним из показателей активности работы диспансерных подразделений в данном направлении.

Госпитализация в психиатрический стационар в период исполнения АПНЛ в случае ухудшения психического состояния также определяет предупреждение общественной опасности. Направляющее такого рода больных в психиатрический стационар учреждение в обязательном порядке должно предоставлять информацию о пребывании их на АПНЛ. В дополнение к сведениям, обычно указываемым в направлении на госпитализацию, должны быть данные о течении заболевания, психопатологическом механизме совершения ООД, его характере и кратности, личностных и ситуационных факторах, способствующих или препятствующих их осуществлению, проведенных лечебных и реабилитационных мероприятий и их эффективности, рекомендуемых мерах по предотвращению общественной опасности.

Такой фактор, как выпадение из поля зрения участкового психиатра больных, направленных на АПНЛ, является неблагоприятным для профилактики ООД. Одной из его причин может быть неудовлетворительное взаимодействие психиатрической службы с органами полиции, неисполнение требований приказа Минздрава России и МВД России от 30.04.1997 г. №133/269 “О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами”.

Важным аспектом организации эффективной системы профилактики общественной опасности психически больных имеет структура применяемых в регионах принудительных мер медицинского характера.

Как показывают данные официальной статистической отчетности, большая часть больных, находящихся на стационарном ПЛ, приходится на стационары общего и специализированного типов. Вопрос о достижении оптимального соотношения этих двух видов ПЛ пока

нельзя считать решенным. Это во многом обусловлено ограниченной доступностью ПЛ в стационаре специализированного типа в ряде регионов из-за отсутствия или малой мощности соответствующих подразделений. В отношении женщин и несовершеннолетних указанная проблема является особенно острой. В связи с этим в 2012 г. в ГНЦССП им. В.П. Сербского организовано отделение специализированного типа для принудительного лечения женщин. Определенное значение имеет также недостаточное понимание специфики ПЛ в стационаре специализированного типа судами и даже экспертными комиссиями.

Проведенные сотрудниками ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России исследования позволили установить, что оптимальное обеспечение койками специализированного типа составляет примерно 5 на 100 тыс. населения. Соотношение же числа больных, которым решением судебно-психиатрических экспертных комиссий рекомендовано ПЛ в стационаре общего и специализированного типов, должно быть примерно 1:2.

При наличии определенной положительной динамики, реальное положение дел не соответствует данным рекомендациям. К примеру, в соотношении количества больных, поступивших на принудительное лечение в стационары общего и специализированного типа впервые по данному уголовному делу, ежегодно имеет место практически двукратное доминирование направленных в стационар общего типа.

Данные о соотношении видов стационарного ПЛ, количестве пациентов, в отношении которых исполняется та или иная принудительная мера медицинского характера, находятся в прямой зависимости как от числа принятых судами решений о назначении вида ПЛ, так и от его средней продолжительности. В динамике за последние годы общий показатель длительности принудительного лечения в психиатрических стационарах неуклонно увеличивался. Значительный его рост отчасти

может свидетельствовать об утяжелении контингента больных, находящихся на ПЛ, их накоплении, возможно в связи с нарастанием резистентности к проводимому медикаментозному лечению и определенной стойкостью общественной опасности.

Результаты сравнительного анализа за весь период статистического наблюдения свидетельствуют о преобладании среди лиц, находившихся на ПММХ, больных с психозом или состоянием слабоумия, большую часть из которых составляют пациенты с диагнозом “Шизофрения”. На втором месте по распространенности находится умственная отсталость. В целом нозологический состав данной категории больных практически постоянный.

Исполнение ПММХ, являясь частью системы оказания психиатрической помощи, имеет ряд особенностей. К их числу, несомненно, можно отнести цель принудительного лечения, включающую в себя не только излечение лица, либо улучшение его психического состояния, но и предупреждение совершения им новых ООД. Важными отличительными характеристиками можно считать также отмеченные выше значительную продолжительность ПЛ, отмена которого относится к прерогативе суда; тяжесть психических расстройств у пациентов; распространенную их коморбидность с различного рода экзогенными вредностями, злоупотреблением алкоголем и другими психоактивными веществами (ПАВ); значительное нарушение социального функционирования пациентов; необходимость учета в лечебно-реабилитационном процессе психопатологического механизма ООД.

Организация исполнения ПММХ, выбор тактики лечебно-реабилитационной работы с пациентом должны быть направлены на решение сложной задачи, имеющей большое социальное значение – предупреждение рецидива общественной опасности больного.

Многолетнее изучение влияния тех или иных психопатологических синдромов на формирование опасных тенденций у психически больных позволило выделить

ряд наиболее криминогенных. Большинство исследователей пришли к заключению, что в возникновении стойких асоциальных тенденций, способствующих реализации повторных ООД, ведущая роль принадлежит негативной и психопатоподобной симптоматике. Наряду с изучением отдельных нозологических форм и симптомокомплексов, большое внимание уделялось различным факторам, которые могут быть охарактеризованы как условия совершения ООД. Так, большое значение в генезе общественной опасности имеют преморбидные личностные особенности.

Нельзя не отметить, что современные положения относительно причин и условий совершения психически больными повторных ООД доказывают перспективность системного подхода к их изучению, позволяющего в единстве рассматривать разные факторы риска (“синдром-личность-ситуация”), их иерархическое распределение и динамику, что дает возможность в рамках психопатологического состояния, имевшего место ко времени совершения ООД, выделить основное, наиболее “криминогенное” звено. Соотнесение психопатологического механизма ООД с лечебно-профилактическими мероприятиями, проводившимися больному, может послужить основой оценки их эффективности.

Результаты проведенного нами (Макушкина О.А., Яхимович Л.А., 2014) исследования свидетельствуют о том, что среди лиц, совершивших повторные ООД и направленных на принудительное лечение в ПБСТИН, подавляющее большинство составляют больные шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами. Большая часть этих пациентов активного трудоспособного возраста, среди них преобладают лица с выраженными явлениями социальной дезадаптации.

К клинико-психопатологическим особенностям таких больных можно отнести стойкость болезненной симптоматики, распространенность психопатоподобных состояний с повышенной возбудимостью и конфликтностью, с упор-

ными антисоциальными установками и криминальной активностью (чаще всего насильственного характера), отличающимися особой устойчивостью, малой курабельностью и тенденцией к рецидивированию.

Особая опасность для общества проявляется тяжестью совершенных деяний, стойкостью опасного поведения с повторными правонарушениями, склонностью к протестным реакциям с нарушением режима ПЛ, в ряде случаев с агрессией, направленной на медперсонал, что делает невозможным их содержание и лечение в психиатрических отделениях общего или специализированного типа. Большую часть из числа повторно поступивших в ПБСТИН составляют больные, совершившие ООД по негативно-личностным механизмам, имевшие стойкие изменения личности в сочетании с неблагоприятными ситуационными и микросоциальными условиями.

В большом числе наблюдений имела место значительная прогрессиентность заболевания, массивность продуктивной психопатологической симптоматики, приводящая к нарушениям поведения, выраженность негативных расстройств, некомплайентность пациентов, склонность к злоупотреблению алкоголем и иными ПАВ, т.е. сочетание неблагоприятных клинических и социальных факторов, требующих комплексного биологического и психосоциального воздействия.

Причиной особой социальной опасности больных и совершения ими повторных ООД зачастую являются психопатоподобные состояния с повышенной поведенческой активностью и расторможенностью влечений, имеющие асоциальную направленность при наличии резистентности к лечению. При продуктивно-психотической симптоматике важными предикторами опасного поведения считаются персонифицированные бредовые переживания.

В целом основу рецидивов ООД у таких больных могут составлять разнородные факторы, связанные, с одной стороны, с их клинико-психопатологическими и

социально-личностными особенностями, с другой – с недостатками в проведении ПЛ и работе внебольничных психиатрических служб, а также их взаимодействия. Терапевтическая резистентность психических расстройств и склонность больных к их диссимуляции могут быть причиной недооценки врачами степени общественной опасности пациентов при выборе вида ПЛ, определении лечебно-реабилитационной тактики, а также при отмене ПММХ.

Отмечая различия в природе однократных и повторных ООД психически больных, судебные психиатры разрабатывают дифференцированные подходы к их профилактике. При этом важное значение придается всем аспектам лечебно-профилактической работы: выбору вида ПММХ, срокам его проведения, предпочтительности той или иной терапевтической и реабилитационной тактики, показаниям к отмене или изменению вида принудительного лечения, особенностям диспансерного наблюдения.

Многообразие факторов, участвующих в формировании общественной опасности больных с рецидивами ООД, требует осуществления достаточно длительных комплексных терапевтических и социально-реабилитационных мероприятий, в связи с чем период пребывания на принудительном лечении исчисляется годами.

Исполнение ПММХ должно проводиться с учетом стойкости психопатологических механизмов ООД больных, обусловленной малокурабельными психическими расстройствами в сочетании с асоциальными личностными установками. При этом достигнутая в результате медикаментозного лечения стабилизация состояния является предпосылкой для коррекционно-воспитательных и реабилитационных мероприятий, направленных на изменение жизненного стереотипа, перестройку ценностной ориентации больного с целью более успешной интеграции в общество, повышения устойчивости в отношении неблагоприятных воздействий окружающей

среды, психологической готовности противостоять негативному социальному окружению. Указанные задачи необходимо решать совместными усилиями специалистов полипрофессиональной бригады (психиатр, психолог, социальный работник, специалист по социальной работе и др.). Формирование и реализация индивидуальных лечебно-реабилитационных программ в отношении больных с социально опасным поведением должны осуществляться как в период стационарного ПЛ, так и во время внебольничного наблюдения. Частью лечебно-реабилитационной работы является воздействие на микросоциальные факторы, способствующие совершению ООД: оздоровление микросреды, окружающей больных; оказание разнообразной социальной помощи (паспортизация, разрешение жилищного вопроса, оформление инвалидности, предоставление места в психоневрологическом интернате и т.д.).

Таким образом, достижение цели ПЛ, обозначенной в ст.98 УК РФ, требует не только проведения психофармакотерапии имеющегося у больного психического расстройства, но и реализации комплекса мероприятий по психосоциальной терапии и реабилитации, направленных на снижение общественной опасности, восстановление психических функций, познавательного, эмоционально-волевого потенциала пациента, формирование социально приемлемых форм поведения, реинтеграцию в общество. Целесообразным при этом является применение биопсихосоциальной модели оказания специализированной помощи (рис. 2).

Биопсихосоциальный подход предполагает использование мультифакторной модели болезни; многоосевых диагностических систем; бригадные методы ведения пациентов. Его предпочтительность не вызывает сомнения с учетом многофакторности генеза опасного поведения психически больных лиц, значительной роли в совершении опасных действий, наряду с клинико-психопатологическими, личностных и социальных факторов.



Рис. 2. Биопсихосоциальная модель исполнения ПММХ

В процессе принудительного лечения с определенной долей условности выделяют 4 этапа лечебно-реабилитационного воздействия:

- адаптационно-диагностический;
- интенсивных лечебно-реабилитационных мероприятий;
- стабилизации достигнутого эффекта;
- заключительный (подготовки к выписке из стационара, изменению вида ПЛ).

Задачи, длительность, направленность и характер лечебно-реабилитационных мер на каждом этапе необходимо дифференцировать с учетом индивидуальных особенностей пациента. В процессе ПЛ должны быть

реализованы программы фармакотерапии, психосоциальной терапии и медицинской психосоциальной реабилитации, направленные на профилактику повторных ООД, включая купирование психопатологических расстройств, восстановление утраченных трудовых навыков, навыков самостоятельного проживания, формирование ответственности за свое здоровье и поведение, обучение пациентов и их родственников раннему распознаванию признаков начинающегося обострения болезни и совладанию с остаточной психопатологической симптоматикой, формирование приверженности лечению, повышение правовой грамотности и др.

На адаптационно-диагностическом этапе:

- формируется функциональный диагноз (определяются преморбидные особенности личности больного, диагноз психического расстройства, актуальный психопатологический синдром, особенности клинической картины и течения психического расстройства, наличие расстройства личности, болезни зависимости, соматические заболевания, психопатологический механизм совершенного ООД, клинко-психопатологические факторы риска опасного поведения; выделяется ведущий патопсихологический симптомокомплекс, оцениваются адаптационные возможности пациента, реабилитационный потенциал, психологические факторы, способствующие и препятствующие формированию опасного поведения; особенности социальной адаптации пациента, характер имеющихся у него проблем социального функционирования, выделяются социальные факторы риска опасного поведения);
- определяются психотерапевтические приоритеты и направленность психокоррекционного воздействия, социально-терапевтической работы с больным;
- разрабатывается индивидуальная программа психосоциальной терапии и реабилитации (ИПР).

При разработке ИПР должны учитываться:

- психиатрический диагноз;
- сопутствующая соматическая и неврологическая патология, ее возможное влияние на переносимость психофармакотерапии;
- особенности клинической картины и течения болезненного расстройства – соотношение позитивных и дефицитарных расстройств, степень выраженности расстройств поведения, факторы хронификации патологического процесса;
- наличие криминального опыта;
- психопатологический механизм ООД;
- ситуационные факторы, способствующие совершению ООД;
- особенности личности пациента – устойчивость про-социальных установок, личных ценностей, долгосрочные личные цели пациента;
- характер и степень социальной дезадаптации.

Индивидуальная реабилитационная работа включает медикаментозные виды лечения, психосоциальную терапию, психосоциальную реабилитацию, трудовую терапию и трудовое устройство пациентов.

Предусматривается применение личностно ориентированной индивидуальной, семейной и групповой психотерапии, терапии средой; в случае необходимости – лечение зависимости от ПАВ; помощь в решении вопросов восстановления прав на жилье, поиск утраченных документов, регистрация по месту жительства, восстановление пенсии, пособий, льгот и др.

Важная роль отводится психообразовательным программам, с помощью которых пациентам представляется информация о психических заболеваниях, позволяющая им понять свое состояние, своевременно распознавать и контролировать отдельные болезненные проявления и симптомы, формируется приверженность лечению.

На этапе интенсивных лечебно-реабилитационных мероприятий проводятся:

- психофармакотерапия;
- установление оптимальной интенсивности и длительности режима психосоциальной терапии и реабилитации;
- формирование социально приемлемых форм поведения, направленных на профилактику повторных ООД;
- восстановление или формирование познавательных, эмоционально-волевых, мотивационных функций;
- достижение отказа от употребления алкоголя и психоактивных веществ;
- восстановление или приобретение трудовых навыков, навыков самостоятельного проживания и общения.

На этапе стабилизации достигнутого эффекта обеспечивается:

- психофармакотерапия до достижения стойкого клинического эффекта, редукции болезненной симптоматики;
- достижение (восстановление) социально-трудовой адаптации;
- продолжение реализации эффективных для данного пациента мероприятий ИПР.

На заключительном этапе проводится:

- оценка риска повторности совершения ООД;
- определение тактики дальнейшей поддерживающей биологической и психосоциальной терапии при проведении предполагаемых других видов стационарного ПЛ или АПНЛ;
- разработка рекомендаций по реализации лечебно-реабилитационных воздействий после отмены данного вида ПЛ;
- подготовка к выписке.

Полипрофессиональные бригады специалистов формируются для обеспечения медицинских, психологических и социальных потребностей пациента на том или ином этапе лечебно-реабилитационного процесса. В их состав входят: врачи-психиатры, врачи-психотерапевты, медицинские психологи, медицинские сестры, специалисты по социальной работе, социальные работники, инструкторы по трудовой терапии и лечебной физкультуре, при необходимости – сексологи и другие специалисты.

Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация с участием психотерапевта, клинического психолога начинается после купирования острых психических расстройств, препятствующих установлению продуктивного контакта с пациентом, и проводится на всем протяжении ПММХ.

Выбор и использование индивидуальных и групповых форм работы обусловлены конкретными показаниями, направлены на решение определенной задачи и ограничены временными рамками. Цели, задачи и временные рамки применения того или иного вида воздействия в отношении пациента корректируются в процессе реализации программ психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации.

Необходимым условием эффективности исполнения назначенных судом принудительных мер медицинского характера в психиатрических стационарах является преемственность в проведении лечебных и реабилитационных мероприятий при изменении вида ПЛ.

Важные условия исполнения всех видов ПЛ:

- унификация обеспечения специалистами и оснащения лечебных учреждений;
- единые подходы к фармакотерапии и психосоциальной работе;
- единые подходы к формированию и исполнению лечебно-реабилитационных программ при осуществлении различных видов ПЛ;
- единые подходы к продлению, изменению видов и отмене ПЛ.

Задачи психосоциальной реабилитации при исполнении принудительных мер медицинского характера:

- стабилизация болезни или ее излечение, снижение общественной опасности;
- повышение способности самоконтроля психического состояния, выполнения требований социальной системы;
- формирование установки на отказ от ПАВ;
- повышение уровня независимого функционирования;
- улучшение социального функционирования.

Развитие реабилитационных технологий с использованием бригадного принципа работы в учреждениях и подразделениях, осуществляющих принудительные меры медицинского характера, в значительной степени обеспечивает качество СПП. Установлено, например, что частота повторных в течение года поступлений на стационарное ПЛ статистически достоверно ниже в ПБСТИН с высоким уровнем психосоциальной работы, чем в ПБСТИН, в которых эта работа проводится недостаточно активно. Актуальной является задача увеличения объема реализации программ психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации в период исполнения принудительных мер медицинского характера.

Согласно плану Учебной программы цикла повышения квалификации по теме “Профилактика опасных действий психически больных в психиатрической службе и исполнение принудительных мер медицинского характера” вопросы организации исполнения принудительного лечения более подробно рассматриваются в учебном пособии О.А. Макушкиной, В.Г. Булыгиной “Психосоциальная терапия и реабилитация в процессе принудительного лечения лиц, страдающих психическими расстройствами”.

Важной частью работы, направленной на предупреждение рецидива общественно опасного поведения психически больных, являются обеспечение качества испол-

нения ПММХ и оценка риска совершения повторного ООД при принятии решения об отмене принудительного лечения.

Контрольные вопросы

1. Как осуществляется вторичная профилактика общественно опасных действий психически больных?
2. Назовите виды принудительных мер медицинского характера, которые предусмотрены действующим уголовным законодательством.
3. Дайте характеристику видов принудительного лечения, назовите различия в их организации.
4. Чем представлена действующая в нашей стране система исполнения принудительных мер медицинского характера?
5. Какие виды стационарного принудительного лечения Вам известны и в чем различия в их организации?
6. Какова специфика принудительного наблюдения и лечения у психиатра в амбулаторных условиях? Кому рекомендуется этот вид принудительного лечения?
7. Назовите цель принудительного лечения и основания для его отмены.
8. Перечислите клинико-психопатологические особенности больных, которым назначается принудительное лечение, укажите их влияние на организацию лечебно-реабилитационной работы.
9. В чем отличие биопсихосоциальной модели оказания психиатрической помощи от биологической? Каковы ее преимущества при исполнении принудительных мер медицинского характера?
10. Какие этапы исполнения принудительного лечения выделяют? Дайте характеристику каждого из них.

Глава 4

ОТМЕНА И ПРОДЛЕНИЕ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА

В соответствии с ч.1 ст.102 УК РФ продление, изменение и прекращение применения ПММХ осуществляются судом по представлению администрации медицинской организации, осуществляющей принудительное лечение, или уголовно-исполнительной инспекции, контролирующей применение принудительных мер медицинского характера, на основании заключения комиссии врачей-психиатров.

Изменение или прекращение применения принудительной меры медицинского характера осуществляется судом в случае такого изменения психического состояния лица, при котором отпадает необходимость в применении ранее назначенной меры либо возникает необходимость в назначении иной принудительной меры медицинского характера.

Лицо, которому назначена принудительная мера медицинского характера, подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров не реже одного раза в 6 месяцев для решения вопроса о наличии оснований для прекращения применения, изменения или продления такой меры.

Во всех случаях рекомендуется применение дифференцированного подхода к принятию решения об изменении либо отмене ПЛ, комплексной оценки риска общественной опасности с учетом анамнеза, психопатологических, личностных, патопсихологических, социальных и адаптационных характеристик больного с тщательным выявлением диссимулятивных и скрытых антисоциальных тенденций, что требует участия в принятии данного решения как врачей психиатров, так и медицинских психологов, социальных работников.

При определении выраженности общественной опасности пациентов, необходимой для решения вопросов продления, изменения и отмены принудительных мер медицинского характера, врачебные комиссии психиатрических больниц, осуществляющих ПЛ, должны учитывать ряд клинико-психопатологических и социальных факторов.

К значимым клинико-психопатологическим факторам риска повторного совершения ООД относятся:

- а) психопатоподобный синдром с нарушением поведения и патологией влечений;
- б) фармакорезистентные либо рецидивирующие бредовые идеи, особенно те, которые направлены против конкретных лиц или организаций и сопровождаются эмоциональной напряженностью (идеи ревности, преследования, сексуального и иного воздействия);
- в) рецидивирующие острые и подострые психотические состояния с агрессивным поведением;
- г) рецидивирующие депрессивные состояния с бредовыми идеями самообвинения, риском совершения расширенного самоубийства;
- д) маниакальные и гипоманиакальные состояния со значительным нарушением поведения и критических функций;
- д) другие психопатологические состояния, осложненные зависимостью от психоактивных веществ.

К социальным факторам, увеличивающим риск рецидива опасного поведения, относятся: социальная дезадаптация; аддиктивное поведение; криминогенное окружение.

Криминальный анамнез, дефицит высших эмоций, нарушение критических и прогностических функций, склонность к агрессии, эмоциональная бесконтрольность при отсутствии социальных сдерживающих факторов (отсутствие семьи, позитивного опыта трудовой деятельности и др.) повышают риск совершения повторных ООД.

Принятие врачебными комиссиями психиатрических больниц, осуществляющих ПЛ, решения о рекомендации изменения принудительной меры медицинского характера должно основываться на оценке совокупности клинических, личностных, социальных и криминологических данных. При этом необходимо учитывать следующие критерии:

- снижение выраженности, либо полная редукция психопатологических расстройств, которые ранее определяли нарушения поведения, социальную опасность;
- устранение отрицательного влияния на проявления заболевания зависимости от ПАВ;
- подверженность психотерапевтическому и психокоррекционному воздействию, достижение сдерживающего влияния этого воздействия на агрессивные тенденции;
- отсутствие склонности к побегу, проявлений агрессии в отношении персонала и других больных, иных нарушений режима отделения в период не менее года.

Необходимо использование комплексного подхода к определению степени общественной опасности пациента, включая оценку клинических (тип течения болезни, ведущий синдром, психопатологический механизм ООД), социальных (трудовой и семейный статус, характеристика микросоциального окружения) факторов; характера и кратности ООД, личностных и ситуационных факторов, способствующих и препятствующих совершению ООД; склонности к злоупотреблению алкоголем и ПАВ, данные об эффективности проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий.

По результатам проведенных специалистами Отдела судебно-психиатрической профилактики (Яхимович Л.А., Макушкина О.А., 2015) катamnестических исследований больных с рецидивом опасного поведения установлено, что к критериям, имеющим большое прогностическое

значение при оценке риска повторной общественной опасности, относятся: кратность совершенных опасных действий; уровень образования больного; семейно-бытовая ситуация; употребление алкоголя; трудовая занятость; длительность заболевания и психопатологический синдром в период совершения опасного деяния с учетом прогрессивности болезненного процесса, глубины изменений личности, курабельности больного; продолжительность периода дезорганизованного поведения, нарушений режима во время пребывания на принудительном лечении; регулярность посещения участкового психиатра, комплайентность.

Заключение врачебной комиссии об отмене либо продлении ПЛ должно основываться не только на состоянии пациента на момент освидетельствования. Важным условием является оценка психического расстройства в прогностическом отношении (с учетом проведенного лечения и динамики состояния больного за период исполнения ПММХ) с целью исключения наличия предикторов совершения повторного ООД после выписки из психиатрического стационара.

Аргументами в пользу этого решения являются следующие условия:

- констатация выраженной положительной динамики психического состояния в результате проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий (не менее 6–12 месяцев);
- отсутствие психических расстройств, обусловивших асоциальные поступки (не менее 6–12 месяцев);
- отсутствие девиантного поведения в стационаре в течение длительного времени (не менее 6–12 месяцев);
- стойкость наступившего позитивного изменения психического состояния;
- появление критического отношения к совершенному ООД, осознание болезни;

- отсутствие признаков зависимости от алкоголя и ПАВ;
- осознание необходимости последующего наблюдения участкового психиатра;
- сформированная приверженность к приему поддерживающей психофармакотерапии;
- повышение адаптационных возможностей, отсутствие асоциальных тенденций.

Из перечисленных признаков следует, что вследствие достигнутого стойкого улучшения психического состояния, отсутствия психопатологической симптоматики, способствующей совершению ООД, упорядоченного поведения, наличия социально приемлемых и реальных планов на будущее, больной перестает представлять опасность для себя и окружающих, в связи с чем отпадает необходимость в применении ранее назначенной принудительной меры.

Рекомендации по процедуре принятия решения об отмене либо продлении ПММХ

Принятие решения об отмене либо продлении ПММХ в соответствии с уголовным законодательством (ст.98 УК РФ) подразумевает оценку психического состояния пациента и степени его потенциальной общественной опасности.

Такого рода заключения врачебных комиссий должны основываться не только на анализе текущего психического состояния больного, но и его личностных и социальных характеристик. Принимая решение специалистам по результатам данных клинико-динамического наблюдения за пациентом необходимо убедиться в стойкости редукции болезненной симптоматики и общественной опасности.

В качестве дополнительного инструмента может быть использована методика структурированной оценки риска общественной опасности (СОРОП), описание которой представлено в научных публикациях и учебном пособии

“Проблема общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами: клинико-социальная оценка риска опасного поведения” (Макушкина О.А., Муганцева Л.А., 2016).

С целью структурирования и объективизации принятия решения о продлении либо отмене ПММХ, оценки результативности проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий разработана и рекомендуется к заполнению лечащими врачами *Форма наблюдения за больным, находящимся на ПЛ* (приложение 1).

Динамической оценке в ежемесячном режиме подлежат следующие критерии:

- эффективность психофармакотерапии;
- эффективность психотерапевтического процесса;
- комплайентность;
- эффективность работы с психологом;
- участие в трудовой реабилитации;
- самоконтроль и саморегуляция поведения;
- адекватность реакции на психогению;
- социально-динамический прогноз;
- критика к содеянному;
- критика к заболеванию;
- актуальность зависимости от алкоголя и ПАВ.

Каждый из указанных параметров оценивается по 8-балльной шкале. При этом 1 балл соответствует минимальной выраженности признака, а 8 баллов – его максимальной величине.

Оценка пунктов:

- 1 балл – отсутствует,
- 2 балла – весьма незначительно,
- 3 балла – незначительно,
- 4 балла – умеренно,
- 5 баллов – умеренно выражено,
- 6 баллов – выражено,
- 7 баллов – выражено значительно,
- 8 баллов – крайняя степень выраженности.

Данная система позволяет оценить не только динамические тенденции факторов риска опасного поведения и протективных факторов применительно к конкретному больному, но и проводимую с ним в период исполнения ПММХ лечебно-реабилитационную работу.

Параметр “*эффективность психофармакотерапии*” определяется курирующим больного психиатром по степени редукции болезненной симптоматики, которая обуславливает потенциальную общественную опасность пациента.

Особое значение имеют выраженные нарушения поведения с агрессивностью, конфликтностью, антисоциальными тенденциями; патология эмоциональной сферы в виде эксплозивности, ригидности аффекта, дисфорий, эмоциональной неадекватности, холодности с безразличием к жизни и благополучию других людей, отсутствием чувства вины, эмпатии, сопереживания, жестокостью, парадоксальностью эмоционального реагирования в сочетании с недостаточностью волевого контроля и аффективной переключаемости; продуктивная психотическая симптоматика, характер которой может определять опасность больного для окружающих и/или себя (наличие императивных галлюцинаций, психотического уровня депрессивных или маниакальных состояний, персекуторного, депрессивного, паранойяльного бреда, бреда ревности, импульсивных поступков и проч.).

Оценка проводится с использованием клинико-психопатологического метода и клинического наблюдения. Рекомендуются также применение Краткой психиатрической оценочной шкалы (BPRS) и шкалы негативной симптоматики (SANS) либо шкалы позитивной и негативной психопатологической симптоматики (PANSS).

При этом краткая психиатрическая оценочная шкала (англ. Brief Psychiatric Rating Scale, сокр. *BPRS*) (приложение 2) позволяет количественно и структурно оценить проявления продуктивной психотической симптоматики в клинической картине психического расстройства и мо-

жет быть использована как показатель эффективности лечения.

С помощью *шкалы негативной симптоматики* (англ. Scale for the Assessment of Negative Symptoms, сокр. *SANS*) (приложение 2) проводится дифференцированная оценка имеющейся у больного негативной симптоматики, отслеживаются ее изменения в процессе проводимой психосоциальной терапии и реабилитации.

Шкала позитивной и негативной психопатологической симптоматики (Positive and Negative Syndrome Scale – *PANSS*) (приложение 2) позволяет проводить стандартизованную оценку психопатологической симптоматики шизофрении, определять клинический профиль больного и проследивать динамику его состояния в процессе терапии.

Семь признаков, сгруппированных в Шкалу позитивных синдромов, оценивают параметры, которые являются “избыточными к нормальному психическому статусу”, другие семь симптомов составляют Шкалу негативных синдромов, оценивающую дефицитарные признаки – “недостаточные для нормального психического статуса”. Композитный индекс (разница между суммой баллов позитивных и негативных симптомов) устанавливает степень преобладания синдромов одного регистра над другим. Общепсихопатологическая шкала оценивает тяжесть шизофренического расстройства в целом. Три дополнительных симптома имеют отношение к оценке риска агрессивного поведения.

Указанные шкалы, с учетом их клинического значения, рекомендуются к использованию исключительно врачами-психиатрами.

Параметры “эффективность психотерапевтического процесса” и “эффективность работы с психологом” имеют отношение к биопсихосоциальному принципу исполнения ПММХ, без реализации которого, с учетом многофакторного генеза общественной опасности психически больных, невозможно достижение цели при-

нудительного лечения. Оценка проводится психиатром, курирующим больного, при непосредственном участии психотерапевта и медицинского психолога. При этом необходимо обращать внимание на заинтересованность и характер взаимодействия пациента с указанными специалистами, степень достижения задач, намеченных в индивидуальной программе реабилитации.

Оцениваются изменения, важные с позиции снижения риска рецидива общественно опасного поведения: личностные особенности, агрессивность, самоконтроль, коммуникативные навыки, характер интерперсональных взаимоотношений, когнитивные навыки, социальное функционирование. Проводится оценка эмоциональных и когнитивных процессов, навыков самообладания, типов личностного реагирования, которые подвергались модификации в процессе психосоциальной терапии. С учетом того, что в настоящее время к важным маркерам динамики психических расстройств и эффекта психосоциальной терапии и реабилитации относится качество жизни больного, его анализ также представляется целесообразным.

В качестве инструментов оценки эффективности психотерапии могут применяться такие инструменты, как шкалы депрессии и тревоги Бека, ММРІ, Симптоматический опросник SCL-90-R, Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных, Опросник уровня агрессивности Басса-Перри, опросник Личностная агрессивность и конфликтность.

Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory) предложена А.Т. Беком и его коллегами в 1961 г. и используется для диагностики уровня депрессии. *Шкала тревоги Бека* (англ. The Beck Anxiety Inventory, сокр. BAI) – клиническая тестовая методика, предназначенная для скрининга тревоги и оценки степени ее выраженности.

Миннесотский многоаспектный личностный опросник (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, ММРІ) – личностный опросник, созданный в 1940 г. С. Хатуэем и

Дж. Маккинли является одним из наиболее распространенных методов исследования личности, широко применяется в нашей стране и за рубежом.

Симптоматический опросник SCL-90-R (англ. Symptom Check List-90-Revised) (приложение 2) – клиническая тестовая и скрининговая методика, предназначенная для оценки паттернов психологических признаков. Основное предназначение шкалы – выявление особенностей психологического статуса. Противопоказаниями к применению симптоматического опросника SCL-90-R является врожденное или приобретенное слабоумие, психотическое состояние испытуемого.

Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных разработан И.Я. Гуровичем и А.Б. Шмуклером в 1994 г. Он представляет собой полуструктурированное интервью с элементами клинической рейтинговой шкалы, предназначенной для комплексной оценки качества жизни и психиосоциального функционирования психически больных, в первую очередь эндогенными психозами. Для анализа социального функционирования в динамике используется несколько пунктов опросника, построенных по типу шкалы с количественной оценкой:

- физическая работоспособность;
- интеллектуальная продуктивность;
- контакты с окружающими.

С помощью опросника становится возможным получение сведений, касающихся функционирования пациентов и их удовлетворенности различными сторонами своей жизни. Эти сведения, наряду с клиническими характеристиками, являются важнейшими составляющими оценки результатов терапии и реабилитационного процесса, качества психиатрической помощи.

Опросник уровня агрессивности Басса-Перри – личностная тестовая методика, направленная на диагностику агрессивности. Опросник используется для диагностики склонности к физической агрессии, враждебности и гневу (приложение 2).

Комплайентность (от англ. *patient compliance*) или приверженность к лечению. Оценка параметра проводится лечащим врачом и должна включать анализ соблюдения врачебных рекомендаций и отношения больного к психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации за период исполнения ПЛ, а также в прогностическом плане – после его выписки из психиатрического стационара. Необходимо прогнозировать наличие у пациента устойчивой установки на соблюдение врачебных рекомендаций, что имеет непосредственное отношение к профилактике рецидива общественной опасности после отмены ПММХ.

Значимым при этом является динамическое наблюдение, анализ поведения и высказываний больного, характеризующих его комплаентность, за весь период ПЛ.

В качестве вспомогательного инструмента, объективизирующего такого рода оценку, возможно применение *Шкалы медикаментозного комплайенса* (приложение 2). Эта клиническая шкала предназначена для определения прогноза уровня приверженности к длительному приему медикаментов, разработана и валидизирована в 2012 г. в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (авторы: Н.Б. Лутова, А.В. Борцов, А.Я. Вукс, В.Д. Вид). С ее помощью проводится количественная оценка комплайенса пациента при выполнении лекарственных назначений, а также выявление факторов, влияющих на это поведение. Количественной оценке подвергаются различные группы факторов, образующие структуру комплайенса: факторы, связанные с медикацией, пациентом, врачом и близким окружением больного.

Участие в трудовой реабилитации. Оценка проводится лечащим врачом при участии социального работника, специалиста по социальной работе, среднего медицинского персонала. Анализируются вовлекаемость больного в трудовую терапию (активное, пассивное, отказ от трудовой терапии), его трудовые и вспомогательные навыки при

участии в трудовых процессах: пунктуальность, гигиена и опрятность, умение структурировать время, выполнять инструкции, определять последовательность выполнения заданий, взаимодействовать с другими больными и медицинским персоналом и проч.

Самоконтроль и саморегуляция поведения. Из определения “самоконтроль”, данного Б.Д. Карвасарским, следует, что этим понятием обозначаются “процессы, посредством которых человек оказывается в состоянии управлять своим поведением в условиях противоречивого влияния социального окружения или собственных биологических механизмов, в частности, при склонности к навязчивым влечениям, подверженности импульсивным порывам и сильной зависимости от внешних влияний”. Саморегуляция рассматривается как процесс управления человеком собственными психологическими и физиологическими состояниями, а также поступками. Соответственно самоконтроль и саморегуляция, являясь частью психической деятельности человека, выступают в качестве протективных факторов девиантного и делинквентного поведения, а их нарушения – в роли факторов риска общественной опасности.

Параметр оценивается лечащим врачом, в основе оценки лежат данные клинического наблюдения за больным медицинским персоналом, объективизированные в истории болезни и журналах наблюдения за пациентами, а также результаты патопсихологических исследований. Важным является анализ характера взаимодействия больного с окружающими, соблюдение предписанного режима и проч.

К дополнительным инструментам оценки можно отнести Опросник Стиль саморегуляции поведения (ССПМ), Тест-опросник Исследование волевой саморегуляции.

Опросник *Стиль саморегуляции поведения* был создан в 1988 г. в Психологическом институте РАО в лаборатории психологии саморегуляции (заведующая – В.И. Моросанова). Цель методики – диагностика развития

индивидуальной саморегуляции и ее индивидуального профиля, включающего показатели планирования, моделирования, программирования, оценки результатов, а также показатели развития регуляторно-личностных свойств – гибкости и самостоятельности. Тест-опросник А.В. Зверькова и Е.В. Эйдмана Исследование волевой саморегуляции направлен на определение уровня волевой саморегуляции.

Параметр *Адекватность реакции на психогению* оценивается лечащим врачом по данным клинического наблюдения за больным за период исполнения ПММХ. Учитываются типы реагирования на неблагоприятные жизненные события. Таковыми могут быть неприятные по содержанию известия от родственников и близких людей пациента, неблагоприятные жизненные события (утрата близких, конфликты с ними, имущественные потери и др.), конфликтные ситуации с другими пациентами и персоналом отделений, необходимость выполнения требований медицинских работников и проч.

Одним из дополнительных инструментов оценки может быть использование *опросника Личностная агрессивность и конфликтность*. Методика разработана Е.П. Ильиным и П.А. Ковалевым, предназначена для выявления склонности субъекта к конфликтности и агрессивности как личностных характеристик, может быть использована при исследовании особенностей поведения в проблемных и трудных для личности ситуациях. Методика показала свою эффективность как составляющая комплексной психодиагностики у лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами. Используемые шкалы: вспыльчивость, напористость и наступательность, обидчивость, неуступчивость, бескомпромиссность, мстительность, нетерпимость к мнению других, подозрительность позволяют оценить позитивную и негативную агрессивность субъекта, его конфликтность.

Социально-динамический прогноз характеризует возможности социальной адаптации больного после отмены

ПЛ и имеет непосредственное отношение к предупреждению рецидива его противоправного поведения. Известно, что поддержка родных и близких, материальное и жилищное благополучие, наличие занятости являются мощными факторами предупреждения общественной опасности, а их отсутствие определяет высокий риск совершения ООД.

Таким образом, определение социально-динамического прогноза должно включать в себя все указанные параметры. Оценку проводит курирующий больного психиатр, используя для ее проведения всю доступную информацию, включающую данные заключения СПЭК, сведения, полученные от социального работника и психолога, из бесед с пациентом и его родственниками, сведения о посещениях больного, его переписке и проч.

Для объективизации проводимой работы, направленной на повышение социальной адаптации, следует также использовать *Шкалу глобального функционирования* (Global Assessment of Functioning Scale, GAF или Global Assessment Scale, GAS) (приложение 2). Эта клиническая оценочная шкала предназначена для оценки социального функционирования. Увеличение балла по шкале является одним из показателей эффективности проведенного вмешательства.

Параметры критика к заболеванию и критика к содеянному оцениваются психиатром.

При этом анализируется наличие у больного знаний о возможных проявлениях психического заболевания.

Полная критика к заболеванию подразумевает признание наличия психического расстройства, адекватное отношение пациента к своему заболеванию и его клиническим проявлениям, что определяется наличием эмоционально синтонной оценки имевших место ранее и актуальных в настоящее время симптомов психического расстройства, влияния заболевания на жизнь и взаимоотношения с окружающими, возможных перспектив течения болезни.

Формальная критика к болезни – формальное признание наличия у себя клинических проявлений психического расстройства без эмоционального отреагирования и переживания – своего рода декларирование, пассивное согласие. При этом у больного отсутствует прогноз возможных последствий, приверженность к выполнению врачебных рекомендаций. Формальная критика характеризуется также признанием факта заболевания без осознания его клинических проявлений, либо перечисление имеющихся проявлений расстройства без осознания их болезненного характера.

Частичная критика к заболеванию предполагает неполное осознание пациентом наличия у него психического расстройства. При этом признается наличие части болезненных проявлений при отрицании других. К примеру, больной признает чуждость переживаемых ранее галлюцинаторных, бредовых нарушений, но не осознает наличия поведенческих и аффективных расстройств. Вариантом частичной критики может быть признание существования расстройств психической деятельности в прошлом (к примеру, в период совершения ООД), но отрицание их в настоящем, а также отсутствие осознания возможности ухудшения психического состояния, возобновления болезненной симптоматики и проч.

Соответственно отрицание наличия психического расстройства, его клинических симптомов и возможных последствий, несогласие с лечением свидетельствует об отсутствии критики к болезни, определяя некомплайентность больного.

Аналогичные параметры оценки применимы к определению критичности к совершенному ООД. При этом полная критика подразумевает адекватное отношение, эмоционально окрашенную оценку и анализ возможных последствий противоправного поведения. Формальная критика проявляется в формальном согласии с фактом совершенного ООД без его эмоциональной переработки. Частичная критика заключается в неполном осознании

противоправности поведения, при уменьшении своей роли в совершенном деянии и проч. Отсутствие критики заключается в отрицании факта совершения ООД либо непризнании его противоправности.

Оценка *актуальности зависимости от алкоголя и других психоактивных веществ* проводится психиатром и основывается на комплексном анализе клинического динамического наблюдения и результатов психотерапевтической, коррекционной работы с больным по преодолению болезни зависимости, формированию установки на отказ от употребления ПАВ. Анализируется информированность больного о причинах формирования и клинических проявлениях болезней зависимости (утрата количественного контроля, абстиненция и др.), осознание наличия у себя проблем со злоупотреблением или зависимостью от ПАВ, признание наличия болезни зависимости и ее последствий, принятие трезвого образа жизни.

Целесообразно представление *Формы наблюдения за больным, находящимся на ПЛ* (приложение 1), заполненной в соответствии с приведенными выше рекомендациями, на каждое заседание врачебной комиссии по решению вопросов продления и отмены ПММХ.

Рекомендуемые к применению в процессе исполнения ПММХ клинические оценочные шкалы (Краткая психиатрическая оценочная шкала (BPRS), Шкала негативной симптоматики (SANS), Шкала позитивной и негативной психопатологической симптоматики (PANSS), Шкала глобального функционирования (GAS), Шкала медикаментозного комплайенса) должны использоваться исключительно врачами-психиатрами. Перечисленные выше опросники могут быть применены как специалистами медицинского (психиатры, психотерапевты), так и немедицинского профиля (психологи).

Рекомендации о необходимости продления, изменения или прекращения применения принудительной меры оформляются заключением об освидетельствовании комиссией врачей-психиатров лица, находящегося

на принудительном лечении, на основании которого главным врачом медицинской организации или его заместителем делается соответствующее представление в суд, назначивший принудительную меру, или в суд по месту нахождения медицинской организации с приобщением указанного заключения.

В ряде случаев суды отказывают лечебным учреждениям в продлении, изменении, прекращении ПЛ в связи с недостаточно полным и убедительным описанием психического состояния больного на период обращения в суд или отсутствием четких указаний на характер произошедших изменений, требующих применения иной принудительной меры медицинского характера либо ее прекращения. Этим определяются высокие требования к качеству медицинских заключений, так как четкость и аргументированность содержащихся в них выводов являются необходимой предпосылкой для решения суда.

Заключение о психиатрическом освидетельствовании должно быть написано языком, понятным для лиц, не имеющих знаний в области психиатрии, по возможности не содержать специальных психиатрических терминов и аббревиатур. Необходимо подробно отражать психическое состояние больного к моменту обследования, характер течения заболевания, особенности социального статуса (трудоспособность, наличие семьи, опекуна, жилья, источник средств к существованию и т.д.), рекомендации по его дальнейшей курации.

Заключение комиссии должно основываться не только на состоянии пациента на момент освидетельствования. Важным условием является оценка психического расстройства в прогностическом отношении (с учетом проведенного лечения и динамики состояния больного за период ПЛ) с целью исключения высокого риска совершения повторного ООД после отмены ПММХ.

Рекомендуемые разделы заключения об освидетельствовании лица, находящегося на принудительном лечении: вводная часть, анамнестические сведения,

результаты настоящего освидетельствования, заключительная часть.

Во вводной части целесообразно указать: наименование учреждения, в котором проводилось освидетельствование; дату его проведения; фамилию, имя, отчество больного; год его рождения; дату поступления на ПЛ; каким судом и от какого числа вынесено решение о назначении принудительного лечения по данному уголовному делу; статьи Уголовного кодекса, по которым было возбуждено уголовное дело, приведшее к назначению ПЛ, с кратким содержанием характера ООД; когда и в каком учреждении больной проходил судебно-психиатрическую экспертизу или комиссию по освидетельствованию осужденных и какое заключение при этом было вынесено комиссией. В случае исполнения настоящего ПЛ после изменения вида ПММХ, необходимо указать сведения об этом, дать краткую характеристику ранее проведенной с больным лечебно-реабилитационной работы и данные рекомендации.

В разделе *анамнестические сведения* приводятся краткие сведения, характеризующие наследственность больного, особенности его развития, образования. В хронологическом порядке излагаются семейный, трудовой анамнезы. Отмечаются перенесенные соматические заболевания и экзогенные вредности (черепно-мозговые травмы, интоксикации и др.). Особое внимание уделяется криминальному анамнезу, характеру совершенных в прошлом правонарушений, возрасту их совершения и обстоятельствам, сопутствующим противоправным действиям больного (состояние алкогольного опьянения, влияние микросреды, нарушение режима лечения и т.д.).

Последовательно перечисляются данные, касающиеся возникновения и течения настоящего заболевания, особенностей динамики имеющихся психических нарушений, поведения больного при прежних госпитализациях (нарушения режима, алкоголизация, употребление наркотиков, конфликты с окружающими, агрессия, по-

беги из больницы и т.д.). Указывается установленный диагноз, характер проводившегося лечения, его результаты. Описываются обстоятельства совершения ООД, его связь с проявлениями болезни, а также особенности психического состояния в период прохождения судебно-психиатрической экспертизы.

Далее описывается психическое состояние больного после назначения принудительного лечения. Приводятся данные о том, когда и какими судами принимались решения о продлении и изменении меры медицинского характера (если это имело место). Указывается характер применявшихся лечебно-реабилитационных мер. Отображается динамика психического состояния в процессе исполнения ПЛ. Описывается отношение больного к проводимому лечению, соблюдению врачебных рекомендаций, совершенному ООД и др.

Приводятся также данные о социальной адаптации больного. Особое значение они имеют при решении вопроса о прекращении применения принудительной меры медицинского характера. Указывается, не признавался ли больной недееспособным, и если да, то имеется ли у него опекун, как он исполняет опекунские обязанности, способен ли контролировать поведение больного и его лечение. Отмечаются наличие группы инвалидности и степень утраты профессиональной трудоспособности, получение пенсии, возможность трудоустройства, семейное положение больного и внутрисемейные взаимоотношения. Указывается наличие у больного регистрации (прописки), где и с кем он будет проживать, имеет ли близких, которые могут оказывать ему помощь и заботу, контролировать выполнение врачебных рекомендаций.

При описании *результатов настоящего освидетельствования* отражаются наличие физических дефектов, описываются патологические изменения со стороны внутренних органов и систем, указываются диагнозы, установленные терапевтом, неврологом, врачами других специальностей. Описываются симптомы, свидетель-

ствующие о наличии или отсутствии признаков функционального или органического поражения центральной и периферической нервной системы. Приводятся данные специальных исследований (рентгенограммы черепа, ЭЭГ, КТ, МРТ, исследования глазного дна и др.). Указываются результаты экспериментально-психологического исследования.

При описании психического состояния в динамике описываются проявления психического расстройства с момента поступления больного на ПЛ до настоящего освидетельствования. Приводятся исчерпывающие данные не только об имеющейся психопатологической симптоматике, но и участии в реабилитационном процессе, социально-трудовых установках, отношении к своему психическому заболеванию и содеянному. При этом следует учитывать, что анализ настоящего психического состояния в сопоставлении с динамикой заболевания является основанием для вывода об исчезновении (уменьшении, усилении) общественной опасности больного и о необходимости продления, изменения, прекращения принудительного лечения.

Описывая тот или иной симптом (синдром), следует избегать оценочных формулировок. Необходимо изложить в сжатой и понятной форме, в чем эти симптомы конкретно выражаются и как больной оценивает свои болезненные переживания, отмечавшиеся в прошлом и (или) имеющиеся в настоящее время. Следует не только описать жалобы и высказывания, но и показать отношение к ним больного, возможность их коррекции, а также наличие диссимулятивных тенденций.

Обязательно требуется отобразить поведение больного, участие в психокоррекционной работе, выполнении медицинских процедур, его отношение к пребыванию на принудительном лечении, к персоналу, родственникам. Отражаются такие особенности, как общительность или отгороженность, активность или пассивность, наличие лидерских тенденций или, напротив, подчиняемость,

негативизм, склонность к конфликтам, сутяжничеству, агрессивность. Надо указать, как ведет себя и чем занят больной. Описание всех этих проявлений должно быть дано в динамике.

Завершается описание психического статуса обычно изложением обобщенных данных о состоянии таких психических функций, как мышление, интеллект, способность к критической оценке имевших место ранее и сохраняющихся психических нарушений. Фиксируется отношение больного к совершенному ООД в прошлом и в настоящее время, а также характер планов на будущее, подходы к решению семейных проблем, отношение к труду и другие актуальные социальные установки.

Описание психического состояния дополняется данными патопсихологического исследования с акцентом на степень сохранности важнейших психологических функций, наличие реабилитационного потенциала, скрытых тенденций к диссимуляции, агрессии, нарушению влечений.

Заключительная часть является наиболее ответственной, поскольку от ее содержания зависит решение суда о продлении, прекращении принудительного лечения или изменении его вида. В этом разделе указывается диагноз психического расстройства в соответствии с международной классификацией болезней, приводится анализ динамики психопатологической симптоматики и обосновываются врачебные рекомендации.

В случае выздоровления лица или такого изменения психического состояния, которое обуславливает исчезновение опасности для себя и других лиц, особое внимание уделяется стойкости наступившего изменения, описанию редукции психопатологической симптоматики, которая привела к совершению опасного действия. При этом важно показать, что в настоящее время у больного не отмечается психических расстройств, обуславливающих асоциальные тенденции, не наблюдается нарушений режима ПЛ, появилось осознание болезни и совершен-

ного деяния, отмечается повышение адаптационных возможностей.

При необходимости изменения назначенного судом ПЛ на более строгую принудительную меру медицинского характера необходимо указать, что состояние больного изменилось, появились выраженные расстройства поведения, повторные нарушения режима ПЛ, агрессия в отношении персонала либо других пациентов и т.п. Следует показать, что эти нарушения не являются эпизодом, а совершаются вследствие стойких изменений состояния. На этом основании делается вывод о невозможности проведения показанных лечебно-реабилитационных мероприятий в условиях ранее назначенного судом вида ПЛ и необходимости его изменения.

При отсутствии оснований для прекращения применения или изменения принудительной меры медицинского характера заключение может быть наиболее кратким, в нем обосновывается вывод о необходимости продления данного вида ПЛ. В таких случаях следует показать, что в состоянии больного существенных изменений не произошло, указать на наиболее значимые проявления болезни, в силу которых он продолжает представлять общественную опасность. При этом можно также отметить отсутствие достаточно критичного отношения к своему болезненному состоянию, что исключает добровольное проведение показанных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Ниже приведен один из вариантов написания такого рода заключений.

Заключение врачебной комиссии на больную П., 1985 года рождения, находящуюся в отделении принудительного лечения специализированного типа ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава РФ с 01 августа 2012 г. на основании постановления Бежицкого районного суда г. Брянска от 09.02.2012 г., совершившую общественно опасное действие, подпадающее под признаки преступления, предусмотренного ч.1 ст.111 УК РФ (причинение тяжкого вреда здоровью).

01.12.2011 г. П. была проведена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза в ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского”. Комиссия экспертов пришла к заключению, что П. страдает умеренной умственной отсталостью (врожденное слабоумие) с нарушениями поведения, требующими ухода и лечения (F71.18), синдромом зависимости от алкоголя (F10.212), в момент совершения инкриминируемого деяния она не могла осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Рекомендовалось направить ее на принудительное лечение в психиатрический стационар специализированного типа.

Анамнестические сведения. Родители злоупотребляли алкогольными напитками. Мать работала в столовой раздатчицей, отец – слесарем на овощной базе. Родилась четвертым ребенком в семье. С раннего возраста отставала в развитии, фразовая речь появилась к 2 годам. По характеру формировалась замкнутой, необщительной. Обучение в школе начала в возрасте 7 лет. С детьми в классе не дружила. Материал не усваивала, повторить прочитанное не могла, все забывала. Читала по слогам, выделить главную мысль прочитанного, пересказать не могла. Допускала ошибки и пропуски слов, не справлялась с грамматическими заданиями, логическое и абстрактное мышление были развиты слабо.

В связи с отставанием в развитии, 07.04.1993 г. она была направлена на консультацию к психиатру в диспансерное отделение Брянской ПБ № 1. При осмотре контакту была доступна, ориентирована в месте, времени. Называла цвета, времена года, правильно раскладывала сюжетные картинки, понимала скрытый смысл. Обобщать, исключать не умела, мышление было конкретное, внимание неустойчивое, слуховая память низкая, зрительная достаточная. Отмечалась эмоциональная лабильность. Поставлен диагноз: “Умственная отсталость в стадии дебильности наследственного генеза”.

П. была переведена во вспомогательную школу, с программой которой справлялась, освоила швейное дело, наблюдалась детским психиатром. Во время обучения самовольно уходила из дома, бродяжничала. В 11 лет впервые попробовала алкогольные напитки, в возрасте 12 лет наносила себе самопорезы “из-за неразделенной любви”. Окончила 10 классов вспомогательной школы и ПТУ по специальности штукатур-маляр, проработала

по специальности в течение 4 месяцев, в дальнейшем нигде не работала.

В 2004 г. П. привлекалась к уголовной ответственности по ч.1 ст.111 УК РФ, в связи с чем проходила АСПЭ, которая поставила диагноз: “Умственная отсталость легкой степени”, признавалась вменяемой. Согласно приговору суда Бежицкого районного суда г. Брянска от 01.09.2004 г. П. была осуждена на 2 года лишения свободы с отбыванием наказания в исправительной колонии общего режима.

Со слов больной, с 20-летнего возраста она злоупотребляет алкоголем, были периоды употребления спиртосодержащих средств бытовой химии. Время проводила в компаниях лиц, ведущих асоциальный образ жизни. В 2008 г. “в течение года пила каждый день, не могла остановиться”, после чего длительное время лечилась в неврологическом стационаре с нарушением функций тазовых органов, ходьбы. Ей установлена III группа инвалидности по общему заболеванию. В 2008 г. П. вновь привлекалась к уголовной ответственности по ч.1 ст.119 УК РФ и ч.1 ст.116 УК РФ. Проходила АСПЭ, диагноз: “Умственная отсталость легкой степени”, признана вменяемой. Назначено наказание в виде лишения свободы сроком на 1 год условно. В 2011 г. П. привлекалась к уголовной ответственности по ч.1, ст.119 и ч.1 ст.115 УК РФ, при прохождении АСПЭ установлен диагноз: “Умственная отсталость легкой степени”, признана вменяемой, осуждена к 9 месяцам лишения свободы.

Состояла на учете у психиатра в Брянской областной ПБ №1 с диагнозом “Умственная отсталость в степени дебильности”. Замужем не была, детей нет, проживала с матерью, злоупотребляющей алкогольными напитками. Со слов матери, больная в состоянии алкогольного опьянения становилась агрессивной. В гости часто приходила старшая сестра, с которой они употребляли алкогольные напитки. Отношения с сестрой были неприязненные, между ними часто возникали ссоры.

17.07.2011 г. П. в результате конфликта в состоянии алкогольного опьянения нанесла сестре удар ножом в область грудной клетки, причинив ей колото-резаное проникающее ранение грудной клетки справа, повлекшее тяжкий вред здоровью. 13.09.2011 г. П. была проведена амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза в Брянской областной ПБ №1. При освидетельствовании на вопросы отвечала односложно,

отношение к беседе негативное, была эмоционально неустойчива, раздражительна, конфликтна. Отмечено, что интеллект у нее невысокий, мышление с элементами конкретности, суждения поверхностные, легковесные, но она достаточно хорошо разбирается в общебытовых вопросах. Память в достаточном объеме. Критика к своему состоянию и к ситуации в целом была ослаблена. Бреда и обманов восприятия не выявлялось. По обстоятельствам дела сообщала, что в ходе ссоры с сестрой ударила ее ножом – “она меня довела”. В амбулаторных условиях экспертные вопросы решены не были. При обследовании в СИЗО ей был установлен диагноз: “Псориаз в стадии обострения. Алкогольная полинейропатия”.

01.12.2011 г. П. была проведена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза в Центре им. В.П. Сербского. После обследования неврологом поставлен диагноз: “Токсическая энцефалопатия вследствие злоупотребления алкоголем со стойким вялым тетрапарезом с преобладанием в ногах, сензитивной атаксией на фоне резидуальных явлений патологии раннего периода развития”. Цели экспертизы не знала. Часто на глазах у нее появлялись слезы. На вопросы отвечала после длительной паузы, не сразу понимала смысл вопроса. Речь была замедленная по темпу, с бедным словарным запасом, она с трудом подбирала нужное слово, часто повторяла одни и те же короткие формулировки. Жаловалась на головные боли, слабость в ногах, говорила, что временами совсем не может ходить. Характеризовала себя “нелюдистой”, “не могла поддерживать разговор”, поэтому любила одиночество, “всего боялась”, “душа болела”. Рассказывала, что с 15 лет начала употреблять спиртные напитки, вскоре появилась потребность похмеляться, часто пила по несколько дней подряд, в дальнейшем запой длился до месяца. В состоянии абстиненции чувствовала себя разбитой, не могла спать, постоянно обижалась на сестру, конфликтовала с ней, считала, что сестра “обижала мать”, “хотела ее смерти”, была убеждена, что сестра ее “ненавидела”, “угрожала сдать в дом престарелых”. О правонарушении говорила, что “только заступилась за мать”, которую сестра снова хотела побить. Отрицала очевидные факты, утверждала, что в прошлом никогда к ответственности не привлекалась. Эмоционально неустойчива, обидчива, раздражительна, огрублена. Память и способность к запоминанию

нарушены. Внимание истощаемое, мышление замедленное по темпу, малопродуктивное, суждения сугубо конкретны, поверхностны, незрелы. Круг интересов ограничен сферой непосредственного удовлетворения собственных потребностей. Критическая оценка своего состояния и сложившейся ситуации была недостаточная. Комиссия пришла к заключению, что П. страдает умеренной умственной отсталостью (врожденное слабоумие) с нарушениями поведения, требующими ухода и лечения (F71.18), синдромом зависимости от алкоголя II стадии (F10.212). В период, относящийся к инкриминируемому ей деянию, она не могла осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Согласно заключению СПЭ, в связи с отмеченной эмоциональной неустойчивостью, склонностью к аутоагрессивным и агрессивным поступкам на фоне интеллектуальной недостаточности и отсутствия критики к своему психическому состоянию П. представляет опасность для себя и других лиц, нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрическую больницу специализированного типа. Постановлением Бежицкого райсуда г. Брянска от 09.02.2012 г. П. была признана невменяемой, освобождена от уголовной ответственности, ей было назначено принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа.

Поступила в женское отделение принудительного лечения специализированного типа Центра им. В.П. Сербского 01.08.2012 г. из СИЗО. При поступлении психическое состояние больной характеризовалось выраженными аффективными расстройствами с дисфориями, грубыми психопатоподобными нарушениями, повышенной раздражительностью, нарушением сна, расстройством влечений на фоне интеллектуально-мнестического снижения и нарушения критики. По истечении 6 месяцев лечения психическое состояние оставалось без существенной динамики. П. была освидетельствована комиссией врачей-психиатров, рекомендовалось продлить принудительное лечение в стационаре специализированного типа. Постановлением Хамовнического суда г. Москвы от 28.01.2013 г. П. принудительное лечение в ПС специализированного типа было продлено. Через 6 месяцев комплексного лечения отмечалась некоторая положительная динамика, однако сохранялась эмоциональная неустойчивость с перио-

дическим возникновением сниженного фона настроения, дисфорических состояний. Больная пассивна и безынициативна, на фоне дефицита интеллектуально-мнестических функций и нарушения критики. 26.07.2013 г. П. была освидетельствована комиссией врачей-психиатров, по решению которой принудительное лечение в ПС специализированного типа было продлено. В течение последующих 6 месяцев лечения сгладились психопатоподобные расстройства, уменьшились агрессивность и выраженность аффективных нарушений. Однако сохранились эмоционально-волевые расстройства, с недостаточным контролем своего поведения и эмоций, периодически актуализирующиеся аффективные колебания с преобладанием дисфорий, повышенной раздражительности, склонности к импульсивным поступкам на фоне интеллектуального дефицита и нарушения критики. Комиссией врачей психиатров 20.01.2014 г. рекомендовано продлить принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа. Постановлением Хамовнического районного суда г. Москвы от 28.01.2014 г. указанный вид принудительного лечения был продлен. При очередном освидетельствовании 25.07.2014 г. комиссией врачей-психиатров решено было продлить принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа. На фоне проведения активной медикаментозной терапии (нейролептиками, нормотимиками, антидепрессантами, ноотропами), реабилитационных мероприятий (рациональной психотерапии, групповой психокоррекционной работы с психологом, направленной на развитие коммуникативных навыков, адаптации в коллективе, коррекции агрессивности, формирования установки на отказ от алкоголя, трудотерапия, занятий физической культурой) отмечается положительная динамика: сгладились выраженные эмоционально-волевые, аффективные колебания, отсутствуют дисфории, импульсивные поступки, агрессивные действия. В течение последних 5 месяцев психическое состояние пациентки расценивается как стабилизация на фоне терапии с достаточно ровным эмоциональным фоном, упорядоченным поведением, она соблюдает режим отделения, участвует в трудовых процессах, высказывает просоциальные планы на будущее.

Социальный статус. Больной определена II группа инвалидности. Ее мать умерла, есть сестра. Решением Бежицкого районного суда г. Брянска П. была признана утратившей право пользования квартирой в г. Брянске, снята с регистрационного учета. Временная регистрация оформлена по месту прохождения ПЛ. Сестра ее не навещала, поддерживает общение с помощью переписки, телефонных звонков, посылок.

Результаты настоящего освидетельствования.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледной окраски. Старые рубцы от самопорезов в области предплечий. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны, несколько приглушены, пульс 76 ударов в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, на боковой поверхности слева имеется старый послеоперационный рубец. В анамнезе псориаз, хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь, операция на левой почке (причины, характер оперативного вмешательства неизвестны). Заключение терапевта: “Вегетососудистая дистония. Гипохромная анемия. Деформирующий артрозо-артрит коленных суставов”. Заключение ревматолога: “Псориатический артрит”. Заключение эндокринолога: “Дисфункция яичников репродуктивного возраста”. Заключение невролога: “Отдаленные последствия поражения ЦНС сложного генеза (раннего, токсического)”.

Психическое состояние. Ориентирована правильно. Фон настроения ровный, эмоционально изменена, огрублена. На вопросы отвечает в плане заданного, односложно, в целом по существу. Речь короткими фразами, словарный запас беден, суждения примитивные. Сообщает, что чувствует себя лучше, стала спокойнее, нет такой раздражительности, как раньше. Рассказывает о своем злоупотреблении алкогольными напитками в прошлом. Утверждает, что выпивать больше не будет, тяги к алкоголю не испытывает, настроена на трезвый образ жизни. Подчеркивает: “представляете, у меня на фоне алкоголя даже ноги отказывали, больше так не хочу”. Планирует устроиться на работу швеей или штукатуром-маляром. Переживает по поводу потери жилья. Рассказывает, что сестра занимается этим вопросом – “может удастся вернуть квартиру”. При расспросе о правонарушении говорит, что сожалеет о случившемся. Считает, что во всем “виноват алкоголь”, “по трезвому, никогда

такого бы не сделала”. Поясняет, что на сестру больше не обижается, понимает, что это ее единственный родной человек и им необходимо друг друга поддерживать. Высказывает готовность наблюдаться у психиатра, лечиться после выписки из стационара. В отделении конфликтных ситуаций более 6 месяцев не отмечалось. Стала активнее, поддерживает общение с другими больными, участвовала в художественной самодеятельности. Стала чаще созваниваться с сестрой, сама проявляет в этом инициативу, интересуется, как продвигаются дела по поводу жилья. Мышление конкретное, замедленное, нарушена способность к абстрагированию. Память снижена, внимание истощаемое. Эмоциональные реакции неустойчивы. Круг интересов ограничен. Прогностические способности снижены. Критика к своему состоянию и совершенному общественно опасному действию формальная.

При психологическом исследовании на фоне дефицита общих сведений и знаний, личностной примитивности выявлены нарушения мышления в виде снижения уровня обобщения с актуализацией признаков конкретного и конкретно-ситуативного уровня, трудности в оперировании переносным смыслом и в осуществлении операций сравнения. Также отмечается нарушение мнестических функций. Индивидуальные особенности испытуемой характеризуются дефицитарностью волевой активности, внушаемостью, пассивностью личностной позиции, ограниченностью мотивов, недостаточной сформированностью социальных потребностей, отсутствием конструктивных навыков разрешения конфликтных ситуаций, что в сочетании с несформированностью моральных нормативов поведения облегчает реализацию импульсивных поступков. На данный момент больная в качестве актуальных проблем указывает переживания по поводу жилья. Занятия в психокоррекционной группе пациентка посещала регулярно, однако домашние задания выполняла не всегда. Положительная динамика проявляется в снижении агрессивности, появлении формальной критики к своему состоянию и совершенному ООД, а также в большей активности в коллективе.

Заключительная часть. На основании изложенного комиссия пришла к заключению, что П. страдает умеренной умственной отсталостью со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения (F71.18) и синдромом

зависимости от алкоголя II стадии, в настоящее время – воздержание в предохраняющих условиях (F10.212). Учитывая купирование в процессе проведенного комплексного лечения выраженных эмоционально-волевых расстройств, аффективных колебаний с дисфорическими проявлениями, импульсивных, агрессивных тенденций, формирование частичной критики к своему болезненному состоянию и содеянному, что в целом свидетельствует о снижении общественной опасности пациентки, необходимость ее пребывания в условиях медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа в настоящее время отсутствует. Однако, принимая во внимание клинικο-социальные особенности П. (зависимость от алкоголя, асоциальное микроокружение, повторность совершения противоправных действий на фоне имеющегося интеллектуального дефицита, эмоционально-волевых расстройств и слабой сформированности прогностических функций), лежащие в основе декомпенсации ее психического состояния и формирования социально опасных форм поведения, а также необходимость решения социальных вопросов (отсутствие жилья), комиссия рекомендует в отношении П. поэтапную отмену принудительных мер медицинского характера, а именно – изменение принудительной меры медицинского характера на принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа.

Приведенные рекомендации по написанию такого рода заключений не охватывают, естественно, всех вариантов, которые могут встретиться на практике, поэтому ими следует пользоваться лишь как примерным образцом, придерживаясь в целом указаний, содержащихся в Уголовном кодексе РФ (гл.15, ст.100).

Контрольные вопросы

1. Что является основанием для отмены принудительного лечения?
2. Какие клинико-психопатологические и социальные факторы риска повторного совершения общественно опасных действий Вам известны?
3. Какие критерии отмены принудительного лечения Вы знаете?
4. Какие факторы должны быть учтены комиссией врачей психиатров при решении вопроса об отмене принудительного лечения?
5. Какие инструменты оценки потенциального риска общественной опасности психически больных Вам известны?
6. Что такое комплайентность больного, каковы подходы и способы ее оценки?
7. Какие клинико-психопатологические характеристики больных являются противопоказанием для отмены принудительного лечения?
8. Какие методы и шкалы оценки психопатологической симптоматики и ее динамики Вы знаете?
9. Как оценить наличие у больного критики к заболеванию и совершенному общественно опасному? Какие варианты нарушения критических способностей Вам известны?
10. Как определяется эффективность психотерапевтической и коррекционной работы с пациентом?
11. В чем заключается актуальность оценки зависимости больного от алкоголя и других психоактивных веществ? Какие подходы к проведению оценки у лиц, находящихся на принудительном лечении, Вам известны?
12. Каковы требования к написанию заключения об освидетельствовании комиссией врачей-психиатров лица, находящегося на принудительном лечении?

Глава 5

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Реализация в Российской Федерации Европейского плана действий по охране психического здоровья, принятого на уровне министров европейских стран в январе 2005 г. в Хельсинки, “Концепции развития здравоохранения до 2020 г.” нашла свое отражение в модернизации деятельности амбулаторных и стационарных психиатрических учреждений, в том числе осуществляющих ПЛ.

В целях профилактики ООД лиц, страдающих психическими расстройствами, традиционная для России государственная система организации психиатрической помощи позволяет стационарным подразделениям и учреждениям специализированного типа и специализированного типа с интенсивным наблюдением использовать опыт общепсихиатрических учреждений в части освоения новых технологий оказания психиатрической помощи.

Уменьшение численности психиатрических коек в стране произошло в связи с внедрением в практику психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации пациентов, проходящих лечение как в обычном порядке, так и в порядке обеспечения назначенных судом принудительных мер медицинского характера. Реструктуризация коечного фонда в ходе реализации этих мер осуществлялась, в том числе за счет увеличения числа коек в психиатрических стационарах для принудительного лечения специализированного типа.

Использование в лечебно-реабилитационном процессе новых организационных технологий способствует повышению качества оказания психиатрической помощи, создает предпосылки к повышению эффективности

СПП. Это, в частности, обусловлено развитием внебольничных форм оказания специализированной помощи – отделений оказания интенсивной психиатрической помощи на дому, амбулаторных реабилитационных отделений, амбулаторных отделений психосоциальной работы, реабилитационных стационарных отделений, реабилитационных отделений для формирования навыков самостоятельного проживания у лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи. Осуществляемые в этих условиях добровольная и недобровольная госпитализация, активное диспансерное наблюдение, психотерапевтическая помощь, бригадные формы работы и проч. способствуют повышению качества профилактики ООД психически больных.

Существенной составляющей повышения качества и эффективности работы по профилактике опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами, является ее информационное обеспечение и организация мониторинга. К основным задачам такого мониторинга относятся: изучение динамики общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами, и показателей деятельности медицинских организаций, оказывающих психиатрическую помощь; оценка качества превенции опасных действий психически больных; обеспечение информационной поддержки изменений нормативно-правового регулирования, законодательных инициатив, направленных на повышение эффективности профилактической работы.

Сотрудниками “ФГБУ ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России были разработаны специальные показатели и методики, позволяющие оценить объем, характер и эффективность профилактической работы медицинских служб в отношении психически больных с социально опасным поведением.

Широкое использование информационных технологий в процессе организации СПП является одной из значимых составляющих обеспечения качества специализирован-

ной помощи. Необходим ежеквартальный мониторинг индикаторных показателей, отражающих эффективность работы подразделений психиатрической службы по профилактике ООД психически больных, на уровне отделений, психиатрических больниц и диспансеров, а также субъектов РФ.

Действующая система контроля качества СПП может быть условно разделена на 4 уровня: *государственный контроль*, осуществляемый судами, прокуратурой, Аппаратом уполномоченного по правам человека; *ведомственный контроль*, проводимый федеральными органами исполнительной власти (МЗ РФ, Росздравнадзор) и органами исполнительной власти субъектов РФ; *внутренний контроль*, который обеспечивают заведующие отделениями, заместители главного врача, врачебные комиссии лечебных учреждений, и *вневедомственный контроль*, участниками которого являются медицинские ассоциации, общества защиты прав потребителей медицинских услуг и иные общественные организации.

Оценка эффективности системы профилактики опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами, предполагает динамический анализ 3 взаимосвязанных компонентов: *ресурсного обеспечения, самого процесса профилактической работы и полученного результата* (Макушкина О.А., 2014, 2015).

Оценка ресурсного обеспечения может быть проведена как по отношению к медицинской организации, обеспечивающей систему мер судебно-психиатрической профилактики на определенной территории (оценка ее материально-технической базы, кадрового обеспечения, организации работы, сервисных условий), так и к каждому медицинскому работнику в отдельности с анализом его профессиональных качеств и уровня подготовки.

При оценке необходимо сопоставлять ресурсное обеспечение профилактической работы с действующим Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, который,

как известно, регламентирует перечень структурных подразделений психиатрической службы, а также положения о них, их оснащение и штатные нормативы.

К примеру, действующий в настоящее время Порядок (утв. Приказом Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 г. № 566) предусматривает наличие в медицинских организациях кабинетов активного диспансерного наблюдения и амбулаторного принудительного лечения; отделений медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях; лечебно-производственных мастерских; медико-реабилитационных отделений для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи. Указанные структурные подразделения имеют непосредственное отношение к обеспечению качества работы по профилактике ООД психически больных в амбулаторных условиях. Их отсутствие в региональных психиатрических службах и крупных медицинских организациях психиатрического профиля свидетельствует о недостаточном ресурсном обеспечении процесса оказания психиатрической помощи, в том числе в сегменте внебольничной превенции опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами.

Анализ процесса реализации мер, направленных на первичную и вторичную профилактику ООД во внебольничных условиях, предполагает оценку соблюдения действующих нормативных правовых актов, а также порядка, стандартов и протоколов оказания помощи; доступности современных препаратов; полноты использования методов психосоциальной терапии и реабилитации, обеспечения преемственности в работе медицинских подразделений.

Анализ результата включает сопоставление фактически достигнутых показателей деятельности по профилактике общественной опасности с научно обоснованными критериями ее эффективности.

К значимым критериям, позволяющим оценить результативность функционирования системы СПП, относятся: количество опасных действий психически больных;

число побегов, нападений на других больных и иных нарушений режима исполнения ПММХ; полнота реализации индивидуальных программ реабилитации; показатель повторности ООД; а также длительность временного периода, в течение которого больные не совершали ООД после отмены принудительного лечения.

Чем меньше указанный период, тем больше необходимость анализа качества исполнения предшествующей ПММХ, достаточности проведенной лечебно-реабилитационной работы, адекватности оценки риска потенциальной общественной опасности больного, обоснованности принятия решения об отмене ПЛ. Важным для оценки качества СПП является также мнение пациентов о деятельности службы, удовлетворенность оказываемой помощью, качество их жизни.

Основываясь на принятых в здравоохранении характеристиках качества медицинской помощи, понятие *качества ПММХ* может быть сформулировано как совокупность характеристик, отражающих доступность оказания квалифицированной специализированной помощи, правильность выбора методов диагностики, лечения, психосоциальной реабилитации, комплекса мер по профилактике повторных ООД, степень достижения цели принудительного лечения.

Понятие *эффективности ПММХ* включает достижение улучшения психического состояния, социального функционирования и качества жизни пациента, повышение адаптационного потенциала, редукцию общественной опасности. Ее основой, как уже было показано выше, является реализация биопсихосоциальной модели оказания помощи, в основе которой лежит принцип единства медикаментозных и психосоциальных мероприятий (психообразование, тренинги коммуникативных, познавательных, социальных навыков, работа с зависимостями от алкоголя и иных ПАВ и др.).

С использованием указанных подходов сформированы критерии *оценки качества исполнения принудительного лечения* (Макушкина О.А., 2014), включающие:

- оценку ресурсов с анализом числа врачей и специалистов с немедицинским образованием, участвующих в исполнении ПММХ; количества палат в психиатрическом стационаре для проведения ПЛ, числа коек в них, площадь на 1 койку; наличие необходимых реабилитационных подразделений;
- оценку процесса исполнения ПММХ с определением соблюдения действующих порядка, стандартов и протоколов ведения больных; доступности современных психофармакопрепаратов; удельного веса больных, помощь которым при исполнении ПММХ оказывается с использованием бригадного принципа работы;
- оценку результата на основе анализа числа пролеченных в течение года больных; средней длительности ПЛ; показателя летальности; числа побегов, количества суицидов, числа нападения больных на персонал и других пациентов за год; показателя повторности ООД.

К значимым критериям, позволяющим оценить *результативность внебольничной профилактики*, относятся: количество опасных действий, совершенных лицами, страдающими тяжелыми психическими расстройствами, проживающими на территории обслуживания медицинской организации; показатели совершения ООД больными, находящимися под АДН и на АПНЛ; структура и численность группы АДН; полнота реализации индивидуальных программ реабилитации; показатель повторности ООД; а также длительность временного периода, в течение которого больные не совершали ООД после отмены принудительного лечения.

В настоящее время большая часть показателей, позволяющих оценить эффективность профилактики опасных действий психически больных, включена в официальную

статистическую отчетность, ежегодно предоставляемую органами управления здравоохранения субъектов Российской Федерации в Минздрав России. Их анализ дает информацию о силах и средствах, которыми располагают медицинские организации, оказывающие психиатрическую помощь в амбулаторных условиях, основных направлениях этой деятельности и ее эффективности.

“ФГБУ ФМИЦПН им. В.П. Сербского” выпускает аналитические обзоры, содержащие результаты сравнительного анализа указанной работы в целом по стране, в федеральных округах и субъектах Российской Федерации. Эти сведения могут быть использованы руководителями психиатрических служб территорий для динамической оценки качества и эффективности профилактических мероприятий.

Существующая система статистического наблюдения может быть использована для динамической оценки качества мероприятий по первичной профилактике ООД и исполнению принудительных мер медицинского характера на региональном и федеральном уровнях.

Инструментом оценки технологического процесса функционирования системы СПП также являются социологические опросы руководителей региональных психиатрических служб и учреждений, которые позволяют получать оперативную информацию, необходимую для сравнения достижений в этой области, уровня внедрения новых технологий, направленных на улучшение качества оказываемой помощи и формирование более эффективных профилактических мероприятий и программ.

Важной частью контроля качества профилактики опасного поведения психически больных является анализ деятельности задействованных в ее проведение специалистов. Примерные критерии оценки работы медицинского и немедицинского персонала медицинских организаций, занятых исполнением ПММХ, представлены в приложении 3.

Их спектр достаточно широк и включает оценки *деятельности психиатра*:

- анализ чрезвычайных происшествий (случаи суицидов и суицидальных попыток, случаи побегов больных, случаи нападений больных на персонал и других пациентов) и летальных исходов, если таковые имелись;
- выявленные факты несоответствия качества медицинской помощи установленным стандартам (несоблюдение сроков обследования пациента, объема и своевременности лечебных мероприятий, несоответствие назначенной биологической терапии нозологическому диагнозу, отсутствие психосоциальной реабилитации и т.п.);
- замечания со стороны руководителей и контролирующих вышестоящих органов по ведению и заполнению утвержденной медицинской документации;
- факты нарушения прав пациентов, норм УК РФ в части исполнения принудительных мер медицинского характера;
- количество случаев медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам экспертизы качества;
- несоблюдение сроков представления пациента и полноты подготовки документов на психиатрическое освидетельствование комиссией врачей-психиатров;
- обоснованные устные и письменные жалобы от пациентов и их родственников;
- отсутствие индивидуальных программ реабилитации, направленных на снижение риска опасного поведения, у курируемых врачом пациентов.

Специальными критериями *оценки качества работы психолога и психотерапевта* в отделении для принудительного лечения больных являются:

- несоответствие объема психологической, психотерапевтической помощи установленным стандартам и протоколам ведения больных (несоблюдение сроков патопсихологического обследования пациента, объема психокоррекционных мероприятий);
- замечания со стороны администрации больницы (заведующего отделением, заместителя главного врача) на качество патопсихологического исследования, качество и объем психокоррекционной, психотерапевтической работы с больным;
- замечания руководителей больницы, касающиеся качества выполнения индивидуальных программ реабилитации пациентов в части ответственности данного специалиста;
- количество случаев психологической, психотерапевтической помощи ненадлежащего качества по результатам экспертизы качества в отделении;
- отсутствие либо несоответствие потребностям отделения объема психокоррекционной и психотерапевтической работы, направленной на преодоление зависимости пациентов от психоактивных веществ;
- отсутствие психообразовательной работы с больными;
- отсутствие работы психолога, психотерапевта с родственниками пациентов;
- обоснованные устные и письменные жалобы от пациентов и их родственников.

Оценочными показателями деятельности *специалиста по социальной работе, социального работника* являются:

- замечания со стороны руководства больницы (заведующий отделением, заместители главного врача) на качество проводимой специалистом психосоциальной работы, а также по ведению и заполнению утвержденной документации;

- количество случаев социальной помощи ненадлежащего качества по результатам экспертизы качества в отделении;
- замечания со стороны руководства больницы (заведующий отделением, заместители главного врача) на качество выполнения индивидуальных программ реабилитации пациентов в части ответственности данного специалиста;
- несоответствие объема социальной работы должностной инструкции и плановой нагрузке специалиста;
- отсутствие психообразовательной работы, выполняемой специалистом по социальной работе совместно с психологом;
- отсутствие работы по социально-бытовой реабилитации и работы, направленной на повышение общеобразовательного уровня больных;
- отсутствие психопрофилактической работы с родственниками больного;
- отсутствие либо несоответствие потребностям отделения работы, направленной на преодоление зависимости пациентов от психоактивных веществ, выполняемой специалистом по социальной работе совместно с психологом;
- отсутствие участия специалиста в тренинговых программах;
- обоснованные устные и письменные жалобы от пациентов и их родственников.

Непосредственное отношение к оценке качества и эффективности работы специалистов, занятых исполнением ПММХ, имеет такой показатель как повторность совершения ООД больными, прошедшими принудительное лечение. Порядка 30% больных после прекращения исполнения ПММХ в психиатрическом стационаре совершают новое ООД. Столь большую распространенность рецидива опасного поведения психически больных ис-

следователи связывают, с одной стороны, с несовершенством и недостаточностью мер вторичной профилактики, с другой – указывают на дефекты оценки потенциальной общественной опасности при прекращении ПЛ, на влияние патоморфоза психических заболеваний, изменение клинико-социальных характеристик психически больных, совершающих опасные действия, что требует соответствующей перестройки системы их профилактики.

Конкретизируя причины недостаточной эффективности принудительного лечения, можно говорить о недостатках в организации стационарного и диспансерного звеньев психиатрической помощи, затруднениях в проведении необходимых социально-реабилитационных мероприятий. Наличие рецидивов ООД вскоре после отмены ПЛ позволяет говорить о недоработках в процессе его исполнения, в частности, необоснованном прекращении противорецидивной терапии, недооценке степени социальной дезадаптации, возможности возобновления алкоголизации и наркотизации пациентов; недостаточности либо неадекватности проведенных психосоциальных вмешательств; нарушении принципов преемственности в ведении больных.

Причины повторных деяний, совершаемых после длительного интервала рецидива (более 1 года), можно связать с деятельностью учреждений, осуществляющих внебольничную курацию потенциально опасных больных. Показатель повторности общественно опасных действий психически больных лиц характеризует эффективность деятельности психиатрической службы и зависит от ряда факторов. Среди них немаловажное значение имеют макро- и микросоциальные психогенные воздействия, с которыми сталкивается больной после отмены ПЛ; качество профилактической работы внебольничных подразделений психиатрической службы и ряд других параметров.

Повторные ООД нередко бывают обусловлены ненадлежащей курацией больных после отмены ПЛ. Это

проявляется в нерегулярности врачебного наблюдения, несвоевременности стационарирования в ПБ при наличии для этого показаний, отсутствии взаимодействия с полицией, а также объясняется неблагоприятными микросоциальными условиями, в которые попадают пациенты после выписки из психиатрического стационара. Степень криминальной активности увеличивается при нарастании социальной дезадаптации больного, влиянии криминального окружения, злоупотреблении психоактивными веществами.

Нередко имеют место неправильная терапевтическая тактика, отсутствие взаимодействия с органами полиции по профилактике общественной опасности психически больных, недостаточность усилий или возможностей по улучшению социальной адаптации и изменению микро-среды, в которой находится пациент. Анализ случаев повторных ООД обычно позволяет выявить подобные недочеты в работе психиатрической службы. В данной связи рассмотрим один из клинических примеров.

Больная В., 1973 г.р., данных о наследственной отягощенности, раннем периоде развития нет. Родителей не знает, с рождения воспитывалась в детских домах. Отставала в психическом развитии, до 5 лет страдала энурезом. Консультирована психиатром, рекомендовалось обучение во вспомогательной школе. С программой вспомогательной школы не справлялась, дублировала третий класс, окончила только четыре класса. Конфликтовала с воспитателями, была дерзкой, грубой, неоднократно переводилась в различные детские дома, откуда из протеста уходила, бродяжничала, попрошайничала. С 17 лет проживала самостоятельно, профессии не имеет, кратковременно трудоустраивалась на низкоквалифицированные работы.

В 1991 г. В. была осуждена по ч.3 ст.144 (кража) на 2 года условно. Жила и работала дояркой в Калининском районе Тверской области. В последующем вновь совершила кражу. Будучи беременной, 05.04.1993 г. была осуждена к 3 годам лишения свободы в колонии общего режима. Находясь в местах лишения свободы, родила сына. Во время отбывания наказания

конфликтовала с администрацией, осужденными, вступала в драки, подвергалась наказаниям. С февраля по август 1995 г. в связи с наличием выраженных нарушений поведения она находилась на лечении в ПБ для осужденных в г. Рыбинске.

После освобождения в январе 1996 г. поселилась в г.Оленино Тверской области. Проживала в общежитии с ребенком, не работала, была поставлена на учет в Центр занятости населения. В сентябре 1996 г. совершила кражу денег в квартире у знакомого. В ходе предварительного следствия ей была проведена стационарная СПЭ в ГНЦ ССП им. В.П. Сербского. Диагноз: “Органическое поражение головного мозга с выраженными изменениями психики”, рекомендовалось считать В. невменяемой и назначить принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа. С 12.08 по 15.12.1997 г. (4 месяца) больная находилась на принудительном лечении в областной психиатрической больнице. В психическом состоянии во время лечения отмечалось отсутствие обманов восприятия и бредовых идей. Была многословна, эйфорична, легковесна в суждениях, манерна, отмечен низкий уровень знаний. В период пребывания в больнице ей была установлена II группа инвалидности по психическому заболеванию. После отмены ПЛ непродолжительное время состояла под активным диспансерным наблюдением участкового психиатра, получала поддерживающее лечение. Периодически обращалась ко врачу с жалобами на раздражительность, плохой сон, нарушения аппетита.

В 2000 г. районный отдел образования направил в суд с заявление о признании В. недееспособной, указав, что она не занимается воспитанием несовершеннолетнего сына и не интересуется им. Сын в тот период находился в Осташковском доме-интернате. Комиссия психиатров-экспертов решения не приняла, указав, что “из материалов гражданского дела не ясно, о каких конкретно действиях В. идет речь: дееспособности в соответствии со ст.29 ГК РФ, либо связанных только с воспитанием ребенка, либо что-то иное”. Дееспособности больная не лишена.

В 2004 г. вновь привлекалась к уголовной ответственности по ст.175 УК РФ (приобретение или сбыт имущества, заведомо добытого преступным путем). В январе 2005 г. В. была привлечена к уголовной ответственности за совершение

кражи с целью уничтожения сотового телефона у гражданина М. и угрозу убийством в его адрес. Согласно заключению амбулаторной СПЭ, проведенной 10.02. 2005 г., В. страдает органическим заболеванием головного мозга с выраженными изменениями личности. Комиссией экспертов рекомендовано считать ее невменяемой и назначить принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа. Решением мирового судьи от 29 марта 2005 г. В. была признана невменяемой, в применении принудительных мер медицинского характера в отношении нее судом было отказано, так как “оснований полагать, что психическое расстройство В. представляет опасность для нее и других лиц, не имеется”.

С 17.01 по 03.02. 2008 г. больная проходила курс лечения в областной психиатрической больнице. Причина госпитализации – конфликты с сыном, который начал употреблять алкоголь, из-за чего у В. нарушился сон, она похудела, стала раздражительной. Продуктивной психопатологической симптоматики не выявлялось, получала лечение нейролептиками, антидепрессантами. В дальнейшем многократно госпитализировалась в ПБ с тревожно-депрессивной симптоматикой. После выписки поддерживающее лечение принимала нерегулярно.

Трижды была прооперирована по поводу инородного тела в желудке – с суицидальной целью глотала иглы. В 2011 г. дважды поступала на стационарное лечение, последняя госпитализация с 12.04 по 18.06.2011 г. Отмечено, что психическое состояние В. ухудшилось в апреле 2011 г. – нарушился сон, стала раздражительной, испытывала слуховые обманы восприятия неприятного содержания, высказывала суицидальные мысли, была тревожна. Мышление было вязкое, тугоподвижное, критики не было. Диагноз при выписке: “Органическое заболевание головного мозга сложного генеза (перинатального, травматического) с выраженными изменениями личности и периодическими психотическими нарушениями”. После выписки психиатром не наблюдалась, не лечилась.

В сентябре 2011 г. В. была привлечена к уголовной ответственности по ч.1 ст.105 УК РФ (убийство К. путем нанесения ударов топором). 07 декабря 2011 г. больной проведена стационарная СПЭ в Областной клинической психиатрической больнице. Проанализировав данные анамнеза об отставании

В. в психическом развитии с детства с учетом неспособности к обучению во вспомогательной школе, психопатоподобного поведения в подростковом возрасте, неоднократного совершения правонарушений, в сочетании с выявленными низким уровнем знаний и представлений, отсутствием навыков письма и чтения, снижением памяти, недоразвитостью речи, грубыми нарушениями в эмоциональной сфере, конкретностью мышления, бедностью и поверхностностью суждений, ослаблением волевого контроля с агрессивным поведением, комиссия пришла к заключению о наличии у В. хронического психического расстройства в форме органического заболевания головного мозга смешанного (перинатального, сосудистого) генеза с выраженными изменениями личности и периодическими психотическими нарушениями (F02.848), рекомендовалось считать ее невменяемой, с применением к ней принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа. Постановлением Оленинского районного суда Тверской области от 10.02. 2012 г. В. была признана невменяемой, ей назначено принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа.

При поступлении в стационар психическое состояние В. характеризовалось выраженными аффективными расстройствами с резкими сменами настроения, дисфориями, грубыми психопатоподобными нарушениями с преобладанием истерических форм реагирования, импульсивности, повышенной раздражительности, с нарушением сна, расстройством влечений, аутоагрессивными действиями на фоне интеллектуально-мнестического снижения и нарушения критики.

Данные патопсихологического исследования: на фоне низкого уровня интеллектуального развития, несформированности автоматизированных навыков чтения и письма, ограниченного словарного запаса выявляются замедленный темп умственной деятельности, нарушения мышления в виде выраженного снижения уровня обобщения с преимущественной актуализацией признаков конкретного и конкретно-ситуативного уровня и неспособностью оперировать переносными смыслами. Также для испытуемой недоступны операции сравнения. Ассоциации невысокого категориального уровня, без привнесения личностно-значимых переживаний. Критика к своему состоянию и ситуации правонарушения нарушена. Личность

испытуемой характеризуется неразвитостью познавательных интересов, личностной примитивностью, неадекватно завышенной самооценкой и уровнем притязаний, претенциозностью, обидчивостью, эгоцентрической сосредоточенностью на своих проблемах, а также стремлением к устойчивому, спокойному положению за счет других лиц, без затраты собственных усилий, преобладанием внешнеобвиняющих реакций в случае возникновения проблем. Отмечается снижение реалистичности планов и способности выделять значимые условия достижения целей.

Во время нахождения на принудительном лечении сын ее не навещал, на отправленные ему письма ответов не было. Поддерживает отношения с соседкой посредством телефонных разговоров. По истечении 6 месяцев лечения психическое состояние больной оставалось без существенной динамики. 31.10.2012 г. и 17.05.2013 г. больная была освидетельствована комиссией врачей-психиатров, ее психическое состояние оставалось неустойчивым, сохранялись эмоционально-волевые расстройства с дисфорическими состояниями, нарушения влечений, отсутствие критики, рекомендовалось продлить принудительное лечение в ПС специализированного типа. В последующем на фоне проводимого комплексного лечения по истечении 6 месяцев отмечалась некоторая положительная динамика: сгладились психопатоподобные расстройства с истерическими проявлениями, уменьшилась выраженность аффективных расстройств, импульсивности, нормализовался сон. Однако сохранялись эмоциональная неустойчивость с периодическим возникновением сниженного фона настроения, дисфорических состояний, а также пассивность и безынициативность больной, крайне ограниченный круг интересов, нарушение критической оценки своего состояния и совершенного правонарушения на фоне дефицита интеллектуально-мнестических функций. 08 ноября 2013 г. она была освидетельствована комиссией врачей психиатров; как продолжающей представлять социальную опасность, ей рекомендовалось продлить принудительное лечение в ПС специализированного типа.

Постепенно на фоне проведения активной медикаментозной терапии (нейролептиками, нормотимиками, транквилизаторами, ноотропами, сосудистыми препаратами), реабилитационных мероприятий (групповой психокоррекционной работы

с психологом, направленной на развитие коммуникативных навыков, адаптации в коллективе, трудотерапии в отделении, рациональной психотерапии, занятий физической культурой, социальной помощи) наметилась положительная динамика: сгладились психопатоподобные расстройства с истерическими проявлениями, уменьшилась выраженность аффективных нарушений с дисфорическими состояниями, импульсивностью. В течение последних 6 месяцев психическое состояние пациентки расценивается как стабилизация на фоне терапии с преимущественно ровным эмоциональным фоном, отсутствием агрессивных и аутоагрессивных действий, упорядоченным поведением, она участвует в трудовых процессах, следит за внешним видом, соблюдает режим, высказывает просоциальные планы на будущее.

В психическом состоянии при очередном комиссионном освидетельствовании – все виды ориентировки сохранены, в контакт вступает охотно, на вопросы отвечает в плане заданного, кратко, порой односложно. Назойлива с вопросами о возможном решении комиссии. Мимика обеднена, периодически на лице улыбка. Речь несколько невнятна из-за отсутствия зубов. Больная косноязычна, словарный запас беден, суждения примитивные, использует слова с уменьшительно-ласкательными суффиксами: “нормальненько”, “сладенькая” и т.д., а также слова-связки: “ага, ага”, “вот, вот”, “угу”. Сообщает, что стала чувствовать себя лучше – прошли головные боли, стала спокойнее, настроение “лучше”. В ответ на уточняющие вопросы поясняет, что колебания настроения бывают, но не каждый день, и не так выражены. Характеризует себя обидчивой, “бывает заденут, что-то плохое скажут, тогда расстраиваюсь”. Говорит, что “надо ехать домой, сарайчик подкосился, надо править”. Планирует привести дом в порядок. Поясняет, что умеет красить, клеить обои, а также выращивать овощи – “огурчики, помидорчики, картошечку посажу”. Говорит, что может быть устроится к “частнику подработать”. Отмечает, что раньше старалась сделать себе плохо, не ела, глотала металлические предметы, в последнее время таких мыслей нет. Читать, писать не умеет, с элементарными счетными операциями не справляется. Познавательные интересы снижены. Мышление конкретное, обстоятельное, ригидное. Фон настроения переменчив с колебаниями. В отношении правонарушения придерживается

прежней версии, что она “все взяла на себя, так как жалко стало другую женщину”, говорит, что “дура была, больше так не буду”. В отделении включается в простые трудовые процессы, поддерживает общение с другими больными, старается представить себя с лучшей стороны. Слащавая, угодлива, в курсе всех событий отделения, охотно участвовала в художественной самодеятельности. Психотической симптоматики в виде бреда, галлюцинаций не выявлено. Критика к своему состоянию и правонарушению снижена.

Комиссия пришла к заключению, что В. страдает органическим заболеванием головного мозга смешанного (перинатального, сосудистого) генеза с выраженными изменениями личности и периодическими психотическими нарушениями (F02.848). Учитывая купирование в процессе проведенного комплексного лечения выраженных эмоционально-волевых, аффективных расстройств с дисфорическими состояниями, импульсивных, агрессивных и аутоагрессивных тенденций, сглаживание психопатоподобных расстройств, что в целом свидетельствует о снижении общественной опасности пациентки, необходимость ее пребывания в условиях принудительного стационара специализированного типа в настоящее время отсутствует. Однако, принимая во внимание клинικο-социальные особенности В. (аффективные нарушения на фоне интеллектуально-мнестического дефицита, нерегулярный прием поддерживающей терапии после выписки из стационара, асоциальное окружение, наличие криминального опыта, повторность совершения ООД), лежащие в основе декомпенсации ее психического состояния и формирования социально опасных форм поведения, было рекомендовано изменение вида ПММХ на принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа.

Приведенное клиническое наблюдение свидетельствует о недооценке общественной опасности больной на протяжении всего периода ее наблюдения специалистами психиатрической службы. Так, не смотря на наличие криминального опыта, нарушений режима содержания в местах лишения свободы и выраженных расстройств поведения и эмоциональной сферы, комиссией судебных

психиатров-экспертов было рекомендовано принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа. Данный вид ПЛ исполнялся крайне непродолжительно (в течение 4 месяцев). Несмотря на повторность противоправного поведения и социальную дезадаптацию больной, не был применен ступенчатый принцип его отмены. В последующем, после совершения повторного ООД, рекомендации судебных психиатров-экспертов о целесообразности назначения больной ПЛ в стационаре специализированного типа не были учтены судом. Суд не согласился с мнением экспертов и не назначил ни этот, ни иной вид ПММХ.

Несмотря на наличие у пациентки хронического психического расстройства с неблагоприятным типом течения, с частыми обострениями болезненной симптоматики и обусловленного этим противоправного и аутоагрессивного поведения, за ней не было установлено активного диспансерного наблюдения. Участковый психиатр не обеспечивал должный контроль психического состояния больной, не взаимодействовал с органами полиции по вопросам предупреждения ее общественной опасности.

Исходя из клинических особенностей рассматриваемого контингента пациентов, а также учитывая значение ситуационных и микросоциальных факторов в генезе их общественной опасности, система мер по предупреждению повторных ООД, реализуемых в стационарном и амбулаторном подразделениях психиатрической службы, имеет особую специфику и должна отвечать следующим основным требованиям:

- 1) целесообразно соблюдение принципа ступенчатости и преемственности между стационарами, осуществляющими различные виды ПЛ, и внебольничными учреждениями с адекватным применением амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра и активного диспансерного наблюдения. Для совершенствования курации больных после прекращения стационарного ПЛ

- рекомендуется более широкое применение АПНЛ, позволяющего в ряде случаев возвращать пациента в стационарные условия для продолжения ПЛ;
- 2) необходимо обеспечение взаимодействия амбулаторных подразделений психиатрической службы с подразделениями МВД РФ по вопросам профилактики общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами;
 - 3) в условиях стационарного ПЛ, а также диспансерного наблюдения (АДН, АПНЛ) необходима организация полипрофессиональных бригад с участием специалистов с медицинским и немедицинским образованием, имеющих специальную подготовку для работы с контингентом больных, представляющих общественную опасность.

Предложенные рекомендации по профилактике повторных ООД лиц, страдающих психическими расстройствами, могут способствовать повышению эффективности деятельности специализированных медицинских учреждений, системы судебно-психиатрической профилактики в целом.

Контрольные вопросы

1. Какие подходы и компоненты оценки качества судебно-психиатрической профилактики вы знаете?
2. Каковы критерии определения эффективности работы психиатрической службы по предупреждению общественно опасных действий психически больных?
3. Что относится к показателям оценки качества работы внебольничных подразделений психиатрической службы по профилактике опасного поведения психически больных?

4. Дайте определение понятий “качество” и “эффективность” исполнения принудительных мер медицинского характера.
5. Как оценить качество исполнения принудительных мер медицинского характера?
6. Какие критерии оценки качества работы участкового психиатра по предупреждению общественно опасных действий психически больных Вы знаете?
7. Какие параметры могут использоваться для оценки работы психиатров в процессе исполнения принудительного лечения?
8. Каковы критерии оценки качества работы психотерапевтов и психологов в отделениях для принудительного лечения психически больных?
9. Что относится к критериям оценки работы специалистов по социальной работе и социальных работников в отделениях для принудительного лечения психически больных?
10. Какие факторы оказывают влияние на повторность совершения общественно опасных действий психически больных?
11. Какие меры предупреждения рецидива противоправного поведения психически больных Вам известны?

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Профилактика общественно опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами, является важной и ответственной частью работы психиатрической службы. Для ее обеспечения в стране создана система мер, в реализации которых задействованы специалисты амбулаторных подразделений и психиатрических стационаров. Разработана и совершенствуется нормативная правовая база по регламентации этого вида деятельности.

Большое значение для предупреждения общественной опасности имеет качественное исполнение назначенных судом принудительных мер медицинского характера и вынесение обоснованного решения об их отмене либо продлении.

Информация об организации действующей системы судебно-психиатрической профилактики, эффективных мерах предупреждения первичного совершения опасных действий и рецидива противоправного поведения психически больных необходима психиатрам и иным специалистам психиатрической службы. Они должны знать о методах и инструментах оценки риска потенциальной общественной опасности, владеть навыками их применения в повседневной клинической деятельности, в том числе при определении наличия либо отсутствия показаний для отмены принудительного лечения.

Представленные в Учебном пособии сведения по различным аспектам первичной и вторичной профилактики общественно опасного поведения психически больных, ее эффективности позволят совершенствовать процесс подготовки специалистов, будут способствовать повышению качества этой работы в подразделениях психиатрической службы страны.

СПРАВОЧНО-БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ АППАРАТ

Список сокращений и условных обозначений

АДН	– активное диспансерное наблюдение
АПНЛ	– принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях
АСПЭК	– амбулаторная судебно-психиатрическая экспертная комиссия
ИПР	– индивидуальная программа реабилитации
МСЭК	– медико-социальные экспертные комиссии
ООД	– общественно опасные действия
ОПР	– органическое психическое расстройство
ПАВ	– психоактивные вещества
ПБ	– психиатрическая больница
ПБСТИН	– психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением
ПНД	– психоневрологический диспансер
ПК	– прогностический коэффициент
ПЛ	– принудительное лечение
ПММХ	– принудительные меры медицинского характера
ПНД	– психоневрологический диспансер
СИЗО	– следственный изолятор
СПП	– судебно-психиатрическая профилактика
СПЭ	– судебно-психиатрическая экспертиза
СПЭК	– судебно-психиатрическая экспертная комиссия
СУ	– специальный учет
УИС	– уголовно-исправительная система
УК	– Уголовный кодекс
ФСИН	– Федеральная служба исполнения наказаний
ЦРБ	– центральная районная больница

Библиографический список

Абрамов С.В. Клинико-социальная характеристика невменяемых, направленных на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 20 с.

Бартол Курт Психология криминального поведения. – СПб., – М., 2004. – 352 с.

Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. – М., 2002. – 439 с.

Булыгина В.Г., Макушкина О.А., Белякова М.Ю. Нарушения социальной апперцепции как факторы риска совершения повторных ООД у лиц с психическими расстройствами (часть 1) // Российский психиатрический журнал. – 2014. – №4. – С. 4-10.

Булыгина В.Г., Макушкина О.А., Белякова М.Ю. Нарушения социальной апперцепции как факторы риска совершения повторных ООД у лиц с психическими расстройствами (часть 2) // Российский психиатрический журнал. – 2014. – №5. – С. 4-9.

Винникова И.Н. Меры медицинской профилактики общественно опасных действий больных шизофренией: терапевтические, реабилитационные и фармакоэкономические аспекты принудительного лечения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2009. – 33 с.

Гонопольский М.Х., Шариков Ю.Д., Яковенко З.Я. Анализ противоправных действий психически больных, находившихся ранее на принудительном лечении // Проблемы общей и судебной психиатрии. – М., 1981. – С.200-202.

Групповая психотерапия / Под ред. Б.Д. Карвасарского, С. Ледера. – М., 1990. – 384 с.

Гурович И.Я., Кирьянов Е.М., Кекелидзе З.И. и др. Организация работы бригад скорой психиатрической помощи: Методические рекомендации. – М., 1998. – С.23.

Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: Медпрактика. – М., 2004. – 492 с.

Густов И.В., Гайдова Н.А. Адекватность выбора мер медицинского характера по данным катamnестического исследования // Проблемы профилактики общественно опасных действий психически больных. – М. –Троицкое, 2007. – С.141-144.

Денисов М.Ф. О возможности прогнозирования риска повторных ООД психически больных // Проблемы судебно-психиатрической профилактики. – М., 1994. – С. 42-45.

Дмитриев А.С. Принципы терапии больных шизофренией с психопатоподобным синдромом в амбулаторных условиях // Социальная и клиническая психиатрия. – 1994. – Т.4. – №4. – С.82-86.

Дмитриев А.С. Винникова И.Н. Лазько Н.В. Оспанова А.В. Дифференцированная терапия больных шизофренией с психопатоподобным

синдромом в период стационарного принудительного лечения // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2014. – Т. 16. – №4. – С.14-19.

Еникиолопов С.Н., Цибульский Н.П. Психометрический анализ русскоязычной версии Опросника диагностики агрессии А. Басса и М. Пери // Психологический журнал. – 2007. – № 1. – С. 115-124.

Ешимбетова С.З. Клинические и социальные аспекты профилактики общественно опасных действий больных приступообразно-прогредиентной психозфренией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1991. – 24 с.

Зецер Ф.С. Принципы профилактики особо опасного поведения больных психозфренией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1989. – 23 с.

Иванова А.А. Амбулаторное принудительное лечение больных психозфренией и расстройствами психозфренического спектра. – Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск–Омск, 2007. – 24 с.

Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. – СПб: Питер, 2000. – С.401-405.

Казаковцев Б.А., Макушкина О.А., Котов В.П. и др. Судебно-психиатрическая профилактика в Российской Федерации: Аналитический обзор. – М., 2012. – 356 с.

Каннабих Ю.В. История психиатрии. – Л.: Государственное медицинское издательство, 1928. – 522 с.

Карлов О.А. Скорая психиатрическая помощь в системе мер предупреждения общественно опасных действий психически больных: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. –М., 1997. – 22 с.

Кашенко П.П. Ближайшие задачи в деле попечения о душевнобольных России // Современная психиатрия. – 1911, сентябрь–октябрь. – С. 485-514.

Кондратьев Ф.В., Котова Т.А. Профилактика повторных поступлений на принудительное лечение // Актуальные вопросы принудительного лечения психически больных, совершивших общественно опасные действия. – М., 1983. – С.35-40.

Кондратьев Ф.В. Роль личности в опасном поведении психически больных // Вопросы соотношения биологического и социального в психиатрии. – М., 1984. – С.83-94.

Кондратьев Ф.В. Общественно опасные действия психически больных (анализ формирования опасных тенденций и причин их формирования). // Первый съезд психиатров социалистических стран. – М., 1987. – С.381-357.

Кондратьев Ф.В. Особенности самосознания больных психозфренией (к проблеме мотивации агрессивного поведения психически больных). // Агрессия и психические расстройства. – М., 2006. – Т.1. – С. 80-104.

Котов В.П., Мальцева М.М. Основные направления деятельности психоневрологических диспансеров по профилактике общественно опасных действий психически больных // Меры медицинского характера в системе профилактики общественно опасных действий психически больных. – М., 1987. – С. 44-74.

Котов В.П., Полубинская С.В. Комментарий к законодательству Российской Федерации в области психиатрии. – М., 1997. – С. 307-310.

Котов В.П., Мальцева М.М. Диагностика потенциальной общественной опасности // Функциональный диагноз в судебной психиатрии. – М., 2001. – Гл.8. – С. 148-166.

Котов В.П., Мальцева М.М. Предупреждение опасных действий лиц с психической патологией // Руководство по судебной психиатрии. – М., 2004. – Ч.5. – С. 428-507.

Котов В.П., Голланд В.Б., Мальцева М.М., Яхимович Л.А. Критерии и обоснование дифференцированного применения принудительных мер медицинского характера в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния: Методические рекомендации. – М., 2011. – 24 с.

Котов В.П., Мальцева М.М. Опасные действия лиц с психическими расстройствами и их профилактика: Руководство по судебной психиатрии. – М., 2012. – С. 671-809.

Котов В.П., Мальцева М.М. Предупреждение опасных действий лиц с психической патологией // Руководство по судебной психиатрии. – М., 2013. – С.676-815.

Котов В.П., Абрамов С.В., Булыгина В.Г. и др. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра лиц с тяжелыми психическими расстройствами: Методические рекомендации. – М., 2013. – 27 с.

Котов В.П., Мальцева М.М., Макушкина О.А., Голланд В.Б. Опасные действия психически больных в сопоставлении с данными криминальной статистики // Материалы Пятого национального конгресса по социальной и клинической психиатрии “Психическое здоровье – фактор социальной стабильности и гармоничного развития общества” / Под ред. З.И. Кекелидзе. – М., 2013. – С. 81.

Макушкина О.А., Голланд В.Б., Яхимович Л.А. Мониторинг и значимые показатели внебольничной профилактики общественно опасных действий психически больных в Российской Федерации // Российский психиатрический журнал. – 2011. – №5. – С. 4-10.

Макушкина О.А., Яхимович Л.А. Основные принципы деятельности медицинских служб по внебольничной профилактике общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – №6 (75). – С.35-40.

Макушкина О.А., Казаковцев Б.А. Оценка эффективности профилактики общественно опасных действий психически больных // Психическое здоровье. – 2012. – № 4 (71). – С. 3-10.

Макушкина О.А., Голланд В.Б., Яхимович Л.А. Значение мер медицинского характера в системе профилактики общественно опасных действий психически больных // Российский психиатрический журнал. – 2013. – №4. – С. 20-26.

Макушкина О.А. Эффективность деятельности учреждений, осуществляющих исполнение принудительных мер медицинского характера //

Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. В.В. Вандыша. – М.: ФГБУ “ГНИЦ ССП им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2014. – Вып. 11. – С. 138-146.

Макушкина О.А., Анисимова Т.Г., Макушкин Е.В. Проблема оценки риска опасности лиц, страдающих психическими расстройствами // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2014. – №11. – С. 65-69.

Макушкина О.А., Симбирцев А.А. Характеристики и предикторы повторного опасного поведения больных с тяжелыми психическими расстройствами // Психическое здоровье. – 2014. – №14 (102). – С. 26-32.

Макушкина О.А., Симбирцев А.А. Тенденции социальных и клинико-психопатологических характеристик психически больных с общественно опасным поведением // Российский психиатрический журнал. – 2014. – №3. – С. 10-18.

Макушкина О.А., Яхимович Л.А. Повторные общественно опасные действия лиц, страдающих психическими расстройствами: проблемы профилактики // Российский психиатрический журнал. – 2014. – № 2. – С. 4-11.

Макушкина О.А. Система профилактики опасных действий психически больных в Российской Федерации: мониторинг показателей и оценка эффективности // Российский психиатрический журнал. – 2015. – № 5. – С. 29-37.

Макушкина О.А., Котов В.П., Мальцева М.М. и др. Система профилактики общественной опасности психически больных в России в 2006–2013 гг. (динамика показателей и анализ эффективности): Аналитический обзор / Под ред. О.А. Макушкиной. – М.: ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского”, 2015. – 192 с.

Макушкина О.А., Котов В.П., Мальцева М.М., Яхимович А.А. Внебольничные формы профилактики общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами: Методические рекомендации. – М.: ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2015. – 30 с.

Макушкина О.А., Котов В.П., Мальцева М.М. и др. Профилактика опасных действий психически больных в амбулаторных условиях: Монография. – М.: ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского”, 2016. – 279 с.

Макушкина О.А., Муганцева Л.А. Методика структурированной оценки риска опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами // Психическое здоровье. – 2016. – №10 (125). – С. 18-26.

Макушкина О.А., Булыгина В.Г. Психосоциальная терапия и реабилитация в процессе принудительного лечения лиц, страдающих психическими расстройствами: Учебное пособие. – М.: ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2016. – 244 с.

Макушкина О.А., Яхимович Л.А., Полушинская С.В. Проблема общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами: клинико-социальная оценка риска опасного поведения: Учебное пособие. – М.: ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2017. – 172 с.

Мальцева М.М. Общественно опасные действия психически больных и принципы их профилактики: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1987. – 38 с.

Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. – М., 1995. – 226 с.

Мальцева М.М., Абрамов С.В., Яхимович Л.А. Некоторые клинические и организационные аспекты амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра лиц с тяжелыми психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. – 2004. – № 5. – С. 16-20.

Мальцева М.М. Психопатологические механизмы ООД больных с психическими расстройствами: Руководство по судебной психиатрии. – М., 2004. – С. 433-443.

Мелехов Д.Е., Голодец Р.Г., Свиридов В.Т. Методическое письмо по вопросам психоневрологической помощи населению в условиях сельского врачебного участка. – М., 1955. – 31с.

Метод прогнозирования медикаментозного комплайенса в психиатрии: Методические рекомендации. – СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2007. – 26 с.

Морозов Г.В., Шостакович Б.В. Теоретические и методические вопросы профилактики общественно опасных действий психически больных // Меры медицинского характера в системе профилактики общественно опасных действий психически больных. – М., 1987. – С. 3-24.

Методика “Личностная агрессивность и конфликтность” // Диагностика эмоционально-нравственного развития / Под ред. И.Б. Дермановой. – СПб., 2002. – С.142-146.

Моросанова В.И. Стилевые особенности саморегулирования личности // Вопросы психологии. – 1991. – № 1. – С. 121-127.

Моросанова В.И. Индивидуальный стиль саморегуляции в произвольной активности человека // Психологический журнал. – 1995. – №4. – С. 26-35.

Моросанова В.И. Индивидуальный стиль саморегуляции: феномен, структура и функции в произвольной активности человека. – М.: Наука, 1998.

Моросанова, В.И. Субъект и личность в исследованиях осознанной саморегуляции произвольной активности человека // Личностные и когнитивные аспекты саморегуляции деятельности человека / Под ред. В.И. Моросановой. – М., 2006. – С.3-10.

Москаль И.В. Недобровольная госпитализация психически больных: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1994. – 26 с.

Наку А.А. Динамика в системе факторов риска опасного поведения больных шизофренией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.. – М., 1988. – 24 с.

Недопил Н. Амбулаторное судебно-психиатрическое лечение. Судебная психиатрия. – Штутгарт, 2007. – Гл. 5, 16.

Никонов В.П. Роль сотрудников МВД в предупреждении общественно опасных действий психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. – 1994. – Т. 4. – № 4. – С. 97-100.

Печерникова Т.П., Шостакович Б.В., Валитов Р.О. и др. О повторных поступлениях в психиатрические больницы на принудительное лечение // Организационные вопросы судебно-психиатрической экспертизы и принудительного лечения. – М., 1984. – С.26-32.

Полубинская С.В. Исполнение принудительных мер медицинского характера: юридический, исторический и сравнительно-правовой аспекты: Аналитический обзор. – М.: ФГБУ “ГНЦ ССП им. В.П. Сербского”, 2013. – 44 с.

Полубинская С.В., Макушкина О.А. Нормативно-правовые аспекты организации амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра лиц, совершивших преступление против половой неприкосновенности несовершеннолетних и страдающих расстройством сексуального предпочтения (педофилией): Информационное письмо. – М.: ФГБУ “ГНЦССП им. В.П. Сербского”, 2013. – 8 с.

Приказ МЗ РФ и МВД РФ от 30 апреля 1997 г. № 133/269 “О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами” // Медицинская газета, 19 сентября 1997 г., №73.

Приказ Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 г. № 566н “Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения”. – Российская газета, 25 июля 2012 г.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре: Руководство для врачей / Под ред. В.П. Котова. – М.: ГНЦ ССП им. В.П.Сербского, 2006. – 345 с.

Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я. Гуровича и А.Б. Шмуклера. – М., 2002.

Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 1998. – 752 с.

Развитие биопсихосоциального подхода в сфере охраны психического здоровья / Под ред. Н.А. Корнетова, А.П. Агаркова. – Томск, 2005.

Развитие служб психического здоровья / Под ред. Б.А. Казаковцева. – М.: ГЭОТАР-Медиа-М, 2009. – 672 с.

Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика: методики и тесты. – Самара, 2001.

Рудестам К. Групповая психотерапия. – СПб.: Питер, 1998. – 384 с.

Рыбальский М.И. Диспансеризация психически больных с общественно опасными тенденциями и действиями // Труды I Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. – М., 1963. – Т. 2. – С. 408-418.

Семенов Б.В. Повторные общественно опасные действия больных пизофрениями: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1984. – 24с.

Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб: Питер, 2001. – 272 с.

Тукаев Р.Д. Оценка эффективности психотерапии с позиции медицины, основанной на доказательствах // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – Т. 14. – № 1. – С. 87-96.

Усов Г.М. Общественная опасность лиц, страдающих психическими расстройствами (клинико-патогенетический и реабилитационных аспекты): Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – Томск, 2008. – 47 с.

Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М., 2002. – С.213-216.

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Никитина И.В., Пуговкина О.Д. Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: современное состояние проблемы. Часть 1 // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – №3. – С. 92-100.

Числов А.В. Диспансерное наблюдение больных пизофрениями, совершивших общественно опасные действия (по данным катанестического исследования): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1984. – 16 с.

Шипков С.Н. Комментарий к главе 15 Уголовного кодекса Российской Федерации и предложения по ее совершенствованию: Практическое пособие. – М., 2010. – 63 с.

Шостакович Б.В. Клинические принципы выбора формы принудительного лечения // Клинические и организационные вопросы судебной психиатрии. – Орел, 1978. – С.11-14.

Шостакович Б.В. Криминогенность при психических расстройствах и проблемы предупреждения опасных действий // Российский психиатрический журнал. – 2006. – №2. – С. 15-18.

Шумаков В.М., Соколова Е.М., Свириновский Я.Е. Клинические критерии общественной опасности больных пизофрениями: Методические рекомендации. – М., 1979. – 23 с.

Юдин Т.И. Очерки истории отечественной психиатрии. – М., 1951. – 482 с.

Яхимович Л.А. Клинические аспекты внебольничной профилактики общественно опасных действий психически больных // Клиническая и судебная психиатрия в научном наследии проф. Т.П. Печерниковой. – М., 2008. – С. 207-213.

Яхимович Л.А., Макушкина О.А., Абрамов С.В., Голланд В.В. Показатели оценки эффективности внебольничной профилактики общественно опасных действий психически больных // Судебная психиатрия.

Актуальные проблемы / Под ред. В.В. Вандыша. – М.: ФГБУ “ГНЦССП им. В.П. Сербского” Минздравсоцразвития России, 2012. – Вып. 9. – С.231-240.

Яхимович Л.А., Макушкина О.А. Роль внебольничных подразделений психиатрической службы в профилактике общественно опасных действий лиц с психическими расстройствами (исторический, организационный аспекты) // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. В.В. Вандыша. – М.: ФГБУ “ГНЦССП им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2013. – Вып. 10. – С. 188-196.

Яхимович Л.А., Макушкина О.А. Проблемы прогнозирования риска опасного поведения больных шизофренией (информационно-статистический подход)// Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – №4 (89). – С. 51-58.

Bonta J., Hanson K., Law M. The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. Psychol. Bull. – 1997. –Vol. 123. – P. 123-142.

Dolan M. Violence risk prediction. Clinical and actuarial measures and the role of the Psychopathy Checklist // Br. J. Psychiatry. –2000. –Vol.177. –P.303-311.

Donabedian S. – Jorn. Am. Med. Ass., 1988. – Vol. 260. – P.1743-1748.

Haim R., Rabinowitz J., Lereya J., Fennig S. Predictions made by psychiatrists and psychiatric nurses of violence by patients// Psychiatr Serv. – 2002. –Vol. 53. –P. 622.

Hill C.E., Lambert M.J. Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes // Handbook of psychotherapy and behavior change. – New York: John Wiley & Sons, 2004. – P. 84-135.

Lehman A.F. Instruments for measuring quality of life in mental illness // Quality of life in mental disorders. – Chichester, 1997. – 368 p.

Monahan J. Mental disorder and violent behavior // American Psychologist. –1992. – Vol. 47. – P. 511-521.

Nedopil N. Prognosen in der forensichen Psychiatrie // Ein Hand buch fuz die Praxis. – Zenderich, 2005.

Norko M.A., Baranoski M.V. The state of contemporary risk assessment research //Can J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 50. – P.18-26.

Segal S.P., Burgess P.M. Factors in the selection of patients for conditional release from their first psychiatric hospitalization // Psychiatric services. – 2006. –Vol. 57. –P. 1614-1622.

Silver E. Mental disorder and violent victimization: the mediating role of involvement in conflicted social relationships // Criminal. –2002. –Vol.40. – P.191-212.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

**ФОРМА НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМ,
НАХОДЯЩИМСЯ НА ПЛ**

Ф.И.О. _____

История болезни № _____

Диагноз _____

Дата поступления _____

Параметр оценки / дата									
Эффективность психофармакотерапии									
Эффективность психотерапевтического процесса									
Комплаентность									
Эффективность работы с психологом									
Участие в трудовой реабилитации									
Самоконтроль									
Адекватность реакции на психогению									
Социально-динамический прогноз									
Критика к содеянному									
Критика к заболеванию									
Актуальность зависимости от алкоголя и ПАВ									
Итоговая оценка									
Дополнения и примечания									

* Оценка каждого параметра проводится в баллах
– от 1 до 8.

**ШКАЛЫ И ОПРОСНИКИ, РЕКОМЕНДУЕМЫЕ К ПРИМЕНЕНИЮ
ПРИ ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЯ ОБ ОТМЕНЕ ЛИБО ПРОДЛЕНИИ
ПММХ**

**Краткая психиатрическая оценочная шкала
(англ. Brief Psychiatric Rating Scale, сокр. BPRS)**

Краткая оценочная психиатрическая шкала – клиническая психиатрическая шкала для оценки степени выраженности продуктивной психопатологической симптоматики, разработанная Overall и Gorham в 1962 г.

Продуктивной психопатологической симптоматикой при этом являются психические расстройства, по своему содержанию демонстрирующие новое проявление психической деятельности, несуществующее в норме. Шкала создана на основе клинических данных о проявлениях продуктивной симптоматики, последующие исследования подтвердили ее структурную валидность и клиническую ценность.

Шкала состоит из 18 пунктов, оценивающих тот или иной тип продуктивной симптоматики.

Каждый пункт оценивается врачом-психиатром от 1 (расстройство не выражено) до 7 (выражено максимально).

Оценка пунктов:

- 1 – отсутствует,
- 2 – весьма незначительно,
- 3 – незначительно,
- 4 – умеренно,
- 5 – умеренно выражено,
- 6 – выражено,
- 7 – крайняя степень выраженности.

Шкала позволяет количественно и структурно оценить проявления психопродуктивной симптоматики в клинике, и может быть использована как показатель эффективности лечения.

Интерпретация

Общий балл по шкале подсчитывается как сумма всех пунктов шкалы. Увеличение балла соотносится с большей тяжестью симптоматики и состояния, уменьшение – с регрессом симптоматики и облегчением состояния.

Текст шкалы

1. Отношение к соматическому состоянию

Степень обращенности к имеющемуся состоянию физического здоровья. Оценивайте, в какой степени физическое здоровье рассматривается пациентом в качестве проблемы, вне зависимости от того, имеются ли основания для жалоб, или нет.

2. Тревога

Чрезмерная озабоченность, опасения, тревога относительно настоящего и будущего. Оценивайте лишь высказывания больного о его субъективных переживаниях. Не следует делать выводы о наличии страха по соматическим симптомам или невротическим защитным механизмам.

3. Эмоциональный уход в себя

Недостаток эмоционального контакта с собеседником и недостаточный учет ситуации осмотра. Оценивайте лишь то, насколько больному не удается установить эмоциональный контакт с другими лицами в ситуации общения.

4. Распад мыслительных процессов

Степень, до которой мыслительный процесс оказывается спутанным, инкогерентным или разорванным. Оценивайте лишь интеграцию вербальных выражений, а не субъективное впечатление, имеющееся у больного о своих мыслительных возможностях.

5. Чувство вины

Чрезмерная озабоченность или угрызения совести относительно прежнего поведения. Оценивайте субъек-

ективное переживание вины на основе высказываний больного и их аффективного сопровождения. Не следует делать вывод о наличии чувства вины лишь потому, что обнаруживаются депрессия, тревога или невротическая защита.

6. Напряженность

Признаки напряженности, “нервности” и повышенной двигательной активности в моторике. Описывайте лишь двигательные признаки напряженности, а не субъективные переживания больного.

7. Манерность, вычурность поведения

Бросающиеся в глаза особенности психомоторики, необычный рисунок двигательного поведения, выделяющий определенных психически больных из группы “нормальных”. Оценивайте лишь качественные отклонения картины моторики, а не просто повышенную двигательную активность.

8. Идеи величия

Повышенная самооценка, убежденность в собственной необыкновенной силе и способностях. Оценивайте лишь высказывания больных о себе или в сравнении с другими, но не поведение в ситуации беседы.

9. Депрессивное настроение

Подавленность, печаль. Оценивайте лишь степень подавленности. Не делайте выводов на основании таких сопутствующих депрессивных проявлений, как общая заторможенность и соматические симптомы.

10. Враждебность

Недоброжелательность, уничижительное, презрительное отношение, враждебность к лицам вне ситуации осмотра. Оценивайте лишь высказывания больного о своих чувствах и действиях по отношению к другим. Не следует делать выводы о враждебности на основании наличия невротической защиты, тревоги или соматических симптомов. Поведение относительно проводящего осмотр

оценивается в п.14 (снижение установки на сотрудничество с врачом).

11. Подозрительность, параноидные содержания

Убежденность (бредовая или иная) в том, что окружающие имеют или имели желание причинить вред больному или отрицательно оценивали его. Оценивайте лишь те подозрения, которые основываются на устойчивых соответствующих высказываниях, вне зависимости от того, касаются ли они недавних или более ранних ситуаций.

12. Галлюцинации

Восприятия, не основанные на соответствующих нормальных внешних раздражителях. Оценивайте лишь такие переживания, которые, по высказываниям больного, появились в течение последних недель и которые – так, как они описывались – демонстрируют отчетливые отличия от нормального мышления и представлений.

13. Двигательная заторможенность

Снижение энергетического уровня, видимое по замедлению движений. Оценивайте лишь наблюдаемое поведение больного, а не его субъективное впечатление о своей бодрости.

14. Снижение установки на сотрудничество с врачом

Очевидное сопротивление, недовольство, предубежденность и недостаточная готовность сотрудничать с проводящим осмотр. Оценивайте лишь установку больного и его реакции на проводящего осмотр и на ситуацию осмотра. Не оценивайте высказывания, свидетельствующие об отсутствии установки на сотрудничество вне ситуации осмотра.

15. Вычурность мышления

Необычные, странные, причудливые или вычурные по содержанию мысли и высказывания. Оценивайте лишь степень необычности, а не степень распада про-

цесса мышления (формальные нарушения мышления учитываются в п.4).

16. Аффективная уплощенность, притупление

Редуцированная эмоциональность, очевидный недостаток нормальных чувств и вовлеченности.

17. Возбуждение

Повышенная эмоциональность, ажитированность, повышенная амплитуда реакций.

18. Нарушения ориентировки

Спутанность или недостаточная способность к ориентировке в месте, времени или окружающих лицах.

Шкала негативной симптоматики (англ. Scale for the Assessment of Negative Symptoms, сокр. SANS)

Шкала негативной психопатологической симптоматики – клиническая рейтинговая шкала для оценки структуры и степени выраженности негативной психопатологической симптоматики, была создана N. Andersen в 1982 г. как психопатологическая шкала для клинической оценки состояния психически больных. Она предназначена для количественной и структурной оценки негативных психопатологических расстройств – симптомов, проявляющихся в снижении или отсутствии существующего в норме психического феномена.

Шкала оценки негативных симптомов содержит 25 симптомов, которые группируются в субшкалы: уплощение и ригидность аффекта (1–8), нарушения речи (9–13), апатоабулические расстройства (14–17), ангедония – асоциальность (18–22), внимание (23–25).

Каждый из признаков также оценивается по степени тяжести от 0 до 5.

Общий балл по подшкалам и шкале в целом определяется простым суммированием баллов по соответствующим пунктам. Нарастание (утяжеление) симптоматики отражается как повышение балла, редукция симптоматики – как снижение.

Основная область применения шкалы – клинические исследования эффективности психофармакотерапии. Благодаря значительному количеству пунктов и наличию подшкал имеется возможность дифференцированной оценки влияния препаратов на негативную симптоматику.

Оценка пунктов:

- 0 – нарушение отсутствует
- 1 – нарушение спорно
- 2 – в легкой степени
- 3 – умеренно
- 4 – выражено
- 5 – тяжелые нарушения

Текст шкалы

I. Уплотнение и ригидность аффекта

- 1. Обеднение мимики
- 2. Снижение спонтанной подвижности
- 3. Обеднение выразительности моторики
- 4. Избегание контакта взглядом
- 5. Уплотнение аффекта
- 6. Неадекватность аффекта (паратимии)
- 7. Монотонность, снижение выразительности речи
- 8. Субъективное ощущение потери эмоций

II. Нарушения речи

- 1. Обеднение словарного запаса
- 2. Обеднение тематики разговора
- 3. Обрывы мыслей
- 4. Ответы с задержкой
- 5. Субъективная оценка нарушений речи

III. Апатобулические расстройства

- 1. Уход за собой
- 2. Снижение продуктивности в работе или учебе
- 3. Снижение физического энергетического потенциала
- 4. Субъективная оценка апатобулических нарушений

ний

IV. Ангедония – асоциальность

1. Активность свободного времени
2. Сексуальные интересы
3. Способность чувствовать интимность и близость
4. Отношения с родными и коллегами (аутизм)
5. Субъективное осознание ангедонии – асоциальности

V. Внимание

1. Невнимательность в контакте
2. Невнимательность при психологическом тестировании
3. Субъективное восприятие снижения концентрации внимания

Шкала позитивной и негативной психопатологической симптоматики (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS)

Шкала позитивной и негативной симптоматики – клиническая рейтинговая шкала, предназначенная специально для многомерной оценки психопатологической симптоматики у больных шизофренией, особенно для выявления и регистрации позитивных и негативных синдромов в соответствии с концепцией Т. Кроу (1980) и Н. Андреасен (1982).

Это четко сформулированная, стандартизованная методика для оценки позитивных и негативных симптомов. Важно, что вся процедура проводится в относительно короткое время и может использоваться многократно для оценки динамики состояния, в том числе под влиянием терапии.

Современная версия шкалы состоит из 33 признаков, оцениваемых на основании формального полуструктурированного или полностью структурированного клинического интервью и других источников информации. Выраженность симптома оценивается по 7-балльной системе. Для каждого симптома и градаций его выра-

женности дается определение и точная инструкция по его выявлению.

Шкала позволяет проводить стандартизованную оценку различных векторов психопатологической симптоматики шизофрении, определять клинический профиль больного и прослеживать динамику состояния в процессе терапии.

Шкала позволяет количественно оценить:

- тяжесть продуктивной симптоматики по Шкале позитивных синдромов (7 признаков);
- тяжесть негативной симптоматики по Шкале негативных синдромов (7 признаков);
- композитный индекс (позитивная симптоматика минус негативная);
- выраженность других психических нарушений по Общей психопатологической шкале (16 признаков);
- риск возможной агрессии (3 дополнительных признака вместе с анамнестическими данными);
- дополнительно также возможна оценка по 5 кластерам – анергия, нарушения мышления, возбуждение, параноидное поведение и депрессия.

Сгруппированные в Шкалу позитивных синдромов 7 признаков оценивают параметры, которые являются избыточными к нормальному психическому статусу, другие 7 симптомов составляют Шкалу негативных синдромов, оценивающую признаки, недостаточные для нормального психического статуса. Композитный индекс (разница между суммой баллов позитивных и негативных симптомов) устанавливает степень преобладания синдромов одного регистра над другим. Общепсихопатологическая шкала оценивает тяжесть шизофренического расстройства в целом. Также позволяют оценить риск агрессивного поведения 3 дополнительных симптома.

Бланк методики

Градации выраженности признака:

- 1 (езде) – признак отсутствует,
- 2 (езде) минимальная – наличие патологии спорно, может быть представлена граница нормы,
- 3 – слабая,
- 4 – умеренная,
- 5 – умеренная до сильной,
- 6 – сильная,
- 7 – крайняя.

Ниже представлены описания градаций 3 – 7 для отдельных признаков.

Субшкала позитивной симптоматики (Р)

Р1. Бред

Необоснованные, нереалистичные и идиосинкратические убеждения. Материал для оценки: содержание мышления, выявленное в беседе, и его влияние на социальные отношения и поведение по данным объективного обследования.

3. Одна-две неопределенные, не достигшие уровня кристаллизации, нестойкие идеи, не отражающиеся на мышлении, социальных отношениях или поведении.

4. Калейдоскоп плохо сформированных, нестойких идей, или немногие, хорошо сформированные идеи, иногда отражающиеся на мышлении, социальных отношениях и поведении.

5. Множественные хорошо сформированные стойкие идеи иногда отражающиеся на мышлении, социальных отношениях и поведении.

6. Стабильный комплекс кристаллизованных, иногда систематизированных стойких идей, отчетливо отражающихся на мышлении, социальных отношениях и поведении.

7. Стойкая, высоко систематизированная идея или комплекс стойких многочисленных идей, доминирующих

в основных сферах жизни больного и часто проявляющихся в неадекватных и безответственных поступках, которые могут угрожать безопасности больного и окружающих.

Р2. Дезорганизация мышления

Дезорганизация мышления, характеризующаяся разрушением ее целенаправленной упорядоченности (обстоятельность, тангенциальность, разрыхление ассоциаций, произвольность выводов, паралогии, шперунги). Материал для оценки: когнитивно-вербальные процессы, наблюдаемые в ходе беседы.

3. Мышление обстоятельно, тангенциально или паралогично. Целенаправленность мышления затруднена, в состоянии напряжения могут отмечаться признаки разрыхления ассоциаций.

4. Больной в состоянии сосредоточиться, когда вопросы коротки и четко структурированы, но при более сложных вопросах или минимальном напряжении ответы становятся неопределенными или неадекватными.

5. Затруднения в организации мышления постоянны, что подтверждает наличие частой неадекватности, разорванности или разрыхления ассоциаций даже не в состоянии напряжения.

6. Целенаправленность мышления серьезно нарушена, оно внутренне рассогласовано, что проявляется в грубой неадекватности и разрушении мыслительных процессов, наблюдаемых почти постоянно.

7. Разорванность мышления достигает степени полной бессвязности, выраженное разрыхление ассоциаций (“словесный салат”) делает вербальное общение полностью невозможным.

Р3. Галлюцинаторное поведение

Словесное сообщение или поведение, указывающие на наличие содержаний восприятия, не вызванных внешними стимулами. Могут быть вовлечены слуховая, зрительная, обонятельная или соматическая сферы чувственного восприятия. Материалом для оценки являются

словесные сообщения и физические проявления в ходе беседы, а также объективные данные наблюдения за поведением больного.

3. Один-два отчетливых, но редких галлюцинаторных эпизода или более частые, но нечеткие эпизоды, не отражающиеся на мышлении или поведении.

4. Галлюцинаторные эпизоды часты, но непостоянны и лишь незначительно отражаются на мышлении и поведении больного.

5. Галлюцинации часты, отражаются на мышлении и поведении; может вовлекаться более чем одна сфера восприятия.

6. Галлюцинации почти постоянны, вызывают выраженные нарушения мышления и поведения. Критика к ним отсутствует, частые эмоциональные и словесные ответы больного на галлюцинаторные стимулы затрудняют его повседневное функционирование.

7. Пациент практически полностью погружен в галлюцинаторные переживания, доминирующие в мышлении и поведении. Чувственные обманы сопровождаются стойкой бредовой интерпретацией и вызывают словесные и поведенческие ответы больного, включая подчинение императивным галлюцинациям.

Р4. Психомоторное возбуждение

Гиперактивность, проявляемая в ускорении моторики, повышенной реакции на стимуляцию, повышенном уровне бодрствования или чрезмерной лабильности аффекта. Материал для оценки: поведенческие проявления в ходе беседы и сведения от персонала и родственников.

3. Слегка взволнован в беседе, повышен уровень бодрствования, но без отчетливых эпизодов возбуждения или выраженной эмоциональной лабильности. Речь может быть слегка ускорена.

4. В беседе отчетливо заметны ажитация и возбужденность, отражающиеся на речи и моторике в целом; временами могут наблюдаться эпизодические вспышки психомоторного возбуждения.

5. Значительная гиперактивность или частые вспышки психомоторного возбуждения, мешающие усидеть на месте более нескольких минут в любое данное время.

6. Преобладающее выраженное возбуждение ограничивает внимание и до известной степени затрудняет еду и сон.

7. Выраженное возбуждение серьезно затрудняет еду и сон, делая межличностное взаимодействие практически невозможным. Ускорение речи и двигательная ажитация могут привести к бессвязности речи и полному изнеможению.

Р5. Идеи величия

Завышенная самооценка и нереалистичная убежденность в собственном превосходстве с бредовыми идеями своих чрезвычайных способностей, богатства, знаний, знаменитости, власти и моральных качеств. Материалом для оценки является выраженное содержание мышления и его влияние на поведение.

3. Очевидно некоторое завышение самооценки или демонстрация собственного превосходства без отчетливых идей величия.

4. Отчетливая и нереалистичная демонстрация собственного превосходства. Отдельные диффузные бредовые идеи своего особого положения или способностей могут присутствовать, не отражаясь на поведении.

5. Отчетливые бредовые идеи особых способностей, социального положения или власти выражаются и определяют установки, но не отражаются на поведении.

6. Отчетливые бредовые идеи собственного превосходства касаются более чем одного признака (богатство, знания, знаменитость и т.д.), отражаются на отношениях с окружающими и являются основой поведения.

7. Мышление, отношения с окружающими и поведение определяются множественными бредовыми идеями необычайной одаренности, богатства, знаний, власти и/или морального облика, которые могут приобретать причудливые формы.

Р6. Подозрительность/идеи преследования

Нереалистичные или преувеличенные идеи преследования, проявляющиеся в осторожности, подозрительности, недоверчивости или манифестных бредовых идеях дурного к себе отношения. Материал для оценки: выявленное при беседе содержание мышления и его влияние на поведение.

3. Общая настороженная или подозрительная установка минимально отражается на мышлении, отношениях с окружающими и поведении.

4. Подозрительность очевидна и мешает в беседе с больным или заметна в его поведении, без признаков бреда преследования, или же могут отмечаться признаки неочерченных бредовых идей преследования, не отражающихся на установках и межличностных отношениях больного.

5. Пациент демонстрирует выраженную подозрительность, резко отражающуюся на отношениях с окружающими, или же имеются отчетливые бредовые идеи преследования, лишь ограниченно отражающиеся на межличностных отношениях и поведении.

6. Выраженный, доминирующий бред преследования, который может быть систематизированным и заметно искажает социальное поведение.

7. Устойчивая система бреда преследования доминирует в мышлении, социальных отношениях и поведении пациента.

Р7. Враждебность

Словесное и невербальное выражение раздражения и возмущения, включая сарказм, пассивно-агрессивное поведение, вербальную и физическую агрессию. Материалом для оценки является межличностное поведение, наблюдаемое в беседе и данные объективного наблюдения.

3. Непрямое или сдержанное проявление раздражения (сарказм, неуважение, враждебные высказывания, периодическая раздражительность).

4. Демонстрирует открытую враждебность, частую раздражительность и прямые проявления раздражения или возмущения.

5. Крайне раздражителен, временами отмечаются словесные оскорбления или угрозы.

6. Нежелание сотрудничать, словесные оскорбления или угрозы заметно влияют на беседу и серьезно отражаются на социальных отношениях. Может быть вспыльчивым и ломать вещи, но не допускает физической агрессии к окружающим.

7. Выраженный гнев проявляется в полном отказе от сотрудничества или эпизодах физической агрессии к окружающим.

Субшкала негативной симптоматики (N)

N1. Уплощенный аффект

Снижение быстроты эмоционального реагирования, выразительности мимических реакций, модулированности эмоций, богатства коммуникативной жестикуляции. Материал для оценки: наблюдение за двигательным компонентом аффективного реагирования и быстротой эмоционального реагирования.

3. Мимические реакции и жесты выглядят неестественными, натянутыми или немодулированными.

4. Сужение мимического репертуара и обеднение моторики создают впечатление некоторой эмоциональной монотонности.

5. Аффект в целом уплощен, иногда отмечаются изменения выражения лица; жестикуляция крайне скупа.

6. Выраженное уплощение и дефицитарность эмоций наблюдаются практически постоянно. Возможны вспышки неадекватного выброса эмоций (возбуждение, ярость, неконтролируемый смех).

7. Мимические реакции и коммуникативная жестикуляция полностью отсутствуют. Больной постоянно демонстрирует пустой, “деревянный” аффект.

№2. Снижение эмоциональной вовлеченности

Недостаточность интереса, вовлеченности и аффективного участия в жизненных событиях. Материал для оценки: данные объективного наблюдения и коммуникативное поведение в ходе беседы.

3. Как правило, снижена инициатива, иногда недостаточный интерес к происходящему.

4. Обычно эмоционально дистанцирован от окружающего и внешней стимуляции, но может включаться при побуждении извне.

5. Отчетливо эмоционально отгорожен от лиц и событий в окружающей обстановке, сопротивляется всякой стимуляции извне, остается отстраненным, пассивно подчиняемым, безучастным, но в принципе может быть вовлечен в общение, хотя бы и на короткое время и уделяет внимание собственным нуждам, иногда при помощи извне.

6. Выраженный дефицит интереса и эмоционального участия проявляется в ограничении общения с окружающими и в частом пренебрежении личными функциями, для отправления которых он нуждается в контроле извне.

7. Больной полностью ушел в себя, недоступен контакту, безразличен к личным нуждам в результате глубокого отсутствия интереса и эмоционального участия.

№3. Снижение коммуникабельности

Недостаточность межличностной эмпатии, открытости, чувства близости, интереса к собеседнику и вовлеченности в общение. Проявляется в дистанцированности, снижении уровня словесной и невербальной коммуникации. Материал для оценки: коммуникативное поведение в ходе беседы.

3. Беседа ведется больным в неестественном, натянутом тоне, может отсутствовать эмоциональная глубина или поддерживаться безличный интеллектуализированный стиль контакта.

4. По большей части держится отчужденно, с очевидной дистанцированностью, отвечает на вопросы механически, выглядит скучающим или демонстрирует отсутствие заинтересованности.

5. Отсутствие вовлеченности очевидно и отчетливо снижает продуктивность беседы. Может стремиться избегать смотреть собеседнику в глаза.

6. Выраженно безразличен и дистанцирован, ответы формальны, мало невербальных признаков вовлеченности, частое избегание контакта взглядом.

7. Совершенно не вовлечен в беседу, выглядит полностью безразличным и постоянно избегает словесного и невербального взаимодействия в беседе.

№4. Пассивная/апатическая социальная самоизоляция

Снижение интереса и инициативы в социальном взаимодействии вследствие пассивности, апатии, анэргии или абулии. Это приводит к снижению межличностной вовлеченности и пренебрежению активностями повседневной жизни. Материал для оценки: сведения о социальном поведении от персонала или родственников.

3. Иногда демонстрирует интерес к социальной активности при слабой инициативе. Обычно включается в совместную деятельность, лишь получив первоначальный стимул от окружающих.

4. В большинстве случаев пассивно включен в социальную деятельность, участвует в ней механически, без интереса. Стремится держаться в тени.

5. Изредка включается в социальную деятельность, не проявляя ни интереса, ни инициативы. Обычно проводит мало времени с окружающими.

6. Преимущественно апатичен, изолирован, редко участвует в социальных активных действиях, иногда пренебрегая личными нуждами. Отмечаются крайне малочисленные спонтанные социальные контакты.

7. Глубоко апатичен, социально изолирован, страдают навыки самообслуживания.

№5. Нарушения абстрактного мышления

Нарушения абстрактно-символического мышления проявляются в затруднениях классификации признаков, формировании обобщений и выходов за пределы конкретного или эгоцентрического мышления в проблемно-решающих заданиях. Материал для оценки: ответы на вопросы о сходстве, истолкования смысла пословиц и использования конкретного или абстрактного модуса мышления в ходе беседы.

3. Дает буквальные или персонализированные истолкования сложных пословиц; могут быть затруднения с оценкой крайне абстрактных или отдаленно затрагивающих идей.

4. Часто использует конкретный модус мышления, истолкование пословиц затруднено в большинстве случаев, категоризация признаков – иногда. Отвлекают функциональные аспекты и бросающиеся в глаза признаки.

5. Использует преимущественно конкретный модус мышления, испытывая затруднения с большинством пословиц. Категоризация затруднена во многих случаях.

6. Неспособен понять абстрактное значение любой пословицы или фигурального выражения и может классифицировать лишь самые простые признаки сходства. Мышление или не срабатывает, или замкнуто на функциональных аспектах, бросающихся в глаза признаках и идиосинкратических интерпретациях.

7. Может использовать лишь конкретный модус мышления. Не понимает пословиц, обыденных метафор или сравнений и простых категорий сходства. Основой для классификации не могут служить даже бросающиеся в глаза функциональные признаки. Этот балл можно ставить больным, которые не способны даже к минимальному взаимодействию с проводящим обследование вследствие выраженных когнитивных нарушений.

№6. Снижение спонтанности и речевой активности

Снижение уровня коммуникации вследствие апатоабулических проявлений, дефензивности или когнитив-

ного дефицита. Это проявляется в снижении беглости и продуктивности словесного взаимодействия. Материал для оценки: когнитивно-вербальные процессы, наблюдаемые в ходе беседы.

3. Малоинициативен в беседе, ответы кратки и упрощены. Ожидает прямых и наводящих вопросов.

4. Ход беседы неровен и прерывист. Часто требуются наводящие вопросы, чтобы получить адекватный ответ и продолжить беседу.

5. Больной демонстрирует выраженный недостаток спонтанности и открытости, отвечает на вопросы лишь одной-двумя фразами.

6. Ответы главным образом в виде нескольких слов или коротких фраз, имеющих целью сократить беседу или избежать разговора (например, “не знаю”, “не могу сказать”). В результате коммуникация резко затруднена, беседа непродуктивна.

7. Вербальная продукция ограничена случайным высказыванием, что делает беседу невозможной.

N7. Стереотипность мышления

Снижение плавности, спонтанности и гибкости мышления, проявляющееся в ригидности, повторяемости и скудности его содержания. Материал для оценки: когнитивно-вербальные процессы, наблюдаемые в ходе беседы.

3. Некоторая ригидность установок и убеждений. Больной может отказаться принять альтернативную позицию или с трудом переключается с одной идеи на другую.

4. Беседа крутится вокруг повторяющейся темы, затруднен переход к другому предмету обсуждения.

5. Мышление ригидно и стереотипизировано до степени, когда, несмотря на все усилия проводящего обследование, беседа ограничена лишь 2–3 доминирующими темами.

6. Неконтролируемое повторение требований, суждений, идей или вопросов серьезно нарушает беседу.

7. В мышлении, поведении и разговоре доминирует постоянное повторение фиксированных мыслей или ограниченных фраз, что приводит к грубой ригидности, неадекватности и резкому ограничению коммуникации.

Субшкала общей психопатологии (G)

G1. Соматизация

Физические жалобы или убежденность в наличии соматического заболевания или дисфункции. Это может наблюдаться в регистре от неопределенного ощущения нездоровья до выраженных бредовых идей наличия катастрофической физической болезни. Материал для оценки: выраженное в беседе содержание мышления.

3. Отчетливая озабоченность состоянием здоровья или соматическими аспектами, проявляющаяся в эпизодических вопросах и желании успокоивания.

4. Жалобы на плохое здоровье или соматическую дисфункцию без бредовой убежденности. Повышенная озабоченность доступна успокаивающей коррекции.

5. Больной предъявляет многочисленные или частые жалобы на физическую болезнь или соматическую дисфункцию. Он может предъявлять 1–2 очерченные бредовые идеи в рамках этой тематики без чрезмерной загруженности ими.

6. Больной предъявляет одну или несколько очерченных бредовых идей, касающихся физической болезни или органической дисфункции, но аффективно не полностью погружен в эти темы и, при некотором усилии, может быть отвлечен от них в ходе беседы.

7. Многочисленные и часто предъявляемые соматические бредовые идеи или немногочисленные идеи катастрофического содержания, полностью доминирующие в мышлении и аффекте больного.

G2. Тревожность

Субъективное восприятие нервозности, озабоченности, опасений или беспокойства от излишней фиксации на на-

стоящем или будущем до чувства паники. Материал для оценки: словесный отчет в ходе беседы и соответствующие физические проявления.

3. Выражает некоторую озабоченность, излишнюю сосредоточенность или субъективное беспокойство без объективно сопутствующих соматических и поведенческих проявлений.

4. Пациент сообщает об отчетливых симптомах нервозности, отражающихся в слабых физических проявлениях, например, легком треморе пальцев рук или повышенной потливости.

5. Пациент сообщает о серьезном чувстве тревоги с существенными физическими и поведенческими проявлениями, такими как выраженное напряжение, затруднение сосредоточения, сильное сердцебиение или нарушения сна.

6. Субъективное состояние почти постоянного страха, связанного с фобиями, выраженным беспокойством или множественными соматическими проявлениями.

7. Повседневная жизнь больного серьезно дезорганизована тревогой, присутствующей почти постоянно и временами достигающей степени паники или проявляющейся в панических приступах.

Г3. Чувство вины

Чувство раскаяния или упреки в собственный адрес за реальные или воображаемые проступки в прошлом. Материал для оценки: словесный отчет в ходе беседы и влияние на установки и мысли.

3. При расспросах выявляется смутное чувство вины или упреков себе за малозначащие поступки; пациент не демонстрирует видимой поглощенности этими идеями.

4. Пациент выражает отчетливую озабоченность собственной ответственностью за реальный жизненный эпизод, но не поглощен этим, идеи не доминируют в установках и поведении.

5. Пациент выражает сильное чувство вины, связанное с порицанием себя или убеждением в том, что

он заслуживает наказания. Чувство вины может иметь бредовую основу, сопровождаться депрессивным аффектом; больной фиксирован на этой теме, заговаривает о ней спонтанно и может быть лишь с трудом отвлечен от нее во время беседы.

6. Выраженные идеи вины приобретают бредовое качество и ведут к установке безнадежности или малоценности. Пациент считает, что заслуживает сурового наказания за проступки и может рассматривать свою актуальную жизненную ситуацию как такое наказание.

7. Стойкие идеи вины доминируют в повседневной жизни пациента, он считает себя заслуживающим радикального наказания, например, пожизненного заключения, пытки или смерти. С этим могут быть связаны суицидальные мысли или приписывание причинной связи своих прошлых проступков к проблемам других людей.

Г4. Внутреннее напряжение

Явные физические проявления страха, тревоги и ажитации (мышечная напряженность, тремор, профузное потоотделение и двигательное беспокойство). Материал для оценки: словесный отчет о тревожности и остроте физических проявлений внутреннего напряжения, наблюдаемых в ходе беседы.

3. Поза и движения указывают на легкую напряженность (некоторая ригидность мышц, временами двигательное беспокойство, частая смена поз или тонкий тремор пальцев рук).

4. Выраженная нервозность разнообразно проявляется в суетливости, выраженном треморе пальцев рук, излишней потливости или нервной манерности.

5. Выраженное внутреннее напряжение заметно по множественным проявлениям – нервному ознобу, профузному потоотделению, двигательному беспокойству, существенно не отражающимся на поведении в ходе беседы.

6. Выраженное внутреннее напряжение вызывает нарушение межличностного взаимодействия. Больной может быть повышенно суетлив, неспособен усидеть на месте, демонстрирует одышку.

7. Выраженное внутреннее напряжение проявляется признаками паники или сильного двигательного возбуждения; больной мечется по комнате, не в состоянии усидеть на месте дольше минуты, в силу чего не удастся продолжить разговор.

G5. Манерность движений и поз

Движения и позы, выглядящие неловкими, неестественными, дезорганизованными или причудливыми. Материал для оценки: наблюдение за моторикой в ходе беседы, сведения от персонала и родственников.

3. Легкая неловкость движений или небольшая ригидность поз.

4. Движения заметно неловки или некоординированы, неестественная поза сохраняется в течение коротких промежутков времени.

5. Периодически наблюдаются причудливые ритуалы или выкрученная поза, или же аномальное положение сохраняется в течение продолжительных промежутков времени.

6. Частое повторение причудливых ритуалов, манерных или стереотипных движений, выкрученная поза сохраняется в течение продолжительных промежутков времени.

7. Функционирование серьезно затруднено постоянными ритуальными, манерными или стереотипными движениями, или неестественно фиксированной позой, сохраняемой почти все время.

G6. Депрессия

Чувство печали, подавленности, беспомощности и пессимизма. Материал для оценки: высказывания пациента в ходе беседы о сниженном настроении и его влиянии на установки и поведение.

3. Больной сообщает о наличии грусти или подавленности лишь при расспросах; депрессия не проявляется в основных установках и поведении.

4. Больной может спонтанно говорить о чувстве тоски или безнадежности; депрессивный аффект не имеет выраженного влияния на (социальное) поведение и пациента обычно удается ободрить.

5. Выраженный депрессивный аффект сопровождается очевидной тоской, пессимизмом, утратой социальных интересов, психомоторной заторможенностью, нарушениями сна и аппетита. Ободрить пациента удастся с трудом.

6. Резкое снижение настроения сопровождается стойкой душевной болью, чувством собственной малоценности, безнадежности, частыми слезами. Кроме этого наблюдаются нарушения аппетита и/или сна, моторики, социального поведения и возможная утрата навыков самообслуживания.

7. Депрессивный аффект резко отражается на всех поведенческих функциях. К проявлениям относятся: частые слезы, выраженные соматические симптомы, нарушение сосредоточения, психомоторная заторможенность, снижение социальных интересов, утрата навыков самообслуживания. Возможны депрессивный или нигилистический бред, суицидальные мысли или суицидальное поведение.

Г7. Двигательная заторможенность

Снижение двигательной активности, проявляющееся в замедлении или обеднении движений и речи, снижении реакций на стимуляцию и мышечного тонуса. Материал для оценки: проявления в ходе беседы и сведения от персонала и родственников.

3. Легкое, но заметное снижение объема движений и речи. Несколько снижена продуктивность больного в разговоре и жестикуляции.

4. Движения больного отчетливо замедлены, речь характеризует бедная продуктивность, включающая

замедление ответа, продолжительные паузы или замедление темпа беседы.

5. Выраженное снижение двигательной активности делает коммуникацию чрезвычайно непродуктивной или ограничивает функционирование в социальных взаимодействиях и занятости. Обычно больной сидит или лежит.

6. Движения крайне замедлены, что проявляется в минимуме активности и речи. По существу день проводится в праздном сидении или лежании.

7. Больной почти полностью обездвижен и практически не реагирует на внешнюю стимуляцию.

G8. Негативизм

Активный отказ следовать побуждениям лиц значимого окружения, включая проводящего обследование, персонал или родственников, что может сопровождаться недоверием, оборонительной позицией, упрямством, негативизмом, отверганием авторитетов, враждебностью или агрессивностью. Материал для оценки: межличностное поведение, наблюдаемое в ходе беседы и сведения от персонала и родственников.

3. Следует побуждениям извне с выражением возмущения, нетерпимости или сарказма. Может неагрессивно противиться зондированию чувствительных тем в ходе беседы.

4. Временами – прямой отказ следовать нормальным социальным требованиям (застелить постель, укладываться в режим отделения и т.д.). Больной может демонстрировать враждебную, оборонительную или негативную позицию, но обычно доступен какому-то сотрудничеству.

5. Больной часто не уступает требованиям среды и может характеризоваться окружающими как “изгой”. Негативное отношение к сотрудничеству проявляется в очевидной оборонительной позиции или раздражительности с проводящим обследование и возможным нежелании затрагивать многие вопросы в беседе.

6. Больной в высшей степени не склонен к сотрудничеству, негативистичен, имеет установку враждебности, отказывается следовать большинству социальных требований и может отказываться от проведения или окончания беседы.

7. Активное сопротивление является серьезной помехой практически во всех основных сферах функционирования. Больной может отказываться включаться в любую социальную активность, соблюдать личную гигиену, общаться с родственниками или персоналом и участвовать в беседе даже короткое время.

G9. Необычное содержание мышления

Мышление характеризуют странные, фантастические или причудливые идеи, начиная от необычных или далеких от реальности вплоть до искаженных, алогичных и очевидно абсурдных. Материал для оценки: содержание мышления, выражаемое в ходе беседы.

3. Содержание мышления несколько странное или идиосинкратическое, или же известные идеи рассматриваются в неадекватном контексте.

4. Идеи часто искажены или иногда выглядят весьма причудливо.

5. Больной выражает много странных и фантастических мыслей (например, что он усыновлен королем, он – приговоренный к смерти беглец) или некоторые, очевидно абсурдные (например, что у него сотни детей, что он получает сообщения из космоса через зубную пломбу).

6. Больной выражает много алогичных или абсурдных идей, или несколько отчетливо причудливых (например, что у него 3 головы, что он инопланетянин).

7. Мышление изобилует абсурдными, причудливыми и гротескными идеями.

G10. Дезориентировка

Недостаточное осознание своей связи с окружающим, включая лица, место и время, вследствие нарушения со-

знания или ухода в себя. Материал для оценки: ответы на вопросы об ориентировке в ходе беседы.

3. Ориентировка в целом адекватна, но имеются затруднения относительно отдельных признаков. Например, больной знает, где находится, но не может назвать адрес; знает фамилии сотрудников отделения, но не может назвать их функции; знает месяц, но путает день недели со смежным днем или ошибается, называя дату, на более, чем два дня. Сужение интереса может проявляться в знакомстве с непосредственным, но не более далеким окружением, как например, способность идентифицировать сотрудников отделения, но не губернатора или президента.

4. Лишь частично удастся ориентировка в окружающем, месте и времени. Например, больной знает, что он госпитализирован, но не знает, куда; знает название города, но не района или области; знает фамилию лечащего врача, но не других, непосредственно обслуживающих его лиц; знает год и время года, но неточно называет месяц.

5. Значительные затруднения ориентировки в окружающем, месте и времени. Больной имеет лишь смутное представление о том, где находится и считает незнакомыми большинство окружающих его лиц. Он может правильно или почти правильно назвать год, но не месяц, день недели или даже время года.

6. Выраженная невозможность ориентировки в окружающих, месте и времени. Например, больной не знает, где находится, путает дату больше, чем на год, может назвать лишь 1–2 из близких, знакомых.

7. Больной полностью дезориентирован в социальном окружении, месте и времени. Грубая спутанность или полное незнание своего местонахождения, текущего года и большинства окружающих лиц, таких как родители, супруг, друзья и лечащий врач.

G11. Снижение внимания

Нарушение фокусированного восприятия проявляется в снижении сосредоточения, отвлекаемости от внутренних

и внешних стимулов и трудности в мобилизации, поддержании или переносе фокуса на новый стимул. Материал для оценки: проявления в ходе беседы.

3. Ограничение концентрации проявляется в эпизодической отвлекаемости или неустойчивости внимания к концу беседы.

4. Разговор затруднен повышенной отвлекаемостью, сложностью длительного сосредоточения на данной теме или переключением внимания на другую тему.

5. Разговор серьезно нарушен плохим сосредоточением, отвлекаемостью и затруднением в адекватном переключении фокуса внимания.

6. Внимание больного может быть мобилизовано лишь на короткие моменты или с большим усилием, вследствие выраженной отвлекаемости внутренними или внешними стимулами.

7. Нарушения внимания делают невозможным даже кратковременный разговор.

G12. Нарушение суждений и критики

Нарушенное восприятие или понимание собственного психического статуса и жизненной ситуации проявляется в невозможности признания перенесенных в прошлом или имеющих в настоящий момент психических заболеваний или симптомов, отрицании нужды в психиатрической госпитализации или лечении, решениях, продиктованных неверным предвидением последствий и нереалистичным кратко- и долгосрочным планированием. Материал для оценки: содержание мышления, выражаемое в ходе беседы.

3. Признает наличие психического расстройства, но явно недооценивает его серьезность, необходимость лечения или важность принятия мер для предотвращения рецидива. Планирование будущего может быть неадекватным.

4. Больной демонстрирует лишь неопределенное или поверхностное сознание болезни. Могут быть колебания в признании себя больным или недостаточное осознание

наличия таких основных симптомов, как бред, дезорганизация мышления, подозрительность и социальная самоизоляция. Больной может признавать необходимость лечения менее значимых симптомов, таких как тревога, внутреннее напряжение и нарушения сна.

5. Признает наличие психических расстройств в прошлом, но не в настоящий момент. Будучи в конфликте с самим собой, может допустить возможность присутствия незначительных или не связанных с психикой симптомов, давая им грубо неадекватное или бредовое объяснение. Необходимость психиатрического лечения также не признается.

6. Больной отрицает, что когда-либо был болен психически, отвергает наличие психических симптомов в прошлом или настоящем и, хотя и пассивно подчиняясь, не считает психиатрическое лечение и госпитализацию необходимыми.

7. Настойчивое отрицание психического заболевания в прошлом и сейчас. Госпитализация и лечение в данный момент получают бредовое истолкование (например, как наказание за проступки, действия преследователей и т.п.), вследствие чего больной может отказываться от сотрудничества с врачами, приема лекарств или других форм лечения.

G13. Волевые нарушения

Нарушения произвольной инициативы, поддержания и контроля собственных мыслительных процессов, поведения, движений и речи. Материал для оценки: содержание мышления и поведение в ходе беседы.

3. Очевидна некоторая нерешительность в разговоре и мышлении, которая в незначительной степени может препятствовать вербальным и когнитивным процессам.

4. Больной часто амбивалентен и демонстрирует отчетливые затруднения в принятии решений. Разговор может становиться неясным в результате инкогерентности мышления, что вызывает отчетливое снижение вербального и когнитивного функционирования.

5. Волевые нарушения дезорганизуют мышление и поведение. Больной демонстрирует выраженную нерешительность, препятствующую началу и продолжению социальной и двигательной активности, что может проявляться также в задержках речи.

6. Волевые нарушения препятствуют выполнению простых, автоматических двигательных функций, таких как уход за собственной внешностью, и вызывают выраженные речевые расстройства.

7. Почти полная деструкция волевой сферы проявляется в грубых нарушениях движений и речи вплоть до обездвиженности и мутизма.

G14. Снижение контроля побуждений

Расстройство регуляции и контроля действий в силу внутренних побуждений, проявляющееся во внезапных, немодулированных, произвольных или неверно направленных вспышках напряжения и эмоций без учета дальнейших последствий. Материал для оценки: поведение в ходе беседы и сведения от персонала и родственников.

3. Больного легко рассердить или фрустрировать в условиях стресса или отказа в выполнении желаний; его поведение редко становится импульсивным.

4. Больной становится разъяренным и вербально агрессивным при минимальной провокации. Иногда может угрожать, ломать вещи или демонстрировать 1–2 эпизода физической конфронтации или неопасной драки.

5. Больной демонстрирует повторные импульсивные эпизоды вербальной агрессии, порчи вещей или физических угроз. Могут быть 1–2 эпизода серьезного нападения на окружающих, делающих необходимыми изоляцию, физическое ограничение или седативную медикацию.

6. Больной часто импульсивно агрессивен, угрожает, навязчив с требованиями, ломает вещи без какого-либо учета последствий. Демонстрирует агрессивное (в том числе сексуальное) поведение, возможно, под воздействием галлюцинаций.

7. Больной демонстрирует попытки убийства, сексуального насилия, повторной грубой жестокости или саморазрушающего поведения. Требуется постоянного непосредственного наблюдения или внешних ограничений в силу неспособности контролировать опасные побуждения.

G15. Аутизация

Поглощенность внутренне продуцируемыми мыслями, чувствами и аутистическими переживаниями в ущерб ориентировке в действительности и адаптивному поведению. Материал для оценки: межличностное общение, поведение, наблюдаемые в ходе беседы.

3. Чрезмерная фиксация на личных нуждах или проблемах приводит к тому, что разговор крутится вокруг эгоцентричных тем, в то время как окружающим уделяется недостаточно внимания.

4. Больной иногда выглядит ушедшим в себя, как бы мечтающим или занятым внутренними переживаниями, что до некоторой степени может затруднять общение.

5. Больной часто выглядит погруженным в аутистические переживания, что значительно нарушает социальное и коммуникативное функционирование, проявляясь в том числе в отсутствующем взгляде, разговоре с самим собой или двигательных стереотипах.

6. Выраженная погруженность в аутистические переживания, серьезно ограничивающая сосредоточение, способность общаться и ориентироваться в окружающем. Больной часто выглядит улыбающимся, смеющимся, бормочущим, разговаривающим с самим собой.

7. Грубая поглощенность аутистическими переживаниями, глубоко нарушающая все значимые сферы функционирования. Больной постоянно вербально и поведенчески реагирует на галлюцинации и почти не замечает других людей и окружающее.

G16. Активная социальная изоляция

Снижение контактов с окружающими, связанное с неоправданным страхом, враждебностью или недове-

рием. Материал для оценки: сообщения о социальном функционировании от персонала и родственников.

3. Больной чувствует себя неловко в присутствии окружающих и предпочитает проводить время один, хотя при внешней стимуляции выполняет социальные функции.

4. Больной неохотно участвует во всех или большинстве видов социальной активности, но с уговорами, может преждевременно прекратить их в силу тревоги, подозрительности или враждебности.

5. Больной в страхе или с раздражением держится в стороне от многих социальных контактов вопреки усилиям окружающих вовлечь его в общение. Время, свободное от мероприятий распорядка дня, стремится проводить в одиночестве.

6. Больной участвует лишь в очень немногих социальных мероприятиях из-за страха, враждебности или недоверия. При попытке вступить с ним в общение стремится прервать контакт; в целом выглядит изолированным от окружающих.

7. Больного невозможно вовлечь в социальное взаимодействие в силу выраженного страха, враждебности или идей преследования. Стремится всеми силами избежать всяких контактов, оставаясь изолированным от окружающих.

Шкала глобального функционирования (англ. Global Assessment of Functioning Scale, сокр. GAF или Global Assessment Scale, сокр. GAS)

Шкала глобального функционирования – клиническая оценочная шкала, предназначенная для наиболее общей оценки способности к повседневному функционированию психически больных.

Шкала состоит из нескольких пунктов, каждый из которых сопровождается подробным описанием особенностей функционирования и диапазоном баллов, в него входящих. Клиницист, при необходимости (с привлече-

нием других специалистов), относит пациента к одному из диапазонов и выставляет конкретный балл, исходя из того, ближе пациент к верхней или нижней границе диапазона функционирования. Кроме постановки балла, в соответствии с состоянием на текущий момент, выставляется наивысший балл с учетом функционирования в течение последнего года.

Текст шкалы

100–91 балл

Симптомы отсутствуют, превосходное функционирование в широком диапазоне сфер; жизненные проблемы не выходят из-под контроля; другие люди ищут общения с индивидом из-за его душевной теплоты и цельности натуры.

90–81 балл

Симптомы отсутствуют или минимальны (например, умеренная тревожность перед экзаменами), сохраняется хорошее функционирование в широком диапазоне сфер; социальная эффективность; обычно удовлетворенность жизнью; повседневные заботы, которые лишь в редких случаях выходят из-под контроля (например, периодически возникающие ссоры в семье).

80–71 балл

Если симптомы присутствуют, то они кратковременны и являются ожидаемой реакцией на психосоциальный стресс (например, трудности с концентрацией внимания после семейной ссоры); не более, чем слабое ухудшение функционирования в социальной и профессиональной сферах (например, временная задержка в развитии).

70–61 балл

Некоторые слабые симптомы (напр., депрессивное настроение и умеренная бессонница) или некоторые затруднения в социальной и профессиональной сферах (например, периодические прогулы в школе, институте, кражи из дома). Как правило, функционирование до-

статочно хорошее; индивид имеет осмысленные межличностные взаимоотношения.

60–51 балл

Умеренные симптомы (например, уплотненный аффект и патологическая обстоятельность, внезапные панические атаки) или умеренное затруднение в социальной и профессиональной сферах (например, друзей немного, конфликты с ровесниками и коллегами по работе).

50–41 балл

Серьезные симптомы (например, суицидальные идеи, ярко выраженные обсессивные ритуалы, частые кражи из магазинов) или серьезное ухудшение функционирования в социальной и профессиональной сферах (например, полное отсутствие друзей, неспособность сохранения рабочего места).

40–31 балл

Выраженное ухудшение в различных сферах, таких как работа, семейные отношения, рассудочность, мышление или настроение (например, депрессивная женщина избегает друзей; пренебрежение семьей; неспособность выполнять работу), или некоторое ослабление в оценке реальности или общении (например, речь временами невразумительна, нелогична или не относится к делу), или единичная серьезная суицидальная попытка.

30–21 балл

Поведение в значительной степени определяется бредовыми идеями и галлюцинациями или значительное затруднение в общении или критики (например, временами бессвязен, совершает грубо неадекватные поступки, суицидальная настроенность) или неспособность функционировать в большинстве сфер (например, индивид целыми днями лежит в постели, безработный, бездомный).

20–11 балл

Нуждается в наблюдении для предотвращения нанесения вреда себе или окружающим (суицидальные

попытки, исход которых неопределен, агрессивность, маниакальное возбуждение) или для поддержания минимальной личной гигиены (испачкан фекалиями).

10–1 балл

Нуждается в постоянном наблюдении в течение нескольких дней для предотвращения нанесения вреда себе или другим или неспособен поддерживать личную гигиену (минимально), или в анамнезе серьезная суицидальная попытка с вероятным смертельным исходом.

Шкала медикаментозного комплайенса

Шкала медикаментозного комплайенса – клиническая шкала, предназначенная для определения прогноза уровня приверженности больного к длительному приему медикаментов. Была создана в 2012 г. в НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Авторы: Н.Б. Лутова, А.В. Борцов, А.Я. Вукс, В.Д. Вид.

Шкала заполняется лечащим врачом на основании полной информации о больном, после ознакомления с анамнезом, клиническим состоянием, подробностями субъективного отношения к лекарственной терапии, данными наблюдения медперсонала за приемом лекарств при нахождении больного в стационаре и лиц близкого окружения при нахождении больного во внебольничных условиях. Пункты шкалы градуированы, градуировки снабжены характеристиками различий.

Шкала состоит из групп пунктов, соответствующих 4 основным группам факторов, влияющих на приверженность: факторы, связанные с пациентом, с лечением, с врачом и с окружением больного.

В качестве вспомогательных методик шкала использует 3 простых и распространенных клинических шкалы: шкала глобального функционирования GAF, краткая психиатрическая оценочная шкала BPRS и шкала негативной симптоматики SANS.

Каждый пункт шкалы имеет описанные варианты и снабжен соответствующей балльной оценкой. В каждом

пункте нужно выбрать только 1 вариант, если состояние пациента соответствует нескольким вариантам, содержащимся в одном пункте, следует выбрать вариант с наибольшей степенью тяжести (наименьшим баллом).

Использование данного инструмента позволяет врачу не только выявить уровень комплайентности пациента, но и оценить значение различных факторов в формировании комплайенса конкретного больного.

Интерпретация

Общий балл выводится простым сложением величин градаций отдельных пунктов.

Характеристики градаций приведены к однозначно распознаваемым поведенческим характеристикам или установкам больного.

Успех определяется клинической квалификацией эксперта и полнотой предварительного обследования больного.

Уровень продуктивной и негативной психопатологической симптоматики оценивается с помощью шкал BPRS и SANS.

Для BPRS низкий уровень нарушений кодируется при общем балле до 40, средний – 40–60, высокий – свыше 60. Для SANS низкий уровень нарушений кодируется при общем балле менее 30, средний уровень – 30–60, высокий – свыше 60.

Низкая частота рецидивирования кодируется при наличии по данным анамнеза не свыше одного рецидива в год, средняя – при 2–3, высокая – свыше 3 рецидивов в год.

Общий уровень функционирования на производстве, в учебе, семье оценивается при помощи также несложной и широко распространенной шкалы оценки глобального функционирования (GAF). Низкий уровень нарушений кодируется при общем показателе свыше 60 баллов, средний – 40–60 баллов, высокий – менее 40 баллов.

Высокому уровню материальной поддержки окружающих в приобретении лекарств соответствует возможность

приобретения любого набора требуемых дорогостоящих препаратов, среднему – некоторых из них, низкому – лишь недорогих общедоступных лекарственных средств.

Количественные значения градаций выстроены таким образом, что нарастанию величины балла соответствует повышение уровня комплайенса. Нижний уровень градаций везде равен нулю за исключением пунктов, относящихся к пути введения препарата, при этом существенным представляется учет того, используется ли данный модус поступления лекарства на момент заполнения шкалы. При этом ноль означает как индифферентное отношение больного к данному пути введения, так и то, что он не используется. Приемлемость для больного данного способа повышает, а неприемлемость понижает общий шкальный балл на одну единицу.

Текст шкалы

Отношение к медикации

Поведение при проведении медикаментозного лечения

Самостоятельный прием лекарств	2
Прием препаратов под контролем медицинского персонала, родственников	1
Уклонение от приема лекарств (избегает приема, отказывается)	0

Заинтересованность в приеме лекарств

Активное отношение к приему препарата, понимание необходимости приема, интерес к параметрам терапии	3
Согласие на прием препарата при наличии сомнений в его эффективности	2
Пассивное согласие на прием при отсутствии надежды на эффект	1
Нежелание принимать лекарства	0

Наличие опасений, связанных с психотропным действием вообще или с возможностью появления побочных эффектов

Отсутствие необоснованных опасений относительно медикации	5
Считает, что психотропные препараты в дальнейшем могут вызвать неприятные побочные действия	4
Считает, что препараты, как и любые “химические”, т.е. не природные вещества, могут оказаться вредными для организма	3
Считает, что психотропные препараты в дальнейшем могут произвести психологический эффект “зомбирования”, “разрушения” личности	2
Негативно относится к принимаемому препарату, так как испытал на себе его субъективно тягостные побочные действия или отсутствие эффекта	1
Негативно относится к лекарствам, так как испытал на себе субъективно тягостные побочные действия или отсутствие эффекта нескольких (3 и более) препаратов	0

Психологически обусловленное саботирование медикации

Психологически обусловленное саботирование отсутствует	5
Недостаточность субъективного страдания от болезни	4
Особенности восприятия врача (проявление недоверия, недовольство контактом и т.д.)	3
Страх стигматизации (прием лекарств воспринимается как подтверждение наличия психического заболевания для себя/окружающих)	2
Особенности внутренней картины болезни	1
Наличие вторичной выгоды от болезни (обеспечение заботы родных, освобождение от ответственности и нагрузок, материальные выгоды)	0

Анамнестические сведения о нарушениях комплайенса (при их наличии)

Нет нарушений	4
Снижение дозировок лекарств	3
Нерегулярность приема лекарств	2
Прекращение приема лекарств	1
Прием нерекомендованных врачом лекарств	0

Отношение больного к принимавшимся ранее препаратам

Положительное	2
Нейтральное/ранее не принимал	1
Отрицательное	0

Оценка больным эффективности принимаемого на данный момент препарата при монотерапии

Высокая	2
Средняя	1
Низкая	0

Оценка больным эффективности принимаемой на данный момент комбинации препаратов

Высокая	2
Средняя	1
Низкая	0

Приемлемость парентерального способа введения препарата

Удовлетворен	1
Индифферентен / не используется	0
Не удовлетворен	-1

Приемлемость перорального приема препарата

Удовлетворен	1
Индифферентен / не используется	0
Не удовлетворен	-1

Удовлетворенность режимом приема препарата

Полностью удовлетворен	2
Нейтрален	1
Не удовлетворен	0

Доступность препарата

Доступен	1
Недоступность по финансовым или иным причинам	0

Информация о времени ожидаемого начала действия препарата

Получена больным	1
Не получена	0

Факторы, связанные с пациентом**Осознание болезни**

Инсайт на психологические механизмы болезни	3
Наличие критики к симптомам	2
Частичная критика	1
Отсутствие критики	0

Уровень продуктивной психопатологической симптоматики (по шкале BPRS)

Низкий	2
Средний	1
Высокий	0

Уровень негативной симптоматики (по шкале SANS)

Низкий	2
Средний	1
Высокий	0

Частота рецидивирования

Низкая	1
Средняя	2
Высокая	0

Суицидальные и прочие тенденции к саморазрушающему поведению

Низкие	2
Средние	1
Высокие	0

Глобальный уровень социального функционирования, адаптации больного (по шкале GAF)

Высокий	2
Средний	1
Низкий	0

Наличие когнитивных нарушений

Отсутствует	1
Имеется	0

Факторы, связанные с близким окружением**Уровень социальной поддержки, включая материальное содействие в приобретении лекарственных средств**

Высокий	2
Средний	1
Низкий	0

Отношение близкого окружения к медикации

Адекватное отношение	3
Отрицательное отношение друзей	2
Отрицательное отношение лечащего психотерапевта / парапрактика	1
Отрицательное / адекватное отношение семьи	0

Факторы, связанные с лечащим врачом

Терапевтический альянс

Высокий	2
Средний	1
Низкий	0

Адекватность врачебного наблюдения вне обострения

Высокая	2
Средняя	1
Низкая	0

Опросник уровня агрессивности Басса–Перри

Опросник уровня агрессивности Басса–Перри – личностная тестовая методика, направленная на диагностику агрессивности. Является продолжением Опросника уровня агрессивности Басса–Дарки, разработан в 1992 г. На русском языке адаптирован и валидизирован С.Н. Ениколоповым, Н.П. Цибульским.

Опросник используется для диагностики склонности к физической агрессии, враждебности и гневу. Его структура соответствует теоретическим положениям о 3 компонентах агрессии в концепции Басса и Перри: инструментальный компонент агрессии – “физическая агрессия”; аффективный компонент – “гнев”; когнитивный компонент – враждебность.

Опросник имеет 3-факторную структуру, из него возможно извлечение показателей шкал: “Гнев”, “Физическая агрессия” и “Враждебность”, а также интегрального показателя. Ответы на пункты формируются по 5-балльной шкале Лайкерта.

Утверждениям, используемым в опроснике, присваивается значение в баллах, равное числовому значению ответа в бланке ответов:

Не согласен	Скорее не согласен	Не могу определиться	Скорее согласен	Согласен
1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов

Подсчет баллов

Шкала	Прямые утверждения
Физическая агрессия	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9
Гнев	10, 11, 12, 13, 14, 15, 16
Враждебность	17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24

Нормативные значения

Шкала	Мужчины		Женщины	
	М	σ	М	σ
Физическая агрессия	26,49	6,22	21,53	6,49
Гнев	20,29	5,67	22,62	5,66
Враждебность	22,08	5,21	22,81	5,66
Общий показатель	68,85	13,15	66,97	13,44

Текст опросника

№ п/п	Утверждение	1	2	3	4	5
1.	Иногда я не могу сдержать желание ударить другого человека					
2.	Если меня спровоцировать, я могу ударить другого человека					
3.	Если кто-то ударит меня, я дам сдачи					
4.	Я дерусь чаще, чем окружающие					
5.	Если для защиты моих прав мне надо применить физическую силу, я так и сделаю					
6.	Некоторые люди своим обращением ко мне могут довести меня до драки					
7.	Я не могу представить себе причину, достаточную, чтобы ударить другого человека					
8.	Бывало, что я угрожал своим знакомым					
9.	Иногда я настолько выходил из себя, что ломал вещи					
10.	Я быстро вспыхиваю, но и быстро остываю					
11.	Я раздражаюсь, когда у меня что-то не получается					
12.	Иногда я чувствую, что вот-вот взорвусь					
13.	У меня спокойный характер					
14.	Некоторые мои друзья считают, что я вспыльчив					
15.	Иногда я выхожу из себя без особой причины					

16.	Мне трудно сдерживать раздражение					
17.	Бывает, что я просто схожу с ума от ревности					
18.	Временами мне кажется, что жизнь мне что-то не додала					
19.	Другим постоянно везет					
20.	Я не понимаю, почему иной раз мне бывает так горько					
21.	Я знаю, что мои так называемые друзья сплетничают обо мне					
22.	Я не доверяю слишком доброжелательным людям					
23.	Иногда мне кажется, что люди насмеются надо мной за глаза					
24.	Если человек слишком мил со мной, значит он от меня чего-то хочет					

Симптоматический опросник SCL-90-R (англ. Symptom Check List-90-Revised)

SCL-90-R включает в себя 90 утверждений, сгруппированных в ряд шкал. Каждый из 90 вопросов оценивается по 5-балльной шкале (от 0 до 4), где 0 соответствует позиция “совсем нет”, а 4 – “очень сильно”.

SCL-90 (соответственно и SCL-90-R) содержит следующие шкалы:

1. Соматизация
2. Обсессивно-компульсивные расстройства (навязчивости)
3. Интерперсональная чувствительность
4. Депрессия
5. Тревожность

6. Враждебность
7. Навязчивые страхи (фобии)
8. Паранойдность (паранойяльность)
9. Психотизм
10. Общий индекс тяжести
11. Индекс тяжести наличного дистресса
12. Число утвердительных ответов
(число беспокоящих симптомов)

Таблица базовых шкал SCL-90-R с входящими в них пунктами

Шкала	Количество пунктов	Номера пунктов
Соматизация	12	1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58
Навязчивости	10	3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65
Сензитивность	9	6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73
Депрессия	13	5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79
Тревожность	10	2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86
Враждебность	6	11, 24, 63, 67, 74, 81
Фобия	7	13, 25, 47, 50, 70, 75, 82
Паранойяльность	6	8, 18, 43, 68, 76, 83
Психотизм	10	7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90

Для получения результата по базовым шкалам необходимо вычислить среднее арифметическое значение по вопросам, входящим в эту шкалу, т.е. сложить баллы по входящим в шкалу вопросам и разделить сумму на их количество. Если по каким-то из вопросов не было получено ответов, то их исключают из подсчета. В случае,

если пропущено 20% вопросов теста (18 пунктов) или 40% вопросов какой-либо шкалы, результаты не могут считаться достоверными.

Результат по шкале GSI считается как среднее арифметическое значение всего теста, т.е. сумма баллов всех вопросов, деленная на 90.

PST равен просто количеству вопросов, на которые даны неотрицательные ответы.

PSDI – средняя тяжесть предъявляемых симптомов, вычисляется как деление общего балла всего теста на значение PST. Таким образом, при PST=90, GSI и PSDI будут равны друг другу, чем меньше значение PST, тем больше будет различие между ними.

Интерпретация основных шкал

Соматизация – Somatization (SOM)

Нарушения, называемые соматизацией, отражают дистресс, возникающий из ощущения телесной дисфункции. При интерпретации учитывают жалобы, фиксированные на кардиоваскулярной, гастроинтестинальной, респираторной и других системах. Компонентами расстройства являются также головные боли, другие боли и дискомфорт общей мускулатуры и в дополнение – соматические эквиваленты тревожности. Все эти симптомы и признаки могут указывать на наличие расстройства, хотя они могут быть и проявлением реальных соматических заболеваний.

Обсессивность-компульсивность – Obsessive-Compulsive (O-C)

Обсессивно-компульсивное расстройство отражает симптомы, которые в сильной степени тождественны стандартному клиническому синдрому с тем же названием. Эти вопросы касаются мыслей, импульсов и действий, которые переживаются индивидом как непрерывные, непреодолимые и чуждые Я. В эту шкалу также включены вопросы, касающиеся поведения или переживаний более общей когнитивной окраски.

Межличностная сензитивность – Interpersonal Sensitivity (INT)

Данное расстройство определяется чувствами личностной неадекватности и неполноценности, в особенности когда человек сравнивает себя с другими. Самоосуждение, чувство беспокойства и заметный дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия характеризуют проявления этого синдрома. Кроме того, индивиды с высокими показателями по INT сообщают об обостренном чувстве осознания собственного Я и негативных ожиданиях относительно межличностного взаимодействия и любых коммуникаций с другими людьми.

Депрессия – Depression (DEP)

Симптомы этого расстройства отражают широкую область проявлений клинической депрессии. Имеют значение симптомы дисфории и аффекта, такие как признаки отсутствия интереса к жизни, недостатка мотивации и потери жизненной энергии. Кроме того, важны чувства безнадежности, мысли о суициде и другие когнитивные и соматические корреляты депрессии.

Тревожность – Anxiety (ANX)

Тревожное расстройство характеризуется рядом симптомов и признаков, которые клинически сопряжены с высоким уровнем манифестированной тревожности. Присущи такие общие признаки, такие как нервозность, напряжение и дрожь, а также приступы паники и ощущение насилия. В качестве признаков тревожности выступают когнитивные компоненты, включающие чувства опасности, опасения и страха и некоторые соматические корреляты тревожности.

Враждебность – Hostility (HOS)

Враждебность включает мысли, чувства или действия, которые являются проявлениями негативного аффективного состояния злости. В состав пунктов входят все 3 признака, отражающие такие качества, как агрессия, раздражительность, гнев и негодование.

Фобическая тревожность – Phobic Anxiety (PHOV)

Определяется как стойкая реакция страха на определенных людей, места, объекты или ситуации, которая характеризуется как иррациональная и неадекватная по отношению к стимулу, ведущая к избегающему поведению. Пункты, относящиеся к представленному расстройству, направлены на наиболее патогномичные и разрушительные проявления фобического поведения. Действительная структура расстройства находится в близком соответствии с дефиницией, называемой агорафобия (Marks, 1969), названной также синдромом фобической тревожной деперсонализации (Roth, 1959).

Паранойяльные тенденции – Paranoid Ideation (PAR)

Паранойяльное поведение как вид нарушений мышления. Кардинальные характеристики проективных мыслей, враждебности, подозрительности, напыщенности, страха потери независимости, иллюзии рассматриваются как основные признаки этого расстройства, и выбор вопросов ориентирован на представленность этих признаков.

Психотизм – Psychoticism (PSY)

В шкалу психотизма включены вопросы, указывающие на избегающий, изолированный, шизоидный стиль жизни, на симптомы шизофрении, такие как галлюцинации или голоса. Шкала психотизма представляет собой градуированный континуум от мягкой межличностной изоляции до очевидных доказательств психотизма. Кроме того, она может быть полезна для выявления грубой аггравации, симуляции и небрежного заполнения бланка – при высоких значениях по ней при отсутствии явной симптоматики.

Дополнительные вопросы

Семь вопросов, которые входят в SCL, не попадают ни под одно определение симптоматических расстройств;

эти симптомы действительно являются указателями некоторых расстройств, но не относятся ни к одному из них. Хотя в этом смысле присутствие дополнительных вопросов нарушает один из статистических критериев для включения в тест, но все же они вошли в него, так как являются клинически важными. Дополнительные вопросы участвуют в общей обработке SCL и используются “конфигурально”. Например, высокие значения DEP в сочетании с “ранним утренним пробуждением” и “плохим аппетитом” означают другое состояние, отличное от тех же значений DEP без этих симптомов. В том же смысле наличие “чувства вины” является важным клиническим индикатором, который предоставляет необходимую информацию клиницистам. Дополнительные вопросы не объединены между собой в качестве характеристики отдельных расстройств, а участвуют в общей обработке теста.

Интерпретация оценочных шкал

Индексы второго порядка предложены для того, чтобы иметь возможность более гибко оценивать психопатологический статус пациента. Функцией каждого из них является приведение к единому масштабу уровня и глубины личностной психопатологии. Каждый индекс делает это некоторым особым способом и отражает какие-то отдельные аспекты психопатологии. Информация о типе реагирования и количестве утвердительных ответов для симптомов, рассмотренная в связи с GSI, может быть очень полезна в понимании клинической картины.

Общий индекс тяжести симптомов (GST)

GSI является лучшим индикатором текущего состояния и глубины расстройства, и его следует использовать в большинстве случаев, когда требуется обобщенный единичный показатель. GSI является комбинацией информации о количестве симптомов и интенсивности переживаемого дистресса.

Индекс наличного симптоматического дистресса (PTSD)

PSDI является параметром исключительно меры интенсивности состояния, соответствующей количеству симптомов. Этот показатель работает в основном как индикатор типа реагирования на взаимодействие: усиливает ли или преуменьшает испытываемый симптоматический дистресс при ответах.

Общее число утвердительных ответов (PST)

PST – просто подсчет числа симптомов, на которые пациент дает положительные ответы, то есть количество утверждений, на которых испытываемый отмечает хоть какой-то уровень выше нулевого.

Интерпретация опросника в целом

Результаты по SCL-90-R могут быть интерпретированы на 3 уровнях: общая выраженность психопатологической симптоматики, выраженность отдельных шкал, выраженность отдельных симптомов. Интерпретация основных шкал производится в соответствии с их описанием, предназначением и теоретико-методологическими основами экспериментатора.

Индекс GSI является наиболее информативным показателем, отражающим уровень психического дистресса индивида. Индекс PSDI представляет собой измерение интенсивности дистресса и, кроме того, может служить для оценки “стиля” выражения дистресса испытываемого: проявляет ли испытываемый тенденцию к преувеличению или к сокрытию своих симптомов. Индекс PST отражает широту диапазона симптоматики индивида. Информация, полученная из этих 3 источников, должна быть тщательно интегрирована для того, чтобы получить наиболее значимую и валидную картину дистресса.

Текст опросника

Ниже приведен перечень проблем и жалоб, которые иногда возникают у людей. Пожалуйста, читайте каждый

пункт внимательно. Обведите кружком номер того ответа, который наиболее точно описывает степень Вашего дискомфорта или встревоженности в связи с той или иной проблемой в течение последней недели, включая сегодня. Обведите только один из номеров в каждом пункте (так, чтобы цифра внутри каждого кружка была видна), не пропуская ни одного пункта.

Насколько сильно вас тревожили	Сов- сем нет	Не- мно- го	Уме- рен- но	Силь- но	Очень силь- но
1. Головные боли					
2. Нервозность или внутрен- няя дрожь					
3. Повторяющиеся неприят- ные неотвязные мысли					
4. Слабость или головокру- жения					
5. Потеря сексуального вле- чения или удовольствия					
6. Чувство недовольства другими					
7. Ощущение, что кто-то другой может управлять Вашими мыслями					
8. Ощущение, что почти во всех Ваших неприятностях виноваты другие					
9. Проблемы с памятью					
10. Ваша небрежность или неряшливость					
11. Легко возникающая до- сада или раздражение					
12. Боли в сердце или в груд- ной клетке					
13. Чувство страха в откры- тых местах или на улице					
14. Упадок сил или затормо- женность					

15. Мысли о том, чтобы покончить с собой					
16. То, что Вы слышите голоса, которых не слышат другие					
17. Дрожь					
18. Чувство, что большинству людей нельзя доверять					
19. Плохой аппетит					
20. Слезливость					
21. Застенчивость или скованность в общении с лицами другого пола					
22. Ощущение, что Вы в западне или пойманы					
23. Неожиданный и беспричинный страх					
24. Вспышки гнева, которые Вы не могли сдерживать					
25. Боязнь выйти из дома одному					
26. Чувство, что Вы сами во многом виноваты					
27. Боли в пояснице					
28. Ощущение, что что-то Вам мешает сделать что-либо					
29. Чувство одиночества					
30. Подавленное настроение, "хандра"					
31. Чрезмерное беспокойство по разным поводам					
32. Отсутствие интереса к чему бы то ни было					
33. Чувство страха					
34. То, что Ваши чувства легко задеть					
35. Ощущение, что другие проникают в Ваши мысли					

36. Ощущение, что другие не понимают Вас или не сочувствуют Вам					
37. Ощущение, что люди недружелюбны или Вы им не нравитесь					
38. Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки					
39. Сильное или учащенное сердцебиение					
40. Тошнота или расстройство желудка					
41. Ощущение, что Вы хуже других					
42. Боли в мышцах					
43. Ощущение, что другие наблюдают за Вами или говорят о Вас					
44. То, что Вам трудно заснуть					
45. Потребность проверять и перепроверять то, что вы делаете					
46. Трудности в принятии решения					
47. Боязнь езды в автобусах, метро или поездах					
48. Затрудненное дыхание					
49. Приступы жара или озноба					
50. Необходимость избегать некоторых мест или действий, так как они Вас пугают					
51. То, что Вы легко теряете мысль					
52. Онемение или покалывание в различных частях тела					
53. Комок в горле					
54. Ощущение, что будущее безнадежно					

55. То, что Вам трудно сосредото- читься					
56. Ощущение слабости в различных частях тела					
57. Ощущение напряжен- ности или взвинченности					
58. Тяжесть в конечностях					
59. Мысли о смерти					
60. Переедание					
61. Ощущение неловкости, когда люди наблюдают за Вами или говорят о Вас					
62. То, что у Вас в голове чужие мысли					
63. Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо					
64. Бессонница по утрам					
65. Потребность повторять действия: прикасаться, мыть- ся, перечитывать и т.д. и т.п.					
66. Беспокойный и тревож- ный сон					
67. Импульсы ломать или крушить что-нибудь					
68. Наличие у Вас идей или верований, которые не раз- деляют другие					
69. Чрезмерная застенчи- вость при общении с другими					
70. Чувство неловкости в людных местах (магазинах, кинотеатрах)					
71. Чувство, что все, что бы Вы ни делали, требует боль- ших усилий					
72. Приступы ужаса или паники					
73. Чувство неловкости, когда Вы едите и пьете на людях					

74. То, что Вы часто вступаете в спор					
75. Нервозность, когда Вы остались одни					
76. То, что другие недооценивают Ваши достижения					
77. Чувство одиночества, даже когда Вы с другими людьми					
78. Такое сильное беспокойство, что Вы не могли усидеть на месте					
79. Ощущение собственной никчемности					
80. Ощущение, что с Вами произойдет что-то плохое					
81. То, что Вы кричите или швыряетесь вещами					
82. Боязнь, что Вы упадете в обморок на людях					
83. Ощущение, что люди злоупотребляют Вашим доверием, если Вы им позволяете					
84. Нервировавшие Вас сексуальные мысли					
85. Мысли, что Вы должны быть наказаны за ваши грехи					
86. Кошмарные мысли или видения					
87. Мысли о том, что с Вашим телом что-то не в порядке					
88. То, что Вы не чувствуете близости ни к кому					
89. Чувство вины					
90. Мысли о том, что с Вашим рассудком творится что-то неладное					

**КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ПСИХИАТРОВ**

№ пп	Показатель	Источник информа- ции	Единица измерения	Норма- тив
1	2	3	4	5
1	Чрезвычайные происшес- твия в отделении	Приказы, акты проверок, про- токолы заседаний комиссий и др.	Случаи суицидов и суицидаль- ных попы- ток, случаи побегов больных, случаи нападений больных на персонал и других пациентов	Отсут- ствие
2	Смерть больного, не ожи- даемая при поступлении (возникшая в процессе лечения)	Заклю- чение КИЛИ	Случаи смерти больных	Отсут- ствие
3	Несоответствие качества медицинской помощи установленным стандар- там (несоблюдение сроков обследования пациента, объема и своевременности лечебных мероприятий, несоответствие назначен- ной биологической терапии нозологическому диагнозу, отсутствие психосоциаль- ной реабилитации и т.п.)	Приказы, акты проверок, про- токолы заседаний комиссий и др.	Число за- мечаний	Отсут- ствие
4	Письменные замечания от руководства больницы (заведующего отделением, заместителей главного врача, главного врача) и контролирующих вышестоя- щих органов по ведению и заполнению утвержденной медицинской документа- ции	Приказы, акты проверок, про- токолы заседаний комиссий и др.	Число за- мечаний	Отсут- ствие

Продолжение таблицы

1	2	3	4	5
5	Письменные замечания от руководства больницы (заведующего отделением, заместителей главного врача, главного врача) и контролирующих вышестоящих органов на качество обследования, диагностики и лечения пациентов	Приказы, акты проверок, протоколы заседаний комиссий и др.	Число замечаний	Отсутствие
6	Письменные замечания от руководства больницы (заведующего отделением, заместителей главного врача, главного врача) и контролирующих вышестоящих органов на соблюдение прав пациентов, норм УК РФ в части исполнения принудительных мер медицинского характера	Предписания надзорных органов, приказы, акты проверок, протоколы заседаний комиссий и др.	Число замечаний	Отсутствие
7	Количество случаев медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам экспертизы качества	Акт целевой экспертной проверки качества медицинской помощи	Число случаев медицинской помощи в экспертной выборке, при которых выявленные ошибки оказали негативное влияние на состояние пациента	Отсутствие
8	Несоблюдение сроков представления пациента и полноты подготовки документов на психиатрическое освидетельствование комиссией врачей-психиатров. Несоблюдение сроков направления пациента и полноты подготовки документов для проведения медико-социальной экспертизы	Приказы, акты проверок, протоколы заседаний комиссий и др.	Число замечаний	Отсутствие

Продолжение таблицы

1	2	3	4	5
9	Обоснованные устные и письменные жалобы от пациентов и их родственников	Журнал учета обращений граждан, учетная карточка приема населения руководителем учреждения	Количество жалоб	Отсутствие
10	Удовлетворенность пациентов лечебным процессом	Анкетирование	Не менее 25 анкет на лечащего врача	Отсутствие обоснованных замечаний
11	Отсутствие индивидуальных программ реабилитации, направленных на снижение риска опасного поведения, у курируемых врачом пациентов	Акты проверок, протоколы заседаний комиссий и др.	Число замечаний	Отсутствие

Частота оценки – 1 раз в месяц.

Ответственный за оценку специалист – заведующий отделением, заместитель главного врача.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЗАВЕДУЮЩИХ ОТДЕЛЕНИЯМИ СТАЦИОНАРА

№ пп	Показатель	Источник информа- ции	Единица измерения	Норма- тив	Частота оценки
1	2	3	4	5	6
1	Чрезвычайные происшествия в отделении	Приказы, акты проверок, протоколы заседаний комиссий и др.	Случаи суицидов и суицидальных попыток, случаи побегов больных, случаи нападений больных на персонал и других пациентов	Отсутствие	1 раз в месяц
2	Смерть больного, неожиданная при поступлении (возникшая в процессе лечения)	Заключение КИЛИ, протоколы заседаний комиссий	Случаи смерти больных	Отсутствие	1 раз в месяц
3	Количество случаев медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам экспертизы качества в отделении	Акт целевой экспертной проверки качества медицинской помощи	Число случаев медицинской помощи в экспертной выборке, при которых выявленные ошибки оказали негативное влияние на состояние пациента	Отсутствие	Ежемесячно
4	Письменные замечания от руководства больницы (заместителей главного врача, главного врача) и контролирующих	Приказы, акты проверок, протоколы заседаний комиссий и др.	Число замечаний	Отсутствие	1 раз в месяц

Продолжение таблицы

1	2	3	4	5	6
	вышестоящих органов по вопросам организации работы отделения				
5	Обоснованные устные и письменные жалобы от пациентов и их родственников	Журнал учета обращений граждан, учетная карточка приема населения руководителем учреждения	Количество жалоб	Отсутствие	1 раз в месяц
6	Удовлетворенность пациентов лечебным процессом	Анкетирование	Не менее 25 анкет на лечащего врача	Отсутствие обоснованных замечаний	1 раз в квартал
7	Отсутствие индивидуальных программ реабилитации, направленных на снижение риска опасного поведения, у пациентов отделения	Акты проверок, протоколы заседаний комиссий и др.	Число замечаний	Отсутствие	1 раз в месяц
8	Нарушение требований санитарно-противоэпидемического режима, противопожарной безопасности, охраны труда, исполнительской дисциплины документооборота, отчетности, распоряжений администрации	Приказы, акты проверок и др.	Число случаев	Отсутствие	1 раз в квартал

Ответственный за оценку специалист – заместитель главного врача.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

№ пп	Показатель	Источник информа- ции	Единица измерения	Норма- тив	Частота оценки
1	2	3	4	5	6
1	Соблюдение медицинской этики и деонтологии	Журнал учета обращений граждан, учетная карточка приема населения руководителем учреждения, протоколы оперативных совещаний	Абсолютное число жалоб и замечаний	Отсутствие жалоб населения и замечаний руководства	1 раз в квартал
2	Письменные замечания от руководства больницы (заведующего отделением, заместителей главного врача, главного врача) и контролирующих вышестоящих органов по ведению и заполнению утвержденной медицинской документации	Приказы, акты проверок, протоколы заседаний комиссий и др.	Число замечаний	Отсутствие	1 раз в месяц
3	Удовлетворенность пациентов лечебным процессом	Анкетирование	Не менее 25 анкет на медицинскую сестру	Отсутствие обобщенных замечаний	1 раз в квартал
4	Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима	Акты ЦСЭН. Замечания руководителей больницы,	Количество выявленных нарушений	Отсутствие	1 раз в месяц

Продолжение таблицы

1	2	3	4	5	6
		отделения, эпидемиолога			
5	Своевременность выполнения врачебных назначений	Замечания лечащих врачей и заведующего отделением	Количество замечаний	Отсутствие	1 раз в месяц
6	Осложнения от проведенных лечебно-диагностических манипуляций	История болезни, журнал учета манипуляций и исследований	Количество осложнений	Отсутствие	1 раз в месяц
7	Отсутствие личного участия в реабилитационных программах учреждения, направленных на снижение социальной опасности пациентов	Замечания лечащих врачей и заведующего отделением	Количество замечаний	Отсутствие	1 раз в месяц
8	Чрезвычайные происшествия в отделении	Приказы, акты проверок, протоколы заседаний комиссий и др.	Случаи суицидов и суицидальных попыток, случаи побегов больных, случаи нападения больных на персонал и других пациентов	Отсутствие	1 раз в месяц

Ответственный за оценку специалист – заведующий отделением, заместитель главного врача.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГА, ПСИХОТЕРАПЕВТА

№ пп	Показатель	Источник информа- ции	Единица измерения	Норма- тив
1	2	3	4	5
1	Чрезвычайные происшеств- ствия в отделении	Приказы, акты проверок, прото- колы заседаний комиссий и др.	Случаи суицидов и суицидаль- ных попы- ток, случаи побегов больных, случаи нападений больных на персонал и других пациентов	Отсут- ствие
2	Несоответствие объема психологической, психо- терапевтической помощи установленным стандартам и протоколам ведения боль- ных (несоблюдение сроков патопсихологического обследования пациента, объема психокоррекцион- ных мероприятий)	Приказы, акты проверок, про- токолы заседаний комиссий и др.	Число за- мечаний	Отсут- ствие
3	Письменные замечания от руководства больницы (за- ведующих отделениями, за- местителей главного врача) по ведению и заполнению утвержденной медицин- ской документации	Приказы, акты проверок, про- токолы заседаний комиссий и др.	Число за- мечаний	Отсут- ствие
4	Письменные замечания от руководства больницы (заведующих отделениями, заместителей главного вра- ча) на качество патопсихо- логического исследования, качество и объем психокор- рекционной, психотерапев- тической работы с больным	Приказы, акты проверок, про- токолы заседаний комиссий и др.	Число за- мечаний	Отсут- ствие

Продолжение таблицы

1	2	3	4	5
5	Письменные замечания от руководства больницы (заведующих отделениями, заместителей главного врача) на качество выполнения индивидуальных программ реабилитации пациентов в части ответственности данного специалиста.	Приказы, акты проверок, протоколы заседаний комиссий и др.	Число замечаний	Отсутствие
6	Количество случаев психологической, психотерапевтической помощи ненадлежащего качества по результатам экспертизы качества в отделении	Акт целевой экспертной проверки качества медицинской помощи	Число случаев медицинской помощи в экспертной выборке, при которых выявлены ошибки и недочеты	Отсутствие
7	Отсутствие либо несоответствие потребностям отделения объема психокоррекционной и психотерапевтической работы, направленной на преодоление зависимости пациентов от психоактивных веществ	Приказы, протоколы заседаний комиссий, акт целевой экспертной проверки качества медицинской помощи и др.	Число замечаний	Отсутствие
8	Отсутствие психообразовательной работы с больными	Приказы, протоколы заседаний комиссий, акт целевой экспертной проверки качества медицинской помощи и др.	Число замечаний	Отсутствие

Продолжение таблицы

1	2	3	4	5
9.	Отсутствие работы психолога, психотерапевта с родственниками пациентов	Приказы, протоколы заседаний комиссий и др.	Число замечаний	Отсутствие
10.	Обоснованные устные и письменные жалобы от пациентов и их родственников	Журнал учета обращений граждан, учетная карточка приема населения руководителем учреждения	Количество жалоб	Отсутствие
11.	Удовлетворенность пациентов лечебным процессом	Анкетирование	Не менее 25 анкет на психолога, психотерапевта	Отсутствие обоснованных замечаний

Частота оценки – 1 раз в месяц.

Ответственный за оценку специалист – заведующий отделением, заместитель главного врача.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТА ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ, СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА

№ пп	Показатель	Источник информа- ции	Единица измерения	Норма- тив
1	2	3	4	5
1	Письменные замечания от руководства больницы (заведующих отделениями, заместителей главного врача) по ведению и заполнению утвержденной документации	Приказы, акты проверок, протоколы заседаний комиссий и др.	Число замечаний	Отсутствие
2	Письменные замечания от руководства больницы (заведующих отделениями, заместителей главного врача) на качество проводимой специалистом психосоциальной работы	Приказы, акты проверок, протоколы заседаний комиссий и др.	Число замечаний	Отсутствие
3	Количество случаев социальной помощи ненадлежащего качества по результатам экспертизы качества в отделении	Акт целевой экспертной проверки качества медицинской помощи	Число случаев медицинской помощи в экспертной выборке, при которых выявлены ошибки и недочеты	Отсутствие
4	Письменные замечания от руководства больницы (заведующих отделениями, заместителей главного врача) на качество выполнения индивидуальных программ реабилитации пациентов в части ответственности данного специалиста	Приказы, акты проверок, протоколы заседаний комиссий и др.	Число замечаний	Отсутствие
5	Несоответствие объема социальной работы должностной инструкции и плановой нагрузке специалиста	Приказы, акты проверок, протоколы заседаний комиссий и др.	Число замечаний	Отсутствие

Продолжение таблицы

1	2	3	4	5
6	Отсутствие психообразовательной работы, выполняемой специалистом по социальной работе совместно с психологом	Приказы, акты проверок, протоколы заседаний комиссий и др.	Число замечаний	Отсутствие
7	Отсутствие работы по социально-бытовой реабилитации и работы, направленной на повышение общеобразовательного уровня больных	Приказы, акты проверок, протоколы заседаний комиссий и др.	Число замечаний	Отсутствие
8	Отсутствие психопрофилактической работы с родственниками больного	Приказы, протоколы заседаний комиссий и др.	Число замечаний	Отсутствие
9	Отсутствие либо несоответствие потребностям отделения работы, направленной на преодоление зависимости пациентов от психоактивных веществ, выполняемой специалистом по социальной работе совместно с психологом	Приказы, протоколы заседаний комиссий, акт целевой экспертной проверки качества медицинской помощи и др.	Число замечаний	Отсутствие
10	Отсутствие участия в тренинговых программах	Приказы, протоколы заседаний комиссий и др.	Число замечаний	Отсутствие
11	Обоснованные устные и письменные жалобы от пациентов и их родственников	Журнал учета обращений граждан, учетная карточка приема населения руководителем учреждения	Количество жалоб	Отсутствие

Частота оценки – 1 раз в месяц.

Ответственный за оценку специалист – заведующий отделением, заместитель главного врача.

ПРИМЕРНЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РУКОВОДИТЕЛЯ УЧРЕЖДЕНИЯ

№ пп	Показатель	Источник информации	Единица измерения	Норматив	Частота оценки
1	2	3	4	5	6
1	Выполнение согласованных объемов медицинской помощи	Отчет о работе государственных учреждений здравоохранения	Процент выполнения плана	100%	1 раз в квартал
2	Чрезвычайные происшествия в больнице	Отчет о работе государственных учреждений здравоохранения	Случаи суицидов и суицидальных попыток, случаи побегов больных, случаи нападения больных на персонал и других пациентов	Отсутствие	1 раз в 6 месяцев
3	Укомплектованность медицинским персоналом	Отчет о работе государственных учреждений здравоохранения		Не менее 70% от штатного расписания	1 раз в 6 месяцев
4	Больничная летальность	Карты стационарного больного, отчет о работе государственных учреждений здравоохранения	Отношение числа умерших больных в стационаре к общему количеству пролеченных больных	Без динамики или снижение	1 раз в 6 месяцев

Продолжение таблицы

1	2	3	4	5	6
5	Наличие обоснованных жалоб, связанных с нарушением прав пациентов	Журнал учета обращений граждан, учетная карточка приема населения руководителем учреждения	Количество жалоб	Отсутствие	1 раз в 6 месяцев
6	Наличие квалификационных категорий у врачей	Отчет о работе государственных учреждений здравоохранения	Удельный вес врачей, имеющих квалификационную категорию, к общему числу врачей	50% и более	1 раз в 6 месяцев
7	Наличие квалификационных категорий у среднего медицинского персонала	Отчет о работе государственных учреждений здравоохранения	Удельный вес медсестер, имеющих квалификационную категорию, к общему числу среднего медицинского персонала	70% и более	1 раз в 6 месяцев
8	Производственный травматизм и профессиональная заболеваемость среди работников здравоохранения	Отчет о работе государственных учреждений здравоохранения	Число случаев производственного травматизма и профессиональной заболеваемости (суммарно)	Отсутствие	1 раз в 6 месяцев

Продолжение таблицы

1	2	3	4	5	6
9	Повторность госпитализации	Отчет о работе государственных учреждений здравоохранения	Процент к общему числу госпитализированных	Снижение	1 раз в год

Ответственные за оценку:

- для медицинских организаций федерального подчинения – федеральный орган исполнительной власти;
- для региональных медицинских организаций – органы исполнительной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения.

**Организация системы
судебно-психиатрической профилактики:
отмена и продление принудительных мер
медицинского характера**

Учебное пособие

Заведующая редакцией

Н.Б. Гончарова

Редактор

Л.Б. Абрамова

Компьютерная верстка

М.М.Абрамовой

Подписано в печать 16.03.17 г.

Формат 60х84/16. Гарнитура Century Schoolbook.

Бумага офсетная. Цифровая печать. Усл. печ. л. 13,44.

Тираж 50 (март).

Федеральное государственное бюджетное учреждение
“Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии имени В.П. Сербского” Министерства здравоохранения
Российской Федерации

119991 ГСП-1, Москва, Кропоткинский пер., 23.

ДЛЯ ЗАМЕТОК