

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

**ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА  
ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ  
С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

*Учебное пособие*



**Москва - 2022**

УДК 616.89-008-07

ББК 56.14

М15

Учебное пособие подготовлено в ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России доктором медицинских наук, профессором, руководителем Отдела судебно-психиатрической профилактики **О.А. Макушкиной**.

Учебное пособие утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России 17 сентября 2021 г., протокол № 7.

Рецензенты:

**В.И. Бородин** – доктор медицинских наук, профессор Учебно-методического отдела ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России;

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

**А.В. Семке** – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной и лечебной работе НИИ Психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук.

**М15** Макушкина О.А. **Внебольничная профилактика общественно опасного поведения лиц с психическими расстройствами:** Учебное пособие. – М.: ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2022. – 110 с.

*В учебном пособии приведена характеристика мер внебольничной профилактики опасных действий психически больных. Раскрыты содержание и объем профилактической работы на психиатрическом участке; порядок взаимодействия с органами внутренних дел, уголовно-исполнительными инспекциями, судами. Значительное место в пособии уделено вопросам реализации биопсихосоциального подхода к оказанию медицинской помощи применительно к различным категориям пациентов с противоправным поведением. 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.*

**ISBN 978-5-86002-349-9**

ББК 56.14

© О.А. Макушкина, 2022.

© ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского”  
Минздрава России, 2022.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ .....</b>	<b>4</b>
<b>ГЛАВА 1. Развитие системы профилактики опасных действий психически больных во внебольничных условиях (исторический опыт) .....</b>	<b>7</b>
<b>ГЛАВА 2. Общая характеристика деятельности по профилактике общественно опасных действий психически больных в амбулаторных условиях .....</b>	<b>17</b>
<b>ГЛАВА 3. Активное диспансерное наблюдение лиц с психическими расстройствами .....</b>	<b>33</b>
<b>ГЛАВА 4. Принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях .....</b>	<b>44</b>
<b>ГЛАВА 5. Модели организации деятельности внебольничных подразделений психиатрической службы по предупреждению общественной опасности психически больных .....</b>	<b>77</b>
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....</b>	<b>97</b>
<b>СПРАВОЧНО-БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ АППАРАТ ....</b>	<b>98</b>

## **ВВЕДЕНИЕ**

Предупреждение общественной опасности лиц с психическими расстройствами является важным направлением деятельности подразделений психиатрической службы, имеющим особое социальное значение. Данная проблема до настоящего времени остается не в полной мере решенной, о чем свидетельствуют стабильное на протяжении ряда лет число совершаемых больными правонарушений, многие из которых направлены против жизни и здоровья граждан, а также высокие показатели их повторности.

В последние десятилетия профилактика общественно опасного поведения больных в нашей стране и за рубежом все в большей степени становится объектом усилий внебольничных подразделений психиатрической службы. Такое смещение в направлении амбулаторной помощи, во-первых, соответствует общим тенденциям развития психиатрии, а во-вторых, является перспективным, поскольку связано с ранним выявлением психически больных, в том числе и представляющих общественную опасность, а также длительным (иногда на протяжении всей жизни) их наблюдением и курацией. Последнее возможно лишь при наличии достаточно развитой и организованной психиатрической службы, а также подготовленных специалистов, способных обеспечить не только полное выявление больных с высоким риском общественной опасности, но и необходимое наблюдение за их состоянием, образом жизни, оказание качественной лечебно-реабилитационной помощи и социальной поддержки.

Врачи-психиатры, судебные психиатры-эксперты должны владеть всей полнотой информации о факторах риска общественно опасного поведения лиц с психическими расстройствами, существующих подходах к оценке потенциальной общественной опасности больного. Сотрудникам психиатрической службы не-

обходимо также знание законодательных норм, регламентирующих вопросы профилактики общественной опасности больных, научно обоснованных подходов к выбору мер превенции применительно к конкретному больному.

*Цель настоящего учебного пособия* заключается в углубленном изучении различных аспектов профилактики противоправного поведения лиц с психическими расстройствами в амбулаторных условиях; получении теоретических знаний, обеспечивающих совершенствование профессиональных компетенций врачей-психиатров, судебных психиатров-экспертов для самостоятельной деятельности в рамках имеющейся квалификации по применению неспецифических и специальных мер предупреждения общественной опасности психически больных.

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

*Учебное пособие* предназначено для непрерывного профессионального образования психиатров, судебно-психиатрических экспертов, иных специалистов, чья работа 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 неспецифических и специальных мер превенции общественно опасного поведения лиц с психическими расстройствами, реализуемых во внебольничных подразделениях психиатрической службы. Актуальность пособия определяются социальным значением проблемы общественной опасности

пациентов, 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 в амбулаторных условиях и оценки ее эффективности;
- методологических, правовых и организационных основ применения мер внебольничной превенции в отношении разных контингентов больных;
- актуальных вопросов применения активного диспансерного наблюдения и принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях как специальных мер превенции.

Получение теоретических знаний обеспечит совершенствование профессиональных компетенций врачей-психиатров для самостоятельной деятельности в рамках имеющейся квалификации по применению комплекса мер предупреждения общественно опасных действий психически больных во внебольничных подразделениях психиатрической службы. Представленный материал направлен также на совершенствование профессиональных компетенций судебных психиатров-экспертов по вынесению рекомендаций о назначении и прекращении амбулаторного принудительного лечения; оценке адекватности реализованных лечебно-реабилитационных мероприятий потенциальной общественной опасности больного, наличию у него факторов риска опасного поведения.

*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**

### **Развитие системы профилактики опасных действий психически больных во внебольничных условиях (исторический опыт)**

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

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

В дальнейшем были разработаны и приняты нормативные документы, направленные на оптимизацию оказания специализированной помощи пациентам с риском 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 за № 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 эта тема получила 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 профилактической работы.

Определенный вклад в повышение роли диспансерного наблюдения в системе профилактики 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. Федеральным законом “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, стали действенными мерами профилактики опасного поведения лиц с психическими расстройствами.

Клинические и социальные критерии их применения имеют ряд общих черт. Прежде всего к ним относится наличие у больного тяжелого психического расстройства. Констатация его наличия, 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 ос-

новном соответствуют аналогичным, содержащимся в законодательстве других стран, и отвечают требованиям документов Организации Объединенных Наций.

Следующим важным этапом развития внебольничной профилактики ООД было появление в отечественном законодательстве нового вида принудительных мер медицинского характера – амбулаторного принудительного наблюдения и лечения (АПНЛ) 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 дифференциации принудительных мер медицинского характера (ПММХ) и отчасти было направлено на сокращение числа лиц, помещаемых на стационарное принудительное лечение (ПЛ), которое связано с более серьезными ограничениями для пациентов, чем лечение в амбулаторных условиях. Кроме того, это законодательное решение во многом было продиктовано необходимостью снижения показателя повторности ООД лиц с психическими расстройствами, который в разные годы по регионам страны составлял 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.

Необходимо отметить, что в некоторых бывших республиках СССР (Украина, Узбекистан, Грузия, Азербайджан, Казахстан) к видам ПММХ и ранее относилась передача лица, совершившего ООД в состоянии невменяемости либо заболевшего тяжелым психическим расстройством после совершения преступления или во время отбывания наказания, на попечение родственников или опекунов при обязательном врачебном наблюдении.

По сути это был аналог АПНЛ. В РСФСР же подобная мера не входила в число принудительных и могла быть рекомендована, если суд не считал необходимым применение ПММХ или в случае их прекращения (ч.4 ст.60 УК РСФСР, 1960 г.).

Работа по профилактике опасных действий психически больных в разных странах имеет свои особенности. К примеру, если в России АПНЛ как принудительная мера медицинского характера применяется в основном к лицам, признанным судами невменяемыми и ограниченно вменяемыми, то в других странах его аналог – обязательное амбулаторное лечение – используется и в общепсихиатрической практике. Еще в 90-е годы прошлого столетия зарубежные исследователи отмечали, что обязательное амбулаторное лечение позволяет в ряде случаев обеспечить адекватную защиту общества от опасных действий больного, причем оно должно осуществляться в естественной среде, но с точно определенными условиями и проведением необходимой терапии.

По их мнению, обязательное амбулаторное наблюдение (обязывающее пациента находиться постоянно в поле зрения врачей, получать необходимое лечение и возвращаться при необходимости в стационар) дает возможность сравнительно продолжительного пребывания в обществе психически больных с риском опасного поведения при условии предотвращения или уменьшения числа совершаемых ими опасных поступков. При этом признается необходимым наличие у персонала, обслуживающего этот контингент, специальных знаний в области судебной психиатрии, а также возможности тесного сотрудничества с комитетом по условному освобождению и судами.

Хорошим примером успешного применения обязательного амбулаторного лечения в отношении лиц с высоким риском опасного поведения являются Нидерланды, где психиатрическая больница располагает стационарными отделениями с разными режимами безопасности, а также амбулаторной службой и жильем вне территории клиники. Все это вместе с системой лечебных отпусков создает возможности для преемственности в принудительном лечении и реабилитации судебно-психиатрических пациентов.

Помимо бывших пациентов судебно-психиатрического стационара, обязательным амбулаторным лечением обеспечиваются и осужденные, которые согласились на контроль и лечение в обмен на уменьшенный срок лишения свободы или условный приговор. При менее тяжких правонарушениях суд, в том числе и после тюремного заключения, может прибегнуть к условному осуждению с частичным или полным освобождением от отбывания наказания и назначением амбулаторного принудительного наблюдения и лечения. Этой мере могут подвергаться также агрессивные пациенты из общей психиатрической сети с целью профилактики ухудшения состояния и возможных правонарушений.

Несмотря на появление и развитие в зарубежных странах обязательного амбулаторного лечения, на практике в отношении лиц с опасным поведением все же преобладает терапия в условиях психиатрического стационара. На фоне сокращения числа общих психиатрических коек в большинстве европейских стран за период с 1990 по 2006 г. наблюдалось увеличение количества мест в судебно-психиатрических стационарах, а также жилья с поддержкой и надзором. При этом число больных, к которым применяется обязательное амбулаторное лечение в ряде стран (например, в Австрии), составляет свыше половины всех выписываемых из судебно-психиатрического стационара.

В научных работах, законодательных и нормативных документах подчеркивается, что важным условием проведения обязательного амбулаторного лечения в отношении психически больных, совершивших опасные действия, является соблюдение пациентами режима наблюдения и строгий юридический контроль со стороны суда или специальных юридических структур.

К примеру, рассматривая организацию такого лечения в разных странах, исследователи в данной области (Hailbrun K., Griffin P.A., 1993; Nedopil N., Ottermann B., 1993; Exworthy T., 1995) отмечали, что, несмотря на различия, обусловленные особенностями законодательства и структуры психиатрических служб, можно увидеть следующие общие принципы, создающие основу для эффективного применения данного вида психиатрической помощи:

- баланс клинических, судебных и общественных мер и вытекающая из этого тесная связь между судом, сотрудниками полиции и медицинским персоналом;
- доступ к базам данных правоохранительных органов и системы здравоохранения для получения сведений о пациенте;
- терапевтический контракт, четко фиксирующий обязательства больного и последствия их нарушений;
- информирование пациента до начала лечения о существующем балансе между правами личности, условиями лечения и безопасностью общества;
- четкое разделение полномочий и координация усилий членов бригады специалистов (психотерапия, семейная терапия, структурирование социальных связей и т.п.);
- признание важности психофармакотерапии;
- акцент на повседневной профилактике криминальной активности с мониторингом каждого отдельного случая;
- внешнее мотивационное давление через условия, наложенные судебным решением;
- финансирование амбулаторного принудительного лечения, адекватное объему, сложности и интенсивности проводимой работы.

Еще в 1987 г. J.L. Gellert предложил ряд критериев для назначения обязательного амбулаторного лечения, направленных на профилактику опасных действий психически больных: 1) у пациента должно быть желание находиться вне психиатрической больницы; 2) пациент должен быть достаточно сохранным, чтобы понимать условия принудительного амбулаторного лечения и подчиняться его требованиям; 3) имеющиеся признаки общественной опасности должны быть не настолько выраженными, чтобы пациент не мог удержаться в рамках амбулаторного лечебного режима; 4) если в прошлом у пациента были неудачные попытки амбулаторного лечения, решение врача должно основываться на клинической картине, а не на количестве таких попыток; 5) проведение лечения должно быть поручено амбулаторным службам при поддержке психиатрического стационара на случай необходимости повторной госпитализации.

В нашей стране по результатам научного анализа характеристик больных, направленных по решению суда на АПНЛ, были также определены клинико-социальные показания и противопоказания для назначения принудительного наблюдения и лечения у психиатра в амбулаторных условиях, 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. По мнению авторов, амбулаторному лечению пациентов уделяется все еще недостаточное внимание, деятельность амбулаторных служб должна быть структурирована с учетом необходимости интенсификации оказания помощи, важности обеспечения социальной помощью и поддержкой пациентов, преемственности терапии между стационарной и амбулаторной службами.

По мнению Н. Недопила (2007), амбулаторные судебно-психиатрические отделения внесли свой вклад в значительное снижение количества рецидивов ООД психически больных. Решающим для успеха обязательного амбулаторного наблюдения является всестороннее информирование всех занятых в нем специалистов и адекватная связь между ними, а также своевременное вмешательство при поступлении предупредительных сигналов о возрастании риска ООД.

Анализ данных литературы позволяет говорить о том, что, 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 и странах бывшего СССР с участ-

ковым принципом работы, широкой сетью государственных психоневрологических диспансеров, диспансерных отделений и кабинетов участковых психиатров при ЦРБ, охватывающих все территории и обеспечивающих возможность активного наблюдения за психически больными, обладает рядом преимуществ, позволяющих беспрепятственно реализовать указанные принципы. Однако их реализация, как и обеспечение эффективности системы профилактики опасных действий в целом, требует четкой законодательной регламентации и организационно-методического обеспечения.

Определенным этапом работы в данном направлении является издание Минздравом РФ совместно с МВД РФ Приказа №133/269 от 30.04.1997 г. “О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими 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 “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России проводят ежегодный сравнительный анализ профилактической работы, оценку ее качества и эффективности в субъектах РФ и федеральных округах, издают информационно-аналитические справочники.

Еще одним значимым шагом на пути совершенствования внебольничных форм профилактики опасных действий 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.

Таким образом, в России тенденцией последних десятилетий является возрастание роли амбулаторных подразделений психиатрических служб субъектов РФ в процессе оказания специализированной помощи и профилактики опасных действий психически больных, что в целом совпадает с международным опытом в этой области и является частью процесса деинституционализации в психиатрии.

Действующая в настоящее время нормативно-правовая регламентация внебольничной профилактики общественно опасных действий психически больных включает ряд законов и подзаконных актов:

- Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”.

- Закон РФ от 02.07.1992 г. № 3185-1 “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”.
- Федеральный закон Российской Федерации от 7 февраля 2011 г. № 3-ФЗ “О полиции”.
- УК РФ, УПК РФ и УИК РФ.
- Приказ МЗ РФ и МВД РФ от 30.04.1997 г. №133/269 “О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами”.
- Приказ Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 г. № 566н “Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения”.

### **Контрольные вопросы**

1. Опишите этапы развития внебольничной профилактики общественно опасных действий психически больных лиц.
2. Назовите основные различия между обязательным амбулаторным лечением и принудительным наблюдением и лечением у врача-психиатра в амбулаторных условиях.
3. Дайте характеристику нормативно-правового регулирования деятельности по предупреждению общественной опасности лиц с психическими расстройствами в амбулаторных условиях.
4. Назовите организационные формы психиатрической помощи, имеющие непосредственное отношение к обеспечению профилактики общественной опасности психически больных.
5. Перечислите законы, регламентирующие внебольничную профилактику общественно опасных действий психически больных.
6. Назовите подзаконные акты, регулирующие предупреждение общественно опасного поведения психически больных в амбулаторных условиях.

## Глава 2

### Общая характеристика деятельности по профилактике общественно опасных действий психически больных в амбулаторных условиях

Работа по предупреждению общественно опасного поведения лиц с психическими расстройствами в амбулаторных условиях ведется по двум направлениям: выполнение *неспецифических* мероприятий, связанных с общей диагностической и лечебно-реабилитационной психиатрической практикой, реализуемых в отношении всех лиц с психическими расстройствами; и *специальных* – направленных непосредственно на предупреждение общественной опасности определенных контингентов пациентов. Указанные меры составляют основу организации системы судебно-психиатрической профилактики.

В числе *неспецифических* мер большое профилактическое значение имеют ранняя диагностика психических расстройств, обеспечение доступности и качества медикаментозной, психолого-психотерапевтической и психосоциальной помощи пациентам. Важными неспецифическими средствами профилактики ООД, несущими в себе некоторые признаки специально предназначенных для этого мер, являются также недобровольные виды психиатрической помощи (недобровольное освидетельствование и госпитализация в психиатрический стационар в недобровольном порядке). Эти превентивные меры не требуют создания особых условий, организации в структуре психиатрической службы специальных медицинских организаций и подразделений; они находятся вне сферы уголовной юстиции и применяются, в том числе, к лицам, которые не совершали ООД.

Важной неспецифической мерой превенции является раннее выявление психически больных с последующим оказанием им консультативно-лечебной помощи либо установлением диспансерного наблюдения. В ст.4 Закона РФ “О психиатрической

помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” закреплен 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 случаях, строго регламентированных законом, допускается оказание медицинской помощи без согласия граждан или их законных представителей (ст.34 Основ). Такое ограничение прав пациентов может осуществляться в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, представляющих опасность для окружающих. К видам психиатрической помощи, имеющим непосредственное отношение к профилактике опасных действий больных, оказание которых возможно (при наличии оговоренных в Законе оснований) без согласия пациента, относятся: диспансерное наблюдение, недобровольное освидетельствование и госпитализация в психиатрический стационар в недобровольном порядке.

Диспансерное наблюдение – вид амбулаторной психиатрической помощи, обеспечивающий необходимый контроль за динамикой психического состояния больного, его социальной адаптацией, выполнением необходимых лечебно-реабилитационных мероприятий. 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 собствен-

ной личности, искажают оценку реальных событий и своего состояния, нарушают поведение, препятствуют поддержанию адекватного контакта с действительностью, 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).

Основным принципом диспансерного наблюдения в нашей стране является обеспечение контроля за состоянием больного. Среди пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением, в зависимости от клинико-динамических характеристик имеющих у них психических расстройств, выделяются 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, назначаемой 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”).

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 и достижения комплайенса; своевременное определение группы инвалидности больным с трудовой дезадаптацией; включение 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 в случае выздоровления или значительного и стойкого улучшения

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 являются 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 главных 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.

Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих. При этом решение о психиатрическом освидетельствовании лица принимается врачом-психиатром самостоятельно, без санкции судьи.

Условиями для принятия участковым психиатром решения о недобровольном освидетельствовании больного без санкции судьи являются наличие у больного тяжелого психического расстройства и его непосредственная опасность для себя или окружающих, обусловленная тяжелым психическим расстройством.

В соответствии с п. “а” ст.29 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”: лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, без его согласия либо без согласия одного из родителей или иного законного представителя до постановления судьи, если его психиатрическое обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих.

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 трех вы-

деленных 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.

Приведенные выше меры неспецифической профилактики ООД психически больных имеют важное практическое значение. Специалисты внебольничных психиатрических служб выступают в качестве ответственных лиц за исполнение федерального законодательства, охрану общества от опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами. В соответствии с действующим законодательством<sup>1</sup>, а также нормативными и методическими документами<sup>2</sup> в медицинских организациях, оказывающих амбулаторную 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.

К **специальным** мерам относятся: исполнение назначенных судом принудительных мер медицинского характера (ПММХ) в виде принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях (АПНЛ); обеспечение активного диспансерного наблюдения (АДН) участкового психиатра за больными с риском опасного поведения. Для их реализации используются как общие психиатрические подразделения

---

<sup>1</sup> Закон РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”; ст.ст. 99, 100 Уголовного кодекса РФ.

<sup>2</sup> “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.

(психоневрологические диспансеры, диспансерные отделения психиатрических больниц, кабинеты психиатров центральных районных больниц), так и специально созданные (кабинеты активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения).

Сложившийся к настоящему времени порядок работы разделяется на первичную и вторичную профилактику общественной опасности. **Первичная профилактика** заключается в своевременном выявлении из числа лиц, страдающих психическими расстройствами, больных с риском опасного поведения и реализации медицинских мероприятий по его предупреждению. Целью данной работы является превенция ООД у пациентов, ранее никогда их не совершавших.

Реализация мер первичной профилактики полностью относится к компетенции внебольничных подразделений психиатрической службы (психоневрологические диспансеры, диспансерные отделения психиатрических больниц, кабинеты психиатров центральных районных больниц) и регулируется законодательством о здравоохранении.

Внебольничные структуры обеспечивают своевременную диагностику и лечение психических расстройств, контроль за состоянием, образом жизни больных, проведение психосоциальной терапии и реабилитации, применение недобровольных видов помощи (недобровольного освидетельствования и госпитализации). Их правовому обоснованию посвящена существенная часть Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” (в том числе статьи 23, 27, 29 данного Закона).

К зоне ответственности участкового психиатра относится также оценка потенциальной общественной опасности находящихся под наблюдением пациентов с формированием групп риска, реализацией комплекса мер по предупреждению первичного противоправного поведения, в случае необходимости – решение вопроса об установлении за больным активного диспансерного наблюдения.

**Вторичная профилактика** направлена на предупреждение повторного совершения психически больными правонару-

шений и осуществляется путем исполнения принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях, а также выполнения внебольничными подразделениями психиатрической службы комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий по превенции рецидива опасного поведения после проведенного принудительного лечения, в том числе с установлением за больным активного диспансерного наблюдения.

Меры вторичной профилактики в виде АПНЛ применяются судом в рамках уголовного процесса, их прекращение, продление регулируются уголовным законодательством и связано с наличием/отсутствием возможности причинения этими лицами иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц (ст.97 УК РФ), то есть с общественной опасностью больного.

Важной частью профилактической работы является ***определение риска противоправного поведения***. Специалисты внебольничных подразделений психиатрической службы проводят оценку общественной опасности психически больных при принятии решений о недобровольном освидетельствовании; госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке; установлении активного диспансерного наблюдения и его отмене; продлении исполнения и прекращении АПНЛ; изменении вида принудительного лечения с амбулаторного на стационарный.

Факторы, оказывающие влияние на формирование общественно опасного поведения больных, подразделяют на клинко-психопатологические, личностные и социальные.

Для оценки характера и степени потенциальной опасности, обеспечения дифференцированной профилактики ООД большое значение имеет правильная квалификация состояния пациента, выраженности имеющегося у него расстройства психической деятельности. К значимым клинко-психопатологическим факторам риска общественной опасности относятся:

- нарушения поведения с агрессивностью, конфликтностью, антисоциальными тенденциями;
- императивные галлюцинации;

- персонифицированные бредовые идеи;
- периодические и пароксизмальные психотические состояния с агрессивностью, имеющие тенденцию к повторному возникновению;
- значительная прогрессивность заболевания с нарушением критических способностей, антисоциальными и/или аутоагрессивными тенденциями и снижением контроля над поведением;
- некомплайентность пациента;
- злоупотребление/зависимость от психоактивных веществ (ПАВ);
- выраженная патология эмоциональной сферы в сочетании с недостаточностью волевого контроля и аффективной переключаемости;
- депрессивные состояния с бредовыми идеями самообвинения и проч.

Все больные подразделяются на тех, у кого общественная опасность обусловлена наличием преимущественно продуктивной психотической симптоматики, и на лиц с преобладанием дефицитарных расстройств и изменений личности.

*К психотическим состояниям*, при которых считается возможным говорить о решающей роли в совершении ООД патологической мотивации, относятся различные варианты бреда. В большинстве случаев это приступообразные или непрерывно протекающие психозы. Существует известная зависимость опасного поведения от содержания бреда, его структуры, темпа бредообразования, аффективной насыщенности и стойкости бредовых переживаний. Наиболее опасны для окружающих больные с бредовыми идеями преследования, воздействия, ипохондрическим бредом и бредом ревности. Важными являются такие характеристики параноидного синдрома, как стойкость и конкретность бреда любого содержания, включающего идеи ущерба и преследования, направленность на определенных лиц. По структуре более опасным является параноидный синдром, когда бред преследования и воздействия сочетается с сенестопатиями, висцеральными и слуховыми псевдогаллю-

цинациями. Психические автоматизмы, “бред овладения”, галлюцинации эротического и императивного содержания нередко определяют высокую степень социальной опасности больного. При оценке потенциального риска опасного поведения необходимо учитывать характер течения заболевания, стадию, а также фактор терапевтической динамики, так как состояние пациентов может значительно колебаться как спонтанно, так и под влиянием терапии.

*Негативные, или дефицитарные расстройства* являются неотъемлемой составляющей различных психических заболеваний и тесно связаны с проблемой общественной опасности. Их структура сложна и включает разнообразные клинко-психопатологические проявления и их сочетания: специфичные нарушения эмоциональной и волевой сферы, расстройства психической активности, мышления и поведенческих реакций, когнитивные нарушения, утрату критики. Негативные расстройства в виде дефицитарности, эмоциональной холодности, личностной огрубленности, выраженных поведенческих нарушений являются наиболее неблагоприятными и приводят к формированию опасного поведения, отличающегося патологическим компонентом агрессивного поведения и жестокостью.

*Психопатоподобная симптоматика* также относится к психопатологическим нарушениям, определяющим высокий риск общественной опасности больных. К распространенным клиническим характеристикам психопатоподобных расстройств относятся стеничность, сочетающаяся с эмоциональной холодностью, внешнеобвиняющее отношение к действительности, моторная активность, повышенная возбудимость, усиление влечений. Для таких больных характерны снижение глубины и модулированности эмоций, неадекватность в эмоциональном реагировании и поведении, оскудение морально-этических качеств, снижение, вплоть до утраты, критических способностей, сужение круга интересов. Они негативно относятся к трудовой деятельности, легко входят в асоциальную среду, склонны к злоупотреблению алкогольными напитками и наркотическими веществами, бродяжничеству. При наличии психопатоподобных расстройств антисоциальные формы поведения пациентов наи-

более устойчивы. Они чаще совершают повторные общественно опасные действия, в том числе многократные. Это позволяет трактовать указанный синдром как наиболее криминогенный.

Психопатоподобные синдромы возникают при различных психических расстройствах, их особенности довольно разнообразны. Показателями глубины характерологических изменений являются выраженная дисгармония психического склада личности, грубая дезадаптация в семейной жизни и быту, частые клинически очерченные состояния декомпенсации. Несмотря на большое разнообразие психопатоподобных проявлений, в качестве основного радикала, определяющего общественную опасность больных шизофренией, чаще всего выступают такие расстройства, как выраженная возбудимость, расторможенность, гиперактивность, частая и безмотивная смена настроения, грубость аффективных разрядов, которые сочетаются с негативизмом, парадоксальностью реакций и другими изменениями личности. Формирование психопатоподобных расстройств у лиц с церебрально-органической патологией сопровождается когнитивными, интеллектуально-мнестическими и другими нарушениями органического круга. В их структуру входят выраженные нарушения поведения, снижение адаптации, ослабление волевой регуляции, самоконтроля, повышение влечений, характерна также алкоголизация больных для купирования состояния внутреннего напряжения, раздражительности и brutality. Злоупотребление и зависимость от ПАВ, отсутствие трудовых установок, устойчивые связи в асоциальной среде во всех случаях повышают риск общественно опасного поведения. Психопатоподобная симптоматика у больных с умственной отсталостью проявляется в виде эмоциональной неустойчивости, гиперактивности, расторможенности, повышенной возбудимости, склонности к колебаниям настроения, нарушениям поведения, которые и определяют формирование опасного поведения. Для них могут быть характерны периодическая гневливость и вспыльчивость, злобная настроенность против окружающих, частые эксплозивные реакции с тенденцией к физической агрессии и разрушительным действиям.

Больные с психотическими состояниями представляют наибольшую опасность при наличии тенденции к спонтанному развитию рецидивов психоза; легкости провоцирования психотических расстройств психотравмирующими факторами и алкоголем. Риск опасного поведения у них возрастает, если в структуре психотического состояния имеют место галлюцинационно-бредовые расстройства с аффективной напряженностью, сопровождающиеся бредовым поведением; а также при персонифицированном характере бредовых идей; наличии агрессивного стереотипа поведения, сформировавшегося еще в преморбиде.

Пациенты с непсихотическими состояниями, негативными расстройствами представляют наибольшую потенциальную опасность, если у них имеют место выраженные нарушения поведения, эмоционально-волевой сферы; они сохранили сформировавшиеся в преморбидном периоде или приобрели позднее антисоциальные личностные установки; контактируют с лицами с антисоциальным поведением и находятся под их влиянием; не принимают поддерживающую терапию и избегают наблюдения со стороны участкового психиатра; злоупотребляют ПАВ. Коморбидность с болезнями зависимости в значительной степени снижает возможности компенсации имеющегося психического дефекта, адаптационные способности, приводит к ухудшению основных клинических характеристик, увеличивает риск совершения ООД.

С учетом того, что общественная опасность определяется не только риском совершения опасных действий в отношении других лиц, но и опасностью для самого пациента, участковому психиатру необходимо анализировать наличие факторов суицидального риска. К таковым у лиц с тяжелыми психическими расстройствами относятся бредовые идеи самообвинения и самоуничтожения, витальная тоска, пессимистическая личностная реакция на свое заболевание. Важными параметрами являются также выраженная аффективная неустойчивость, вербализация суицидальных переживаний и ее частота, наличие попыток совершения суицида в анамнезе.

Для правильной оценки потенциальной общественной опасности пациента необходимо знание его преморбидных особен-

ностей. Важными в этих случаях являются нравственные ценности пациента, существенную роль играет опыт, накопленный в процессе формирования личности. Преморбидные асоциальные и антисоциальные установки больных рассматриваются в качестве значимого фактора, повышающего риск общественно опасного поведения в период болезни. В то же время положительные личностные установки являются одним из факторов, предотвращающих совершение ООД. К преморбидным личностным характеристикам, увеличивающим риск опасного поведения, относятся высокий уровень агрессивности, враждебности и конфликтности, отсутствие чувства сопереживания, эмпатии, равнодушие к чувствам других, неспособность испытывать чувство вины и пр. Следует учитывать, что превалирование в преморбиде характерологических аномалий эксплозивного, возбуждимого, неустойчивого типов коррелирует с наличием в период болезни криминогенных психопатоподобных проявлений.

Большое значение в возникновении общественно опасного поведения придается влиянию асоциального окружения. Роль данного фактора особенно возрастает при наличии в клинической картине психического расстройства психопатоподобных нарушений, интеллектуальной несостоятельности больных. Даже при отсутствии асоциальных тенденций в поведении психически нездорового человека криминальное окружение может подталкивать его к совершению опасных действий.

Следует учитывать, что наличие криминального опыта (делинквентное поведение в подростковом возрасте, привлечение к уголовной ответственности, пребывание в прошлом в местах лишения свободы) негативно влияет на социальные установки и ценностные ориентации больного, увеличивает риск совершения ООД.

Семейная адаптация, характер сложившихся в семье пациента взаимоотношений, наряду с клинико-психопатологическими характеристиками болезненного процесса, в большой степени определяют поведение больного, препятствуя либо способствуя его общественной опасности. Забота и поддержка родных, близких лиц являются важным фактором предотвращения ООД. Напротив, непонимание родственниками состоя-

ния больного, конфликты с ним, совместное злоупотребление алкоголем, нарушение его прав и интересов могут спровоцировать опасные действия.

Увеличивают риск общественной опасности социальная незащищенность, отсутствие пенсионного обеспечения при наличии обусловленной психическим расстройством нетрудоспособности. Отсутствие занятости, трудового стажа делает прогноз более неблагоприятным. Особое значение в числе социальных факторов имеет также обеспеченность жильем, возможность удовлетворить основные жизненные потребности и другие характеристики.

Определение потенциального риска общественной опасности следует проводить путем комплексного анализа клинических, личностных, социальных факторов риска и протективных параметров. Современная модель оценки риска предполагает не абстрактный прогноз возможного ООД психически больного, а связь прогнозирования с целым рядом сопутствующих обстоятельств, комплексный анализ клинических, личностных и социальных факторов, как способствующих, так и препятствующих общественно опасному поведению. Использование при этом лишь клинико-психопатологического метода не всегда обеспечивает точность такого прогноза. С целью ее повышения целесообразно применение валидных оценочных инструментов, к таковым, в частности, относится оригинальная отечественная методика структурированной оценки риска опасного поведения – СОРОП (Макушкина О.А., Муганцева Л.А., 2016). Результаты ее апробации и внедрения свидетельствуют о том, что СОРОП обладает высокими прогностическими способностями и может использоваться в качестве эффективного метода определения потенциальной общественной опасности, дополняя клинический анализ.

Важной частью оценки риска является также учет результатов исследования психологических характеристик больного, таких как саморегуляция, фрустрационная толерантность, агрессивность, с анализом способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями, выявлением тенденций к агрессивным, насильственным поступкам.

## Контрольные вопросы

1. Дайте характеристику неспецифических и специальных мер превенции общественно опасных действий психически больных, реализуемых в амбулаторных условиях.
2. Как организована неспецифическая профилактика общественно опасных действий психически больных в нашей стране?
3. Дайте характеристику диспансерного наблюдения как меры неспецифической 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. В чем отличие мер первичной и вторичной профилактики общественно опасных действий лиц с психическими расстройствами?
6. Назовите цель первичной профилактики общественной опасности психически больных.
7. Перечислите меры вторичной профилактики общественной опасности психически больных в амбулаторных условиях.
8. Как осуществляется вторичная профилактика общественно опасных действий психически больных?
9. Какие клинико-психопатологические факторы риска общественной опасности психически больных вам известны?
10. Каковы особенности психотических нарушений, свидетельствующих о потенциальной общественной опасности больного?
11. Укажите личностные характеристики, способствующие формированию общественно опасного поведения психически больных.

12. Перечислите группы факторов, оказывающих влияние на формирование общественной опасности психически больных.
13. Назовите клинические ситуации, при которых участковому психиатру необходимо оценить степень риска общественно опасного поведения больного.
14. Дайте характеристику современной модели оценки риска общественно опасного поведения психически больных.

## **Глава 3**

### **Активное диспансерное наблюдение лиц с психическими расстройствами**

Активному диспансерному наблюдению подлежат пациенты, страдающие хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, склонные к общественно опасным действиям, а равно больные, направленные судом на принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях. АДН является подвидом диспансерного наблюдения, который устанавливается в отношении больных с риском опасного поведения.

В обязанности участкового врача входит инициирование постановки вопроса о включении пациента в группу АДН. Решение вопроса об установлении за больным АДН входит в компетенцию комиссии врачей-психиатров.

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

божденных 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 совершавшиеся в прошлом преступления или общественно опасные деяния, затруднений обычно не вызывает. Наибольшие трудности возникают, когда врач на основании особенностей клинико-пси-

хопатологической картины и социального статуса сам должен сделать вывод о потенциальной опасности пациента. При этом ему 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 “прямая” 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 имеются 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 при-

чинения 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, что определяет наибольшую социальную опасность пациентов этой группы. 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 криминогенными. 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, инфантильностью либо интеллектуальной дефицитарностью, 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.

С учетом того, что общественная опасность определяется не только риском совершения опасных действий в отношении других лиц, но и угрозой 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 самоуничтожения, витальная тоска, пессимистическая личностная реакция на свое заболевание, особенно при длительности его течения менее года. К важным параметрам относятся также суицидальные проявления в прошлом, выраженная аффективная неустойчивость, вербализация суицидальных переживаний и ее частота, наличие истинных попыток совершения суицида в анамнезе. Клиническим показателем суицидального настроения являются 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.

При психопатоподобных расстройствах с повышенной поведенческой активностью (стеничностью, сочетающейся с эмоциональной холодностью, лидерскими тенденциями, эгоцентризмом, повышенной возбудимостью) нередко отмечаются упорные тенденции к совершению ООД. Каждый такой больной должен насторожить участкового психиатра в плане риска совершения опасного деяния. Социальная дезадаптация пациента (или “адаптация на асоциальном уровне”), злоупотребление алкоголем или наркотиками и другие признаки антисоциальной ориентации являются безусловным основанием для включения его в группу АДН.

Важно подчеркнуть, что приведенные признаки не только позволяют выявлять потенциально опасных больных и вклю-

чать 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.

Медицинские карты больных из группы АДН располагаются в общих картотеках психоневрологических диспансеров с пометкой в верхнем правом углу лицевой стороны карты – “АДН” (активное диспансерное наблюдение). Активное диспансерное наблюдение за потенциально опасными больными нацелено, с одной стороны, на выявление признаков усиления общественной опасности, с другой – на организацию эффективных лечебно-реабилитационных мероприятий по ее предупреждению.

Приказом МЗ РФ и МВД РФ от 30.04.1997 г. № 133/269 установлены периодичность наблюдения пациента участковым психиатром с частотой не реже одного раза в месяц, а также межведомственное взаимодействие медицинских организаций и полиции в наблюдении за лицами, страдающими психическими расстройствами и представляющими опасность для окружающих, в целях предупреждения совершения ими правонарушений.

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, 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.

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»”.

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 преморбидном периоде 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.

Наибольшую опасность, с точки зрения совершения повторных ООД, представляют больные с психопатоподобной симптоматикой, для которых характерны повышенная поведенческая активность и патология влечений со сформировавшимся общественно опасным стереотипом поведения. Следует отметить в данной связи рост распространенности в последние годы коморбидности психопатоподобных состояний в рамках шизофренического 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 и мерах, необходимых для ее предупреждения.

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.

Между тем недобровольная госпитализация на практике редко применяется в отношении больных с преобладанием дефицитарных расстройств и изменений личности, поскольку

психиатры, работающие во внебольничной сети, традиционно считают эту меру показанной лишь при психотических состояниях с продуктивной симптоматикой.

Однако следует помнить, что Закон РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” (ч.4 ст.23 и ст.29) позволяет применять недобровольные психиатрические меры к лицам, страдающим таким психическим расстройством, которое, во-первых, является тяжелым, а во-вторых, обуславливает хотя бы 1 из 3 дополнительных признаков, среди которых на первое место в Законе поставлена непосредственная опасность для себя или для окружающих.

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 одного 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 установившееся в практике правило обязательного освидетельствования каждого больного в течение 3 дней после выписки из стационара.

При госпитализации больных из группы АДН в психиатрический стационар, передаче под диспансерное наблюдение другой медицинской организации направляющее учреждение извещает принимающее учреждение о склонности этих лиц к общественно опасным действиям, то есть о факте нахождения под АДН.

После завершения стационарного лечения в течение 3 дней участковый психиатр обеспечивает освидетельствование больного, назначает психофармакотерапию, соответствующую психическому состоянию, с учетом врачебных рекомендаций, данных при выписке из стационара.

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 плане имеет работа, направленная на преодоление зависимости от алкоголя и иных 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, вовлечение в трудотерапию. 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.

При отмене АДН необходимо констатировать, что у больного в результате проведенного лечения настолько улучшилось психическое состояние, что он не представляет опасности для себя и окружающих.

Однако только по поведению и высказываниям больных нельзя с уверенностью судить об отсутствии у них противоправных тенденций. При прекращении АДН следует ориентироваться также на объективные сведения, источником которых, наряду с собственными наблюдениями врача, является информация, полученная от членов семьи, соседей, социального работника, сотрудников полиции, а также данные экспериментально-психологического исследования.

Вопрос о прекращении АДН входит в компетенцию комиссии врачей-психиатров. Решение оформляется мотивированной

записью в амбулаторной карте, которая подписывается всеми членами комиссии.

Основаниями для прекращения АДН могут служить длительная стабилизация психического состояния больного, регулярное посещение им лечащего врача, соблюдение предписанной терапии, отсутствие за период наблюдения ООД и других форм делинквентного поведения, устойчивая социальная адаптация.

### **Контрольные вопросы**

1. Что является основанием для установления за больным активного диспансерного наблюдения?
2. Какова нормативная правовая регламентация активного диспансерного наблюдения?
3. Перечислите показания для установления за больным активного диспансерного наблюдения.
4. В чьи обязанности входит установление за больным активного диспансерного наблюдения?
5. Назовите специальный нормативный акт, определяющий организацию активного диспансерного наблюдения психически больных.
6. Перечислите основные требования к обеспечению активного диспансерного наблюдения за больным.
7. Укажите установленную периодичность наблюдения пациента, находящегося под активным диспансерным наблюдением участкового психиатра.
8. Каков порядок взаимодействия психиатрической службы с органами полиции в отношении больных, представляющих потенциальную общественную опасность?
9. Что может служить основанием для прекращения активного диспансерного наблюдения?
10. Кем принимается решение об отмене активного диспансерного наблюдения?
11. Что относится к компетенции органов полиции в рамках межведомственного взаимодействия в наблюдении за больными, находящимися под активным диспансерным наблюдением?

## **Глава 4**

### **Принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях**

Исполнение назначенных судом принудительных мер медицинского характера является мерой вторичной профилактики опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами. От качества проведения специалистами психиатрической службы данной работы во многом зависит вероятность их повторного опасного поведения.

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.

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 проведения.

Обязанность по исполнению назначенного судом принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях возложена на медицинские организации, оказывающие внебольничную психиатрическую помощь. При этом их статус определен уголовным законодательством, а курация имеет свои особенности.

Решение о назначении и прекращении АПНЛ принимается судом на основании рассмотрения заключения судебно-психиатрической экспертизы, комиссии врачей-психиатров (для лиц, находящихся на АПНЛ), полномочных давать рекомендации по применению этих мер.

В отличие от стационарного принудительного лечения, АПНЛ влечет за собой значительно меньшие ограничения личной свободы пациентов. Особенностью этого контингента больных является, с одной стороны, их потенциальная общественная опасность (ч.2 ст.97 УК РФ), а с другой – способность понимать требования АПНЛ и выполнять их, в связи с чем они “не нуждаются в помещении в психиатрический стационар” (ст.100 УК РФ).

АПНЛ лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, может использоваться как первичная принудительная медицинская мера и как заключительная мера после лечения в стационаре перед полным прекращением применения ПММХ. В отношении ограниченно вменяемых и вменяемых лиц, страдающих расстройством сексуального предпочтения (педофилией), иные виды ПММХ уголовным законом не предусмотрены.

АПНЛ в качестве первичной ПММХ следует рекомендовать с осторожностью. Необходимость назначения этой меры возникает в тех случаях, когда больной, не обладая достаточным реабилитационным потенциалом для адаптации в социуме, не может оставаться без помощи и контроля со стороны психиатрической службы и имеет ряд клинических и социальных особенностей, свидетельствующих о сохранении потенциальной

общественной опасности, степень которой не требует лечения и наблюдения в условиях психиатрического стационара.

Назначение данного вида принудительного лечения целесообразно в случаях, когда больные декларируют социально положительные намерения, планы по трудоустройству и т.п., однако эти установки отличаются неустойчивостью и изменчивостью, критическое отношение к своему состоянию и совершенному правонарушению носит формальный характер, а планы на будущее не вполне реалистичны. У больных могут наблюдаться сложности с адаптацией в силу наличия выраженных дефицитарных нарушений (эмоционально-волевое, когнитивное, интеллектуально-мнестическое снижение). При нарушении способности к прогностической оценке ситуации, выраженной пассивности, ведомости существует риск их вовлечения в неблагоприятное, асоциальное окружение.

Важными условиями первичного (без ПЛ в стационаре) направления пациентов на АПНЛ являются: упорядоченное поведение, приверженность терапии (комплайентность), наличие полного или частичного критического осмысления имеющегося болезненного расстройства, отсутствие необходимости в постоянном медицинском контроле в условиях стационара, психопатоподобной симптоматики, зависимости или злоупотребления ПАВ.

Противопоказания для первичного (без принудительного лечения в стационаре) назначения принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях: тенденция к спонтанному частому возникновению психотических обострений хронического психического расстройства или легкость провоцирования психотических состояний экзогенными факторами; неполная ремиссия заболевания; психопатоподобные нарушения; непрерывное течение заболевания с резистентностью к терапии, затрудняющее лечение в амбулаторных условиях; повторность совершения противоправных действий; социальная дезадаптация больного; асоциальная микросреда, способствующая вовлечению больного в криминальную деятельность; злоупотребление или зависимость от психоактивных веществ.

Круг лиц, которым показано принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях в качестве первичной меры медицинского характера, довольно ограничен. При выборе данной меры актуальным является решение вопроса о вероятности рецидива острого психотического состояния, приведшего к опасным действиям. В тех случаях, когда вероятность повторения временного психического расстройства сохраняется, например, при выходе из острого алкогольного психоза, принудительное лечение следует проводить в стационарных условиях.

Целесообразно учитывать свойственные больному индивидуально-личностные особенности и морально-нравственные установки, которые могут отразиться на его отношении к лечению и соблюдению врачебных рекомендаций в амбулаторных условиях, дальнейшей реадaptации в обществе. Так, успешность реабилитации лиц, перенесших временные болезненные расстройства психики, в том числе “исключительные состояния”, в значительной мере зависит от выраженности патологической почвы в виде церебрально-органической патологии и дополнительных вредностей (интоксикаций, психогений, соматических факторов).

Критерии назначения АПНЛ после проведения принудительного лечения больного в стационаре:

- способность к упорядоченному поведению, соблюдению назначенного амбулаторного режима, наличие положительных социальных установок;
- формальная критика к заболеванию и/или совершенному ООД;
- необходимость продолжения психофармакотерапии и оказания помощи для достижения оптимального для данного больного уровня социальной адаптации под контролем участкового психиатра;
- отмечавшаяся в прошлом склонность к злоупотреблению психоактивными веществами;
- наличие криминального опыта, повторность привлечения к уголовной ответственности.

Противопоказания для изменения принудительного лечения в стационаре на АПНЛ:

- наличие в клинической картине острой психотической симптоматики;
- отсутствие критики или двойственное отношение к персонифицированным бредовым идеям;
- нарушения больничного режима на протяжении последних 6 месяцев принудительного лечения;
- отсутствие установки на посещение участкового психиатра, прием поддерживающей терапии в амбулаторных условиях;
- отсутствие установки на отказ от употребления алкоголя и ПАВ.

Принудительные меры медицинского характера, включая АПНЛ, являются самостоятельным институтом права и, в соответствии с УК РФ, относятся к иным мерам уголовно-правового характера (гл.15 УК РФ, ст.ст. 97–104). Отличие психически больных, которым назначено АПНЛ, от правового статуса иных пациентов, получающих амбулаторную психиатрическую помощь, заключается в невозможности продления и прекращения применения этой меры без решения суда. Применение АПНЛ является формой оказания психиатрической помощи, что позволяет распространить на лиц, находящихся на АПНЛ, положения законодательства о здравоохранении. Лечение и реабилитация больных в период исполнения АПНЛ производятся в соответствии с действующими стандартами и клиническими рекомендациями.

Во время исполнения АПНЛ лицо, которому оно назначено судом, пользуется всеми правами, предусмотренными Законом РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”. Отдельные статьи этого Закона содержат прямые указания на принудительное лечение (ч.4 и 5 ст.11 – “Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство”, ст.13 – “Принудительные меры медицинского характера”), многие другие его нормы имеют общий характер и относятся ко всем пациентам, включая и находящихся на принудительном лечении.

Лица, находящиеся на АПНЛ, могут получать помощь во всех имеющихся в медицинской организации подразделениях (в том числе в дневном стационаре, лечебно-трудовых мастерских и т.п.). При наличии показаний они могут быть госпитализированы в психиатрический или общесоматический стационар. В случае, если пациент работает на прежнем месте работы или в специально приспособленных условиях, он имеет право на получение больничного листа, а при стойком снижении или утрате трудоспособности – на оформление инвалидности и получение пенсии на общих основаниях.

Целями исполнения АПНЛ являются: излечение или улучшение психического состояния лиц, к которым они применяются; предупреждение совершения ими новых деяний, предусмотренных статьями Особенной части Уголовного кодекса. Это определяет необходимость проведения, наряду с психофармакотерапией имеющегося у больного психического расстройства, 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.

К особенностям терапевтической тактики при проведении принудительного лечения относятся:

- использование многоосевого диагностического подхода с оценкой комплекса клинико-психопатологических, личностных и социальных факторов, оказывающих влияние на формирование общественно опасного поведения больного;
- реализация биопсихосоциального подхода к оказанию психиатрической помощи и устранению потенциальной общественной опасности больного с использованием мультидисциплинарного принципа взаимодействия специалистов, разработкой и реализацией индивидуальных программ реабилитации; направленность лечебно-реа-

билитационной работы на устранение факторов риска и усиление влияния защитных (протективных) параметров общественно опасного поведения.

Исполнение АПНЛ обеспечивают участковые психиатры. В крупных медицинских организациях психиатрического профиля с численностью врачебных участков более 8 для этой цели организуются кабинеты активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения. Лечебно-реабилитационные мероприятия включают, наряду с психофармакотерапией, психотерапевтическую и психологическую помощь в амбулаторных условиях.

Орган внутренних дел содействует наблюдению за лицами, находящимися на АПНЛ, в объеме, установленном указанным Приказом и ФЗ “О полиции”. В соответствии с п.12 ч.1 ст.12 ФЗ “О полиции”, полиция обязана осуществлять розыск лиц, уклоняющихся от исполнения назначенных им судом ПММХ. Эти лица могут быть задержаны сотрудниками полиции для передачи их в учреждения, обеспечивающие исполнение таких мер (п.7 ч.2 ст.14).

Приказом МЗ РФ и МВД РФ от 30.04.1997 г. № 133/269 регламентирована периодичность врачебного освидетельствования больных – не реже одного раза в месяц.

За лицами, страдающими хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, находящимися на АПНЛ, устанавливается АДН.

Списки лиц, находящихся на АПНЛ, передаются медицинской организацией в орган внутренних дел (полиции). В соответствии с Приказом МЗ РФ и МВД РФ от 30.04.1997 г. № 133/269 орган внутренних дел по просьбе диспансера устанавливает место пребывания лица, находящегося на АПНЛ, способствует врачебному осмотру, а также информирует диспансер обо всех случаях совершения указанным пациентом общественно опасных деяний, административных правонарушений, а также об особенностях поведения, говорящих о вероятности совершения ООД.

Контакт психиатра с сотрудниками полиции заключается в обмене информацией о фактическом месте жительства больных, их трудовом статусе, в проведении разъяснительной работы с участковыми инспекторами, а также в помощи со стороны правоохранительных органов при возрастании риска общественной опасности пациентов.

Пациенты с тяжелыми психическими расстройствами в случае уклонения от АПНЛ, отказа от назначенных лечебных мероприятий и при наличии показаний, предусмотренных ст.29 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, могут быть подвергнуты недобровольной госпитализации.

По решению суда больным, совершившим уголовно наказуемые деяния и признанным невменяемыми (ст.21 УК РФ), а также совершившим преступления и заболевшим психическим расстройством, исключающим назначение или исполнение наказания (ст.81 УК РФ), АПНЛ может быть заменено на ПММХ в психиатрическом стационаре.

Показания для изменения АПНЛ на принудительное лечение в психиатрическом стационаре:

- несоблюдение режима посещения участкового психиатра, невыполнение врачебных рекомендаций;
- отказ от приема показанной больному психофармакотерапии в амбулаторных условиях;
- употребление психоактивных веществ;
- асоциальный образ жизни;
- наличие продуктивной психопатологической симптоматики в виде стойких бредовых идей, нарушений восприятия;
- психопатоподобное поведение.

Рекомендация о замене АПНЛ на ПЛ в психиатрическом стационаре определяется возрастанием опасности пациента, связанным с изменением его состояния или обнаружением ранее не выявленных особенностей клинической картины и поведения.

В ряде случаев возрастание общественной опасности больного не позволяет откладывать госпитализацию до получения решения суда об изменении вида ПММХ. При наличии показаний больной, находящийся на АПНЛ, может быть госпитализирован в психиатрический стационар в недобровольном порядке в соответствии со ст.29 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”. При этом диспансер, во-первых, может, в соответствии с п.1.6 “Инструкции об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел Российской Федерации по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами”, прибегнуть к помощи полиции, а во-вторых, должен известить психиатрический стационар о том, что пациент находится на АПНЛ, а также о том, что в суд направлено представление об изменении вида ПММХ.

Своевременное изменение АПНЛ на стационарное ПЛ 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 мероприятиях и их эффективности, рекомендуемых мерах по предотвращению общественной опасности.

Такой фактор, как выпадение из поля зрения участкового психиатра больных, направленных на АПНЛ, является препятствием для профилактики ООД. Одной из его причин может быть неудовлетворительное взаимодействие психиатрической службы с органами полиции, неисполнение требований прика-

за Минздрава России и МВД России от 30.04.1997 г. № 133/269 “О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами”.

После законодательного введения так называемой ограниченной вменяемости (психические расстройства, не исключające вменяемости, – ст.22 УК РФ), осуществление принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях этих лиц, осужденных к наказанию, не связанному с лишением свободы, возложено на медицинские организации, оказывающие психиатрическую помощь в амбулаторных условиях. Как правило, это касается больных с расстройствами личности, легкой степенью умственной отсталости, непсихотическими формами органических психических расстройств.

Решение суда о назначении принудительных медицинских мер, соединенных с исполнением наказания, реализуется в форме возложения на осужденного обязанности подвергнуться назначенному лечению. В случае отказа, а также при явном уклонении от ее исполнения предусмотрена юридическая ответственность. Так, в соответствии с ч.1 ст.116 УИК РФ “уклонение от исполнения принудительных мер медицинского характера” отнесено к категории злостных нарушений порядка отбывания наказания. Признание осужденного злостным нарушителем порядка отбывания наказания влечет за собой наложение взыскания (части 2–4 статьи 116 УИК РФ).

Федеральным законом от 29 февраля 2012 г. №14-ФЗ “О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации в целях усиления ответственности за преступления сексуального характера, совершенные в отношении несовершеннолетних” предусмотрена возможность назначения принудительного лечения вменяемому лицу старше 18 лет, совершившему преступление против половой неприкосновенности несовершеннолетнего, не достигшего 14-летнего возраста, если лицо, совершившее преступление, страдает расстройством сексуального предпочтения (педофилией). В отношении этих лиц принудительное лечение может осуществляться, в том числе, после отбытия ими наказания, а также в период досрочного

освобождения или отбывания более мягкого вида наказания. В этих случаях его проведение возлагается на медицинские организации, оказывающие психиатрическую помощь в амбулаторных условиях. Контроль за исполнением лицом назначаемого ему режима лечебных мероприятий осуществляется уголовно-исполнительными инспекциями, а после отбытия наказания – органом внутренних дел. За уклонение от применения принудительных мер медицинского характера эти лица подлежат уголовной ответственности по ч.3 ст.314 УК РФ.

Исполнение АПНЛ осужденных с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, а также с расстройством сексуального предпочтения (педофилией) возлагается на медицинские организации, оказывающие психиатрическую помощь в амбулаторных условиях. Эти лица не страдают *тяжелым психическим расстройством*, что не дает права сотрудникам психиатрической службы применять к ним недобровольные психиатрические меры, предусмотренные Законом РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”. Применяемая к ним принудительная мера (АПНЛ) не может быть изменена на стационарное принудительное лечение, поскольку последнее в отношении них законодательно не предусмотрено.

Эти лица несут ответственность за исполнение назначенного им судом принудительного лечения, и в случае уклонения от его исполнения администрация медицинской организации должна информировать об этом орган внутренних дел, уголовно-исполнительную инспекцию для принятия мер в пределах их компетенции.

Медицинские организации, исполняющие АПНЛ, должны взаимодействовать с уголовно-исполнительными инспекциями при продлении или прекращении принудительной меры медицинского характера лицам, страдающим расстройством сексуального предпочтения (педофилией), не исключающим вменяемости. Федеральным законом от 29 февраля 2012 г. № 14-ФЗ в компетенцию уголовно-исполнительных инспекций включено полномочие направлять в суд представление о продлении и прекращении применения ПММХ.

В соответствии с указанным Федеральным законом и ч.1 ст.102 УК РФ продление и прекращение применения АПНЛ в отношении этих лиц осуществляются судом по представлению уголовно-исполнительной инспекции на основании заключения комиссии врачей-психиатров. Также уголовно-исполнительные инспекции в ч.2 ст.102 УК РФ названы в качестве органа, куда может быть подано ходатайство лица, в отношении которого исполняется АПНЛ, его законного представителя и (или) близкого родственника о прекращении принудительного лечения.

Продление, изменение и прекращение применения АПНЛ осуществляются судом по представлению администрации медицинской организации, осуществляющей принудительное лечение, или уголовно-исполнительной инспекции, на основании заключения комиссии врачей-психиатров.

Изменение или прекращение применения АПНЛ 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 (ч.1, 3 ст.102 УК РФ).

Лицо, которому назначено АПНЛ, подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров не реже одного раза в шесть месяцев для решения вопроса о наличии оснований для внесения представления в суд о прекращении применения или об изменении такой меры. Освидетельствование такого лица проводится также по инициативе лечащего врача, если в процессе лечения он пришел к выводу о необходимости изменения вида с амбулаторного на стационарный либо прекращения применения АПНЛ, а также по ходатайству самого лица, его законного представителя и (или) близкого родственника. Ходатайство подается через администрацию медицинской организации, осуществляющей принудительное лечение, или уголовно-исполнительную инспекцию, осуществляющую контроль за применением АПНЛ, вне зависимости от времени последнего освидетельствования.

Решение комиссии врачей-психиатров о необходимости продления, изменения или прекращения применения АПНЛ

оформляется 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 с приобщением указанного заключения.

Однако медицинская организация не вправе непосредственно обращаться в суд с представлением о продлении либо прекращении применения АПНЛ в отношении лиц, страдающих расстройством сексуального предпочтения (педофилией). Комиссионное заключение об этом направляется в уголовно-исполнительную инспекцию, которая и осуществляет представление в суд.

При отсутствии оснований для прекращения применения АПНЛ или изменения вида ПММХ администрация медицинской организации, осуществляющей АПНЛ, или уголовно-исполнительная инспекция представляет в суд заключение для продления АПНЛ.

Как уже было сказано выше, зачастую применение АПНЛ осуществляется в рамках так называемой ступенчатой отмены ПЛ. Критерии назначения АПНЛ в порядке изменения принудительной меры медицинского характера после проведения принудительного лечения пациента в стационаре существенно отличаются от таковых применительно к больным, которым оно назначается как первичная медицинская мера. Хотя при этом также требуется, чтобы больной по своему психическому состоянию был способен к упорядоченному поведению, соблюдению назначенного амбулаторного режима, имел положительные социальные установки. Однако при соблюдении указанных условий пациент может быть выписан из стационара под наблюдение диспансера и без применения АПНЛ. Назначение этой меры необходимо тогда, когда больной не обладает к моменту выписки достаточным реабилитационным потенциалом для адаптации в социуме без помощи и контроля со стороны психиатрической службы. Эти пациенты имеют ряд клинических и социальных особенностей, заставляющих сомневаться в глубине и стойкости достигнутых во время стационарного принудительного лечения положительных изменений. Это могут

быть больные с хроническими бредовыми расстройствами с частыми обострениями психотической симптоматики; пациенты с морально-этическим снижением, обусловленным дефицитом высших эмоций, с расторможенностью и извращенностью влечений, которые совершают повторные опасные действия, ведут асоциальный образ жизни.

В стационаре на фоне интенсивной терапии в течение длительного времени отмечается упорядоченное поведение этих больных без нарушений режима, они декларируют социально положительные намерения, планы по трудоустройству и т.п. Однако эти просоциальные установки отличаются неустойчивостью и изменчивостью, критическое отношение к своему состоянию и совершенному ООД носит формальный характер, планы на будущее – не вполне реалистичны.

Показаниями для назначения АПНЛ после принудительного лечения в стационаре являются: непрерывное течение хронического психического расстройства или формирование нестойких ремиссий; формальная критика к заболеванию и/или совершенному общественно опасному действию; необходимость продолжения психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации для достижения оптимального для данного больного уровня социальной адаптации; отмечавшаяся в прошлом склонность к злоупотреблению алкоголем, иными психоактивными средствами; наличие криминального опыта, повторность призывения к уголовной ответственности.

У большей части пациентов, совершивших опасные действия в психотическом состоянии, после изменения стационарного ПЛ на АПНЛ отмечаются в целом достаточно ровный фон настроения, упорядоченное поведение, отсутствие продуктивной психопатологической симптоматики. Наряду с этим они несколько облегченно относятся к перенесенному психотическому состоянию, недооценивают его связь с совершенным ООД. При этом у больных шизофренией выявляются характерные расстройства мышления (элементы паралогичности, недостаточная целенаправленность и др.). Также отмечаются негативные расстройства в виде эмоциональной сглаженности, отстраненности, пассивности, в силу чего для их вовлечения в домашние дела,

налаживания контактов с окружающими требуется активное побуждение со стороны. У пациентов с органическим поражением головного мозга сохраняются ригидность, обстоятельность мышления, эмоциональная лабильность, утомляемость.

Изложенное определяет различия в тактике лечебно-реабилитационной работы применительно к пациентам, которым АПНЛ назначено судом в качестве первичной ПММХ, и больным, вид принудительного лечения которых был изменен со стационарного на амбулаторный.

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

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.

Исполнение АПНЛ 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 окруже-

нию. Указанные задачи необходимо решать совместными усилиями специалистов полипрофессиональных бригад, которые 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, при необходимости – сексологи и другие специалисты.

Традиционно в процессе исполнения АПНЛ с определенной долей условности выделяют следующие этапы: 1) адаптационно-диагностический; 2) плановой дифференцированной курации; 3) завершающий.

Задачи, длительность, направленность и характер лечебно-реабилитационных мер на каждом этапе необходимо дифференцировать с учетом индивидуальных особенностей пациента. В процессе АПНЛ 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* принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях больным разъясняется медицинское и правовое значение назначенной меры медицинского характера, подчеркивается ее принудительный характер с обязательным выполнением предписанного врачом режима, лечебных и диагностических назначений. Объясняется возможность изменения вида принудительного лечения в предусмотренных законом случаях с амбулаторного на стационарное при невыполнении этих требований.

Назначаются консультации специалистов, проводятся необходимые виды обследования с уточнением особенностей соматического и неврологического состояния. Обязательным является патопсихологическое исследование, цель которого, наряду с оценкой психических функций больного, заключается в изучении его способности к самоконтролю, оценке агрессивности, склада личности и других параметров, значимых как в генезе опасного поведения, так и в работе по его предупреждению. Уточняется структура имеющихся психопатологических расстройств, осуществляется подбор биологической терапии, а также выявляются факторы риска опасного поведения, условия, которые могут препятствовать адаптации пациента и успешности принудительного лечения в амбулаторных условиях. Большое внимание уделяется анализу семейной и трудовой адаптации больного. При утрате трудоспособности и отсутствии инвалидности участковый психиатр направляет пациента на МСЭК. С учетом имеющихся у больного факторов риска общественной опасности совместными усилиями участкового психиатра, медицинского психолога, социального работника и специалиста по социальной работе разрабатывается индивидуальная программа реабилитации пациента. При ее разработке учитываются: психиатрический диагноз; сопутствующая соматическая и неврологическая патология, ее возможное влияние на переносимость психофармакотерапии; особенности клинической картины и течения болезненного расстройства – соотношение позитивных и дефицитарных нарушений, степень выраженности расстройств поведения, факторы хронификации патологического процесса; наличие криминального опыта; психопатологический механизм общественно опасного действия; ситуационные факторы, способствующие совершению правонарушения; особенности личности пациента – фрустрационная толерантность, самоконтроль, копинг-стратегии, наличие антисоциальных установок, ценностная ориентация; характер и степень социальной дезадаптации.

Индивидуальная реабилитационная работа включает медикаментозные виды лечения, психосоциальную терапию, психосоциальную реабилитацию, трудовую терапию и трудо-

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

На адаптационно-диагностическом этапе в отношении больных после завершения принудительного лечения в стационаре, как правило, проводится психофармакотерапия в соответствии с рекомендациями врачей стационара, продолжается реализация разработанных ранее лечебно-реабилитационных программ, решается ряд социально-бытовых проблем (прописка, переоформление пенсии и проч.). У большинства пациентов отмечаются сложности в адаптации, обусловленные изменением стереотипа поведения, выработанного в условиях стационара, необходимостью практического решения ряда социально-бытовых проблем. Распространенными являются тревожные опасения, склонность к субдепрессивным реакциям, ипохондричность (с попыткой ухода от решения возникающих проблем), нарушения сна. В таких случаях больным дополнительно назначают анксиолитики, проводят психологическую коррекцию.

В этот период могут наблюдаться существенные сложности в адаптации в силу наличия выраженных дефицитарных нарушений. При снижении способности к прогностической оценке ситуации, выраженной пассивности, ведомости существует риск вовлечения в неблагоприятное, асоциальное окружение. В связи с этим особое значение придается работе с родственниками пациентов, которые могут контролировать процесс приема препаратов и регулярность наблюдения в диспансере.

На адаптационно-диагностическом этапе в отношении больных шизофренией на основе анализа медицинской документации и изучения анамнеза ретроспективно оценивается структура перенесенных приступов, динамика заболевания и качество установившейся ремиссии. Собирается также информация о факторах риска рецидивов (влиянии психогенных воздействий и иных вредностей), оцениваются предшествующая терапия и

ее эффективность, что позволяет планировать последующие лечебные и социально-реабилитационные воздействия. Даются рекомендации в отношении избегания контактов с лицами, с которыми были связаны болезненные переживания во время психоза. Выявляются социальные проблемы, решение которых требует помощи сотрудников диспансера.

*Второй этап исполнения АПНЛ (этап плановой дифференцированной курации)* характеризуется сочетанием биологической терапии имеющейся у больного психопатологической симптоматики с активной психотерапевтической и психокоррекционной работой и оказанием социальной помощи.

Терапия психических расстройств и обследование пациентов проводятся в соответствии с утвержденными МЗ РФ стандартами оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями. Выбор психофармакологических средств, их доз и способов введения определяется структурой психопатологической симптоматики (преобладающим синдромом, коморбидными расстройствами), соматическим состоянием и возрастом больного.

В процессе АПНЛ больных шизофренией в зависимости от структуры ремиссии проводится лечение остаточных постпсихотических расстройств либо предупреждение обострений болезненной симптоматики. Принцип терапии: прием поддерживающих доз препаратов, сохранение ранее достигнутой редукции психотической симптоматики, влияние на негативные и когнитивные расстройства, обеспечение противорецидивного эффекта, т.е. поддержание устойчивой ремиссии, а также профилактика общественно опасного поведения, достижение оптимального для данного больного социального функционирования. В качестве поддерживающей (противорецидивной) терапии в амбулаторных условиях может использоваться продолжение ежедневного перорального приема уже подобранного нейролептика или переход на терапию препаратами пролонгированного действия. Проводится психосоциальная терапия и реабилитация.

При курации пациентов с психопатоподобными расстройствами следует учитывать, что у этих пациентов значительно

чаще возникают изменения психического состояния, требующие госпитализации. Происходит это в различные сроки после завершения принудительного лечения в стационаре и проявляется обычно в нарастании поведенческих расстройств, алкоголизации, наркотизации, асоциальных тенденциях. Их госпитализация в большинстве случаев носит недобровольный характер и осуществляется при помощи сотрудников полиции, что свидетельствует о необходимости, в ряде случаев, изменения меры медицинского характера. Восстановление адаптационных возможностей требует более длительных лечебно-реабилитационных мероприятий, активного взаимодействия участковых психиатров с родственниками, сотрудниками правоохранительных органов. Поскольку этих больных отличает большая стойкость личностных расстройств и нарушений поведения, они нуждаются в продолжении терапии нейрорепетитивными, избирательно действующими на эти симптомы, а также длительной когнитивно-поведенческой психотерапии. Повышение уровня самоконтроля, социальной адаптации, отказ от употребления психоактивных веществ приводит к утрате связей пациента с неблагоприятной микросоциальной средой. Длительность лечения определяется индивидуально. При проведении длительной противорецидивной терапии у больных с низкой комплаентностью, нарушениями поведения рекомендуется применение антипсихотических препаратов пролонгированного действия.

Необходимость использования мультидисциплинарного (бригадного) подхода к лечению и реабилитации в период исполнения принудительных мер медицинского характера диктуется комплексным характером имеющихся у больных клинических, психологических и социальных проблем, полифакториальным генезом общественно опасного поведения. В состав полипрофессиональной бригады входят: врачи-психиатры, психотерапевты, медицинские психологи, медицинские сестры, специалисты по социальной работе, социальные работники, инструкторы по трудовой терапии и лечебной физкультуре, при необходимости – сексологи и другие специалисты. Состав бригады специалистов формируется с учетом полноты реализации лечебно-реабилитационных мероприятий, необходимых

для достижения целей исполнения принудительных мер медицинского характера в отношении конкретного больного

Психологическую коррекцию и психотерапию в процессе исполнения АПНЛ целесообразно направить на осознание пациентом факта болезни, формирование приверженности лечению, выработку социально приемлемых стереотипов поведения, отказ от употребления ПАВ, выбор адекватных форм реагирования на ситуацию фрустрации.

Индивидуальная реабилитационная работа включает медикаментозные виды лечения, психосоциальную терапию и реабилитацию, трудовую терапию. К задачам психосоциальной реабилитации при исполнении принудительных мер медицинского характера относятся:

- обеспечение внутреннего и внешнего контроля, который препятствует пациентам действовать агрессивно, совершать общественно опасные действия;
- формирование приверженности лечению;
- повышение уровня саморегуляции;
- развитие эмоциональной компетентности;
- обеспечение отказа от психоактивных веществ;
- повышение уровня независимого функционирования;
- улучшение социальной адаптации;
- формирование установки на законопослушный образ жизни.

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

Структурными целями работы по психообразованию являются:

- информационная (восполнение дефицита знаний о специфике психических расстройств и связанного с ними гетеро- и аутоагрессивного поведения; о способах лечения психической патологии, важности соблюдения врачебных рекомендаций);

- личностная (формирование и развитие навыков распознавания симптомов заболевания и совладания с болезнью и стрессовыми ситуациями);
- социальная (улучшение качества социального функционирования и межличностных взаимодействий; повышение уровня самоконтроля);
- лечебная (снижение вероятности рецидива заболевания и формирования психопатологического механизма общественно опасного действия).

Психообразование предполагает обучающий формат в виде занятий с пациентами, применение техник информирования и группового обсуждения. Задачами такого рода работы применительно к больным, склонным к общественно опасному поведению, являются: информирование о психическом заболевании с целью формирования навыков правильного понимания своего состояния; стимуляция активной позиции в распознавании признаков обострения психического заболевания, выработка адекватной стратегии совладания с болезнью; информирование о роли заболевания в совершении правонарушения; формирование установки на взаимодействие с врачом, прием психофармакотерапии, выполнение иных рекомендаций; информирование о роли употребления алкоголя, иных психоактивных веществ в ухудшении психического состояния, совершении правонарушения.

Психообразовательная работа в период принудительного лечения, с одной стороны, направлена на решение проблем, традиционных для лиц с психическими расстройствами, — это низкий уровень знаний об имеющихся у них заболеваниях, особенностях их течения и методах лечения; неспособность своевременно отслеживать признаки наступления рецидива. С другой стороны, важной ее частью является предоставление информации о факторах, способствующих и сдерживающих противоправное поведение, о роли психического расстройства и употребления психоактивных веществ в его формировании с обоснованием необходимости контроля психического состояния, посещения психиатра и приема терапии, здорового образа жизни.

В отдельные блоки психообразования выделяются:

- общие вопросы психических расстройств с предоставлением информации о видах психической патологии, причинах и механизмах развития заболеваний, их проявлениях и методах лечения;
- личность и болезнь с проработкой основных типов отношения к болезни, формированием мотивации, установки на сотрудничество с психиатром, прием терапии;
- предупреждение общественно опасного поведения с рассмотрением обстоятельств, увеличивающих вероятность совершения правонарушений.

В основе повышения уровня саморегуляции – принцип дифференцированного подхода с учетом специфики клинических, личностно-психологических и социальных особенностей больных. Необходима работа, направленная на повышение контроля поведения с развитием навыков межличностного взаимодействия, прогноза последствий совершаемых действий; снижением внутренней напряженности, агрессивности; формированием социально приемлемых форм поведения. Целесообразно проводить когнитивно-поведенческие тренинги, использовать арт-терапевтические методики и психодраму с формированием законопослушных поведенческих стереотипов, закреплении социально одобряемых стратегий выхода из ситуации фрустрации. Эффективны групповые дискуссии, ролевые игры, анализ конкретных ситуаций.

При расстройствах шизофренического спектра пациенты демонстрируют неадаптивные формы поведения на фоне сниженных социальных потребностей. В работу с ними целесообразно включать когнитивно-поведенческую психотерапию. При ее проведении осуществляется разбор ошибок в логических построениях больного, разъясняются причины его неправильного поведения, демонстрируется зависимость между неверным пониманием жизненных ситуаций и противоправным поведением. Действующими факторами коррекционной работы являются логическая аргументация, разъяснение, эмоциональное воздействие, дидактические приемы. Терапия проводится с планомерным убеждением пациента в ошибочной трактовке

актуальных аспектов социального функционирования с развитием протективных личностных качеств, таких как самоконтроль, фрустрационная толерантность. При органических психических расстройствах общественно опасные действия часто совершаются с целью снятия эмоционального напряжения при невозможности отреагировать его социально приемлемыми способами. Такие пациенты характеризуются ригидностью мышления, склонностью к накоплению аффекта с его последующей разрядкой, высоким уровнем агрессивности, склонностью к дисфориям. Часто собственные агрессивные реакции индивидом трактуются как защитные вынужденные действия в ответ на враждебность и недоброжелательность окружающих. В процессе осуществления реабилитационных мероприятий целесообразно дополнение когнитивно-поведенческой психотерапии обучением методам самовнушения и релаксации. На занятиях проводятся когнитивно-поведенческие тренинги, учитывающие специфику работы с контингентом лиц с тяжелыми психическими расстройствами с высоким риском общественно опасного поведения. Используются арт-терапевтические методики и психодрама. Предусмотрены групповые дискуссии, ролевые игры, анализ конкретных ситуаций и пр. Психокоррекционную работу целесообразно направлять на глубинные механизмы психического функционирования, с целью повышения самоконтроля, формирования законопослушных поведенческих стереотипов, в том числе закрепления социально одобряемых стратегий выхода из ситуации фрустрации.

В процессе работы, направленной на формирование установки на отказ от употребления психоактивных веществ, целесообразно проводить информирование больного относительно особенностей формирования болезней зависимости, их влияния на социальную адаптацию, совершение правонарушений. Важной задачей является достижение осознания пациентом имеющихся проблем с употреблением психоактивных веществ, его мотивирование на здоровый образ жизни.

Известно, что лица с болезнями зависимости часто обнаруживают склонность к импульсивному поведению, риску, низкую способность к анализу собственных действий, эмоциональные

нарушения, опосредованные ситуационными побуждениями и внешними влияниями, препятствующими их реализации. В этой связи при осуществлении лечебно-реабилитационных мероприятий акцент ставится на задачах их научения самостоятельному распознаванию спонтанных эмоциональных импульсов (прежде всего, выражающихся во влечении к психоактивным веществам) и их управлению. Проводится обучение методикам саморегуляции, формируется мотивация на здоровый образ жизни.

В задачи работы по повышению социальной адаптации входят улучшение навыков межличностного взаимодействия, повышение социальной когниции, формирование приверженности труду, установок на законопослушное поведение. Целесообразно проведение тренингов социальных навыков – групповых обучающих занятий по формированию, восстановлению и развитию у пациентов навыков общения, межличностного взаимодействия. Применяются приемы и техники социального научения (наставничество, подсказывание, подкрепление, обратная связь, разыгрывание ролей), а также используются разного рода мотивирующие стимулы (поощрение, оценка промежуточных и конечных результатов деятельности). Основная цель – повышение уровня социального функционирования, научение социально приемлемым способам выхода из конфликтных ситуаций, преодоления жизненных сложностей. Занятия целесообразно проводить с применением психологической коррекции, социальной терапии и процесса воспитания – формирования установок на соблюдение социальных норм и правил, ценностных ориентаций, системы взглядов на мир, определяющих установку на законопослушный образ жизни.

Особое внимание следует уделять работе с семьей больного. Она направлена на выработку у родных и близких адекватного отношения к пациенту, привитие им знаний и навыков своевременного распознавания начальных признаков рецидива психического расстройства, а также на освоение стратегий собственного поведения, способных своевременно нейтрализовать ухудшение психического состояния. Для этих целей используется семейная психотерапия с элементами психо-

образования. Поддержка родственников, которые могут помочь адаптироваться к жизни, контролировать посещения психиатра и выполнение его рекомендаций, является важнейшей предпосылкой успешной ресоциализации в обществе, фактором, сдерживающим общественно опасное поведение больного.

В процессе лечения обычно происходят позитивные сдвиги в состоянии пациентов: достигается продолжительная ремиссия заболевания, нивелируются психопатоподобные, аффективные, неврозоподобные нарушения, а также связанные с ними асоциальные проявления, что является основанием для прекращения принудительного лечения, тогда как отсутствие такой динамики – основанием для его продления. Данные клинικο-динамического наблюдения и экспериментально-психологического исследования дополняются объективными сведениями о состоянии и поведении больного, которые участковый психиатр получает от членов его семьи, сотрудников полиции.

На третьем (завершающем) этапе, наряду с биологической терапией, целесообразно продолжать работу по психообразованию, закреплению адекватных форм реагирования на ситуацию фрустрации, взаимодействие с семьями больных. Достижение определенного (в зависимости от выраженности эмоционально-волевых, когнитивных, интеллектуально-мнестических расстройств) уровня социальной адаптации приводит к утрате связей пациента с неблагоприятной микросоциальной средой, способствует снижению риска совершения повторных ООД. До пациентов доводится информация о необходимости последующего наблюдения участковым психиатром, приема поддерживающей терапии.

На данном этапе осуществляются: комплексная оценка риска совершения больным повторных общественно опасных действий; определение тактики дальнейшей поддерживающей биологической и психосоциальной терапии, формирование рекомендаций по лечебно-реабилитационной работе после отмены АПНЛ.

В процессе курации целесообразно учитывать, что успехи в отношении социальной адаптации больных нередко нестойкие, уже незначительные трудности, провокации со стороны асо-

циального окружения, употребление алкоголя могут привести к срыву достигнутого уровня и рецидиву опасного поведения. Данным о социальной адаптации пациента следует придавать серьезное значение лишь при условии их большой длительности, которая определяет продолжительность АПНЛ.

Поскольку АПНЛ назначается в случаях, когда психическим расстройством обусловлена опасность больного для себя или других лиц, а также возможность причинения им иного существенного вреда (ч.2 ст.97 УК РФ), его выздоровление либо такое стойкое изменение психического состояния, при котором исключается эта опасность, является показанием для прекращения применения АПНЛ.

Важной частью работы, направленной на предупреждение рецидива общественно опасного поведения психически больных, является оценка риска совершения повторного ООД. Рекомендуются использование дифференцированного подхода к принятию решения об отмене АПНЛ, проведение комплексной оценки риска общественной опасности с учетом анамнеза, клинико-психопатологических, психологических, социальных характеристик больного с тщательным выявлением диссимулятивных и скрытых антисоциальных тенденций, что требует участия психиатров, медицинских психологов, социальных работников. Важным является анализ сведений, полученных от сотрудников полиции, членов семьи, а также иной характеризующий пациента материал.

При определении степени общественной опасности пациентов 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;
- е) 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.) – все это повышает риск совершения повторных ООД.

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), личностных и ситуационных факторов, способствующих и препятствующих совершению ООД; склонность к злоупотреблению алкоголем и ПАВ, данных об эффективности проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Аргументами в пользу решения об отмене АПНЛ могут быть следующие условия: констатация выраженной положительной динамики психического состояния в результате проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий; отсутствие психических расстройств, обусловивших ранее совершенные асоциальные поступки, нарушений поведения в течение длительного

времени; стойкость наступившего позитивного изменения психического состояния; появление критического отношения к совершенному ООД, осознание болезни; приверженность лечению; повышение адаптационных возможностей, отсутствие асоциальных тенденций.

Соблюдение этих условий свидетельствует о том, что вследствие достигнутого стойкого улучшения психического состояния, отсутствия продуктивной психотической симптоматики, 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 назначенной ему принудительной меры.

Заключения врачебных комиссий должны основываться не только на анализе актуального психического состояния больного, но и его личностных, социальных характеристик. Принимая решение специалистам по результатам данных клинико-динамического наблюдения за пациентом необходимо убедиться в стойкости редукции болезненной симптоматики и общественной опасности. Такого рода оценка проводится с использованием клинико-психопатологического метода и клинического наблюдения. В качестве дополнительных инструментов могут быть использованы: методика структурированной оценки риска общественной опасности (СОРОП); краткая психиатрическая оценочная шкала (BPRS), шкала негативной симптоматики (SANS) либо шкала позитивной и негативной психопатологической симптоматики (PANSS).

При этом методика СОРОП дает представление о динамике потенциальной общественной опасности пациента, факторах риска и протективных параметрах, оказывающих влияние на ее формирование. Краткая психиатрическая оценочная шкала (Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS) позволяет количественно и структурно оценить проявления продуктивной психотической симптоматики в клинической картине психического расстройства и может быть использована как показатель эффективности лечения.

С помощью шкалы негативной симптоматики (Scale for the Assessment of Negative Symptoms – SANS) проводится диф-

ференцированная 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*) позволяет проводить стандартизованную оценку психопатологической симптоматики шизофрении, определять клинический профиль больного и проследивать динамику его состояния в процессе терапии.

Также оцениваются иные изменения, важные с позиции снижения риска рецидива общественно опасного поведения: агрессивность, самоконтроль, коммуникативные навыки, характер интерперсональных взаимоотношений, социальное функционирование. Проводится анализ эмоциональных процессов, навыков самообладания, типов личностного реагирования, которые подвергались модификации в процессе психосоциальной терапии. В качестве инструментов оценки эффективности психотерапии могут применяться такие инструменты, как шкалы депрессии и тревоги Бека, ММПИ, 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. В качестве вспомогательного инструмента, объективизирующего такого рода оценку, возможно применение *Шкалы медикаментозного комплайенса* (Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вукс А.Я., Вид В.Д.). Эта клиническая шкала предназначена для определения прогноза уровня приверженности к длительному приему медикаментов. С ее помощью проводится количественная оценка комплайенса пациента при выполнении лекарственных назначений. К дополнительным инструментам оценки самоконтроля можно отнести опросник Стилль саморегуляции поведения (ССПМ), тест-опросник Исследование волевой саморегуляции. 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*).

Эта клиническая оценочная шкала предназначена для оценки социального функционирования. Увеличение балла по шкале является одним из показателей эффективности проведенного вмешательства.

Перед представлением на врачебную комиссию для решения вопроса о прекращении АПНЛ с пациентами и их родственниками проводятся разъяснительные беседы о необходимости соблюдения режима диспансерного наблюдения после отмены принудительной меры медицинского характера.

Положительное отношение больного к лечению, регулярность посещения ПНД при прочих равных условиях позволяют прогнозировать продолжение терапевтического сотрудничества и после отмены АПНЛ. Аналогичное значение может иметь установление контакта с его близкими, которые смогут осуществлять контроль за состоянием пациента, выполнением врачебных рекомендаций. Наличие родственников позволяет получать необходимую информацию в случае ухудшения состояния больного. Все это вселяет уверенность в том, что отмена судом принудительной меры не приведет к рецидиву заболевания с возрастанием риска совершения ООД.

### **Контрольные вопросы**

1. Назовите основания для назначения принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях.
2. Укажите показания для назначения принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях.
3. Перечислите противопоказания для назначения принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях.
4. Назовите категории лиц, в отношении которых законом предусмотрено применение принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях.

5. Обозначьте цели принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях.
6. Какова специфика принудительного наблюдения и лечения у психиатра в амбулаторных условиях?
7. Перечислите особенности проведения принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях больных с тяжелыми психическими расстройствами.
8. Назовите особенности организации принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях в отношении лиц с расстройством сексуального предпочтения.
9. Какова периодичность освидетельствования комиссией врачей-психиатров лица, которому назначено принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях?
10. Укажите особенности исполнения принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях в отношении лиц, осужденных за совершенные ими преступления, но нуждающихся в лечении психических расстройств, не исключающих вменяемости.
11. Перечислите клинико-психопатологические особенности больных, которым назначается АПНЛ, укажите их значение в организации лечебно-реабилитационной работы.
12. Дайте характеристику этапов исполнения принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях.
13. Укажите основные задачи психосоциальной реабилитации больных в период исполнения принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях.
14. Назовите задачи психообразовательной работы с пациентами в период исполнения принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях.
15. Какие клинико-психопатологические и социальные факторы риска повторного совершения общественно опасных действий Вам известны?

16. Укажите основания для прекращения принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях.
17. Какие факторы должны быть учтены комиссией врачей психиатров при решении вопроса об отмене принудительного лечения?
18. Какие методы и шкалы оценки психопатологической симптоматики и ее динамики Вы знаете?
19. Какие клинико-психопатологические характеристики больных являются противопоказанием для отмены принудительного лечения?

## **Глава 5**

### **Модели организации деятельности внебольничных подразделений психиатрической службы по предупреждению общественной опасности психически больных**

Значительная интенсивность и ответственность работы по предупреждению ООД лиц с психическими расстройствами определяют необходимость наличия организационных технологий, способных обеспечить ее эффективное выполнение. На сегодняшний день оптимальными и распространенными в регионах страны являются две модели организации деятельности внебольничного психоневрологического учреждения (подразделения) по профилактике общественной опасности психически больных

**Первая модель** реализуется в кабинетах психиатров центральных районных больниц, психоневрологических диспансерах (отделениях) с небольшим (до семи-восьми) количеством психиатрических участков и заключается в выделении группы активного диспансерного наблюдения и организации специфической работы с ней, исполнении назначенного судом АПНЛ. Эта деятельность осуществляется преимущественно участковым психиатром с привлечением других имеющихся в учреждении специалистов (медицинских психологов, социальных работников, специалистов по социальной работе).

**Вторая модель** применяется в достаточно крупных психоневрологических диспансерах (диспансерных отделениях) и состоит в создании специализированного кабинета активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения, осуществляющего лечебно-реабилитационную и профилактическую работу со всеми больными, находящимися на АДН и АПНЛ в данной медицинской организации. К основным функциям кабинета отнесены:

- диспансерное наблюдение и лечение лиц, страдающих хроническими и затяжными психическими расстройства-

ми с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, склонных к совершению общественно опасных действий;

- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством;
- принудительное наблюдение и лечение у психиатра в амбулаторных условиях.

Кабинеты активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения создаются за счет общей численности штатов медицинского персонала диспансера (диспансерного отделения), без нарушения участкового принципа обслуживания основной массы пациентов.

Организация и деятельность кабинетов регламентированы Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденным Приказом Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 г. № 566н. Структура и штатная численность кабинетов устанавливаются исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы, численности обслуживаемого населения и штатных нормативов, рекомендуемых Приказом Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 г. № 566н, из расчета:

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

Психиатр осуществляет диагностику, психофармакотерапию, консультации с врачами других специальностей, контро-

лирует качество формирования и реализации индивидуальных программ реабилитации. В его обязанности входит представление пациента на комиссию для решения вопроса отмены, продления либо изменения вида принудительного лечения.

Медицинская сестра отвечает за выполнение врачебных назначений, плана лечебно-реабилитационных мероприятий; контролирует терапевтические эффекты медикаментозной терапии; вместе с социальным работником участвует в социальной реабилитации пациента; осуществляет контроль за своевременностью посещения пациентом участкового психиатра; взаимодействует с его родственниками, обеспечивает сбор объективной информации о больном, его социальной адаптации; осуществляет контроль за обеспечением недобровольной госпитализации; выполняет иные поручения врача по обеспечению профилактики опасных действий пациентов.

Медицинский психолог осуществляет психологическую диагностику, оказывает психологическую помощь в решении личностных, профессиональных и бытовых проблем пациента с учетом его способностей, ценностных установок и актуальных планов, проводит индивидуальные и групповые психокоррекционные занятия; совместно с врачом-психотерапевтом проводит тренинги социальных и коммуникативных навыков, навыков независимого проживания, реализацию антиалкогольных и антинаркотических программ; оказывает психологическую помощь родственникам пациента. Он также оценивает эффективность проведенных форм работы с больным на различных этапах лечебно-реабилитационного процесса.

Социальный работник организует индивидуальную и групповую работу с пациентами, направленную на улучшение их социальной адаптации, коммуникативных навыков. Проводит мероприятия по социально-правовой защите пациентов (восстановление документов, регистрации по месту жительства, оформление пенсии, взаимодействие с организациями, оказывающими социальную помощь). Совместно с психотерапевтом и психологом осуществляет клубную работу, способствует улучшению социального функционирования пациента.

Медицинские карты больных из группы АДН размещаются в общих картотеках психоневрологических диспансеров с пометкой “АДН” (активное диспансерное наблюдение) или “АПНЛ” (принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях) в верхнем правом углу лицевой стороны карты и цветной маркировкой либо формируются отдельным массивом с той же пометкой. При любом способе расположения амбулаторные карты больных с общественно опасными тенденциями должны быть легко обнаружены в картотеке и подлежать особому учету.

Режим наблюдения и характер лечебно-реабилитационных мероприятий в отношении пациентов из групп АДН и АПНЛ, как уже отмечалось, существенно не различаются. Необходимо подчеркнуть, что хотя по своему содержанию эти мероприятия остаются лечебно-реабилитационными, как и в отношении других больных диспансера (кабинета), обязательность выполнения некоторых дополнительных требований, содержащихся в “Инструкции об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел РФ...”, значительно увеличивает затраты времени на их обеспечение со стороны врачей и персонала. Основные из этих требований следующие: 1) личное обследование больного не реже одного раза в месяц, а нередко и значительно чаще; 2) необходимость постоянного взаимодействия с полицией (передача списков больных, обмен информацией, инструктирование о характере наблюдения и др.); 3) большое количество дополнительной документации, оформляемой по определенным правилам, требующим юридических познаний, постоянная переписка с судами и административными органами, выступления в судах. Опыт показывает, что если на психиатрическом участке количество больных, находящихся под АДН и на АПНЛ достигает 25–30 человек, то соблюдение всех этих требований становится весьма проблематичным или достигается за счет снижения качества обслуживания других пациентов участка. Изложенное определяет целесообразность организации в крупных диспансерах кабинетов активного диспансерного наблюдения, предусмотренных действующим Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения.

Для обеспечения объективности, решения об установлении за больными АДН и его прекращении, равно как вынесение рекомендаций для судов о продлении и отмене АПНЛ, изменении вида принудительного лечения с амбулаторного на стационарный, принимаются комиссионно. Персональный состав комиссии утверждается приказом главного врача медицинской организации либо приказом руководителя территориального органа управления здравоохранением. Количественный состав комиссии законодательством и какими-либо нормативными актами не установлен, она может состоять минимум из двух человек. Лечащий врач, независимо от стажа и опыта, участвует в работе комиссии в качестве ее полноправного члена. К этому следует добавить, что по общему правилу в состав комиссии по ходатайству лица, подлежащего освидетельствованию, или его законного представителя может быть включен врач-психиатр из числа указанных ими лиц, согласившийся принять участие в освидетельствовании (ч.2 ст.5 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”). Неявка врача-психиатра, включенного в состав комиссии по ходатайству освидетельствуемого лица или его законного представителя, если он был своевременно извещен о времени заседания комиссии, не препятствует проведению освидетельствования.

В сельских районах, где амбулаторная психиатрическая помощь оказывается участковым психиатром центральной районной больницы, для освидетельствования лиц, находящихся на АДН и АПНЛ, орган управления здравоохранением с учетом местных условий может либо сформировать комиссию в составе указанного специалиста и врача регионального (краевого/областного) психиатрического учреждения, либо возложить эту функцию на комиссию врачей-психиатров учреждения, осуществляющего стационарное принудительное лечение в данном регионе.

В сложных и спорных случаях вопросы о возможности изменения или прекращения АДН и АПНЛ могут быть рассмотрены комиссией под председательством главного психиатра соответствующего (по подчиненности медицинской организации) органа управления здравоохранением.

Функции комиссии при двух названных видах освидетельствования не вполне совпадают. В первом случае именно комиссия своим решением включает пациента в группу АДН и выводит его из этой группы, т.е. освидетельствование обязательно проводится при решении вопроса о включении лица в группу АДН и при выведении из нее. Таким образом, на одного больного приходится как минимум два комиссионных освидетельствования. Если же принять во внимание внеочередные освидетельствования по просьбе больного или его близких, а также случаи, когда комиссия не согласилась с представлением лечащего врача, то число освидетельствований может быть значительно большим.

В отношении пациентов, направленных на АПНЛ, порядок и частота комиссионных освидетельствований регламентированы Законом (ст.102 УК РФ). В соответствии с этим включение в группу АДН не требует заключения комиссии, поскольку АПНЛ назначается судом. Однако в дальнейшем больной должен быть представлен на комиссию не реже одного раза в 6 месяцев либо во внеочередном порядке, если возникает вопрос об изменении или прекращении применения принудительной меры медицинского характера, а также по просьбе самого лица, его законного представителя или близкого родственника. При этом продление принудительного лечения первый раз осуществляется судом через 6 месяцев, а в последующем – не реже одного раза в год; прекращение и изменение принудительной меры также осуществляется только судом на основании заключения комиссии врачей-психиатров.

Комиссия, независимо от количества больных, работает на постоянной основе с обязательной регистрацией в специальном журнале всех освидетельствований. Любое решение в отношении пациента группы АДН оформляется мотивированной записью в амбулаторной карте, которая подписывается всеми членами комиссии. Также поступают и с решением о необходимости продолжения АПНЛ, если оно не подлежит направлению в суд. Заключение о психиатрическом освидетельствовании комиссией врачей-психиатров лица, находящегося на принудительном лечении (медицинское заключение – форма 104У), требующее

судебного решения, администрацией учреждения в течение 10 дней направляется в суд, назначивший принудительную меру медицинского характера, или в суд по месту нахождения лечебного учреждения, а в отношении лиц, страдающих расстройством сексуального предпочтения (педофилией), – в уголовно-исполнительную инспекцию.

В ряде случаев в суд направляется комиссионное заключение о необходимости изменения меры медицинского характера на принудительное лечение в психиатрическом стационаре того или иного типа. Такие заключения обычно даются в связи с изменением состояния больного, приведшего к возрастанию его общественной опасности (нередко значительному), что не позволяет откладывать госпитализацию до получения решения суда.

Решение о продлении, изменении или прекращении применения принудительной меры медицинского характера выносит суд. Суд прекращает или изменяет применение принудительной меры медицинского характера в случае такого психического состояния лица, при котором отпадает необходимость в применении ранее назначенной меры либо возникает необходимость в назначении иной принудительной меры медицинского характера. Судебное решение может быть реализовано только после его вступления в законную силу.

В части 5 статьи 445 УПК РФ, посвященной прекращению, изменению и продлению применения принудительной меры медицинского характера, указано на возможность назначения судебной экспертизы в случае, если рассмотренное в судебном заседании “медицинское заключение вызывает сомнение”. В этом случае к компетенции судебных психиатров экспертов относятся: а) оценка связи имеющегося у больного психического расстройства с возможностью причинения им иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц; б) решение вопросов, связанных с изменением вида, отменой, продлением принудительных мер медицинского характера.

В ряде случаев суды отказывают медицинским организациям в продлении, изменении, прекращении АПНЛ в связи с недостаточно полным и убедительным описанием психического

состояния больного на период обращения в суд или отсутствием четких указаний на характер происшедших 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 специальных знаний в области психиатрии, по возможности не содержать специальных психиатрических терминов и аббревиатур. Необходимо подробно и исчерпывающе отражать психическое состояние больного к моменту обследования, характер течения заболевания, особенности социального статуса (трудоспособность, наличие семьи, опекуна, жилья и т.д.), рекомендации относительно его дальнейшей курации.

Заключение комиссии должно основываться не только на состоянии пациента на момент освидетельствования. Важным условием является оценка психического расстройства в прогностическом плане (с учетом проведенного лечения и динамики состояния больного за период АПНЛ) 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 АПНЛ; каким судом и от какого числа вынесено первичное решение о проведении принудительного лечения по данному уголовному делу; статьи Уголовного кодекса, по которой 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 АПНЛ после ПЛ

в психиатрическом стационаре необходимо указать сведения об изменении вида ПММХ, дать краткую характеристику лечебно-реабилитационной работы с больным, проведенной в стационаре, и данные при выписке 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 микро-среды, 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, побеги из больницы и т.д.). Указываются установленный диагноз, характер проводившегося лечения, его результаты. Описываются обстоятельства совершения данного ООД, его связь с проявлениями болезни, а также особенности психического состояния в период прохождения судебно-психиатрической экспертизы.

Далее описывается психическое состояние больного после назначения данного 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 в других медицинских организациях лечебно-реабилитационных мер. Отображается динамика психического состояния в процессе исполнения настоящего АПЛ. Описываются перемены в отношении больного к проводимому лечению, соблюдению врачебных рекомендаций, динамика состояния основных сфер психической деятельности и др.

Приводятся также сведения 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 трудоспособности, пенсионное обеспечение, возможность трудоустройства, в том числе в лечебно-трудовые мастерские, семейное положение больного и внутрисемейные взаимоотношения. Указывается наличие у больного регистрации (прописки), где и с кем он будет проживать, имеет ли жилую площадь или право на проживание.

При описании *результатов настоящего освидетельствования* отражается наличие физических дефектов, описываются патологические изменения со стороны внутренних органов и систем, указываются диагнозы, установленные терапевтом, хирургом или врачом другой специальности.

Описываются симптомы, свидетельствующие о наличии (или отсутствии) признаков функционального или органического поражения центральной и периферической нервной системы. Приводятся данные специальных исследований. Указывается диагноз, установленный неврологом (если такая консультация проводилась).

При описании психического состояния в динамике указываются проявления психического расстройства с момента поступления больного на АПНЛ до настоящего освидетельствования. Приводятся исчерпывающие данные о психическом состоянии больного с отражением не только имеющейся психопатологической симптоматики, но и социально-трудовых установок, отношения 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. Необходимо не только изложить жалобы и высказывания больного, но и показать его отношение к ним, а также наличие диссимулятивных тенденций.

Следует описать поведение больного, участие в психокоррекционной работе, выполнении медицинских процедур, его отношение к пребыванию на АПНЛ, 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. Фиксируются отношение больного к совершенному ООД, характер планов на будущее, подходы к решению семейных проблем, отношение к труду и другие актуальные социальные установки.

Описание психического состояния дополняется данными экспериментально-психологического исследования с акцентом на степень сохранности 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 международными стандартами (МКБ-10), 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 и сглаживанию или исчезновению психопатологической симптоматики, которая привела к совершению опасного действия. При этом важно показать, что в настоящее время у больного не отмечается наличие болезненной симптоматики, обуславливающей асоциальные тенденции, не наблюдаются нарушения диспансерного режима, появилось осознание болезни и совершенного деяния, повысились адаптационные возможности.

При необходимости изменения назначенного судом АПНЛ на более строгую (стационарную) принудительную меру медицинского характера необходимо указать, что состояние больного изменилось, появились выраженные расстройства поведения, повторные нарушения режима наблюдения, склонность к уклонению от амбулаторного лечения, агрессия в отношении родственников 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 АПНЛ и необходимости назначения ПЛ в психиатрическом стационаре.

При отсутствии оснований для прекращения применения или изменения принудительной меры медицинского характера заключение может быть наиболее кратким, в нем обосновывается вывод о необходимости продления АПНЛ. 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.

Приведенные рекомендации 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 (ст.100, гл. 15).

Деятельность медицинских организаций психиатрического профиля, отделений и кабинетов, ответственных за работу по внебольничной профилактике ООД, нуждается в постоянном анализе с целью более эффективного управления службой, а показатели, ее характеризующие, имеют определенную специфику. Эта специфика во многом связана с особенностями амбулаторного наблюдения, а также лечения и реабилитации больных, склонных к совершению противоправных действий.

Оценка эффективности системы профилактики опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами, предполагает динамический анализ трех взаимосвязанных компонентов: *ресурсного обеспечения, самого процесса профилактической работы и полученного результата*. Большая часть показателей, позволяющих провести такого рода анализ, включена в официальную статистическую отчетность, ежегодно предоставляемую органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации в Минздрав России. К специальным отчетным формам относится форма № 36-ПЛ «Сведения о контингентах больных с психическими расстройствами, находящихся под активным диспансерным наблюдением и на принудительном лечении в 20\_\_г.». «ФГБУ НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России издает информационно-аналитические справочники, содержащие результаты сравнительного анализа деятельности по судебно-психиатрической профилактике 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.

При оценке ресурсного обеспечения проводится анализ наличия необходимых структурных подразделений, их оснащения, кадрового обеспечения. Обеспеченность подразделениями и специалистами оценивается в сопоставлении с действующим Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения. Действующий в насто-

ящее время Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденный Приказом Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 г. № 566 (далее Порядок) предусматривает наличие в медицинских организациях: кабинетов активного диспансерного наблюдения и амбулаторного принудительного лечения; отделений медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях; медико-реабилитационных отделений для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи. Указанные структурные подразделения, в соответствии с положениями об их работе, имеют непосредственное отношение к предупреждению опасных действий больных. Их отсутствие в региональных психиатрических службах свидетельствует о недостаточном ресурсном обеспечении системы судебно-психиатрической профилактики. В процессе анализа оцениваются: наличие/отсутствие указанных подразделений, их мощность и оснащение.

Деятельность по судебно-психиатрической профилактике в амбулаторных условиях обеспечивается участковыми психиатрами, работающими во внебольничных подразделениях психотерапевтами, медицинскими психологами, специалистами по социальной работе и социальными работниками. Соответствующие показатели представляют частное от деления числа занятых должностей указанных специалистов на численность населения на конец года, умноженное на 100 000. Проводится их сопоставление со штатными нормативами, рекомендованными действующим Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения.

*Оценивается также укомплектованность кабинетов активного диспансерного наблюдения и амбулаторного принудительного лечения врачами-психиатрами, медицинскими психологами, специалистами по социальной работе и социальными работниками. Критерием оценки является соблюдение штатных нормативов, рекомендованных действующим Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения.*

*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 оказания помощи и клинических рекомендаций; полноты использования методов психосоциальной терапии и реабилитации, обеспечения преемственности в работе медицинских подразделений. При определении качества реализации мер, направленных на профилактику ООД, во внебольничных подразделениях анализу подлежат следующие показатели.*

*Число больных, находящихся под активным диспансерным наблюдением (АДН), в расчете на 100 тысяч населения. Показатель характеризует деятельность участковых психиатров по применению специальных мер предупреждения ООД лиц с психическими расстройствами. Плановое значение показателя – не менее 35 на 100 тыс. человек населения.*

*Доля больных, не совершивших ООД или преступления в течение жизни, от общего числа пациентов, находящихся под АДН на конец отчетного года. Показатель характеризует активность деятельности участковых психиатров по первичной профилактике ООД лиц с психическими расстройствами. Его плановое значение – более 25%. Увеличение этого показателя свидетельствует об активной деятельности участковых психиатров по первичной профилактике ООД лиц с психическими расстройствами.*

*Доля больных, охваченных бригадными полипрофессиональными формами работы, от среднегодового числа лиц, находившихся под АДН. Чем ближе данный показатель к 100%, тем эффективнее проводится работа по предупреждению ООД лиц, находящихся под АДН. Его низкое значение указывает на недостаточное применение психосоциальной терапии и реабилитации, отсутствие комплексного воздействия на факторы риска общественной опасности.*

*Число больных, находящихся на принудительном наблюдении и лечении у врача-психиатра в амбулаторных условиях (АПНЛ), на 100 тысяч человек населения. Данный показатель должен быть сопоставим со средним по РФ. Низкое его значе-*

ние свидетельствует о недостаточном применении в регионе данного вида ПММХ.

*Средняя длительность исполнения АПНЛ.* Показатель представляет частное от деления числа дней, проведенных на АПНЛ больными, прекратившими АПНЛ по решению суда, на число больных, прекративших АПНЛ по решению суда в отчетном году. Данный показатель должен быть сопоставим со средним по РФ. Низкое его значение (менее 6 месяцев) может свидетельствовать о недостаточной продолжительности применения данного вида ПММХ и нуждается в дополнительном анализе обоснованности его отмены.

*Доля больных, охваченных бригадными полипрофессиональными формами работы, от среднегодового числа больных, находившихся на АПНЛ.* Чем ближе данный показатель к 100%, тем эффективнее работа по предупреждению ООД лиц, находящихся на АПНЛ. Его низкое значение указывает на недостаточное применение психосоциальной терапии и реабилитации, отсутствие комплексного воздействия на факторы риска повторного противоправного поведения.

*Анализ результата* включает сопоставление фактически достигнутых показателей деятельности по профилактике общественной опасности с научно обоснованными критериями ее эффективности. При оценке результата деятельности по профилактике общественной опасности лиц с психическими расстройствами во внебольничных подразделениях анализу подлежат следующие показатели.

*Число лиц, признанных невменяемыми в регионе на конец года, на 100 тысяч человек населения всех возрастов на конец соответствующего года.* Данный показатель сопоставляется с аналогичным средним по РФ. Чем он ниже, тем эффективнее работа психиатрической службы субъекта РФ по предупреждению ООД психически больных. Его высокое значение указывает на наличие дефектов профилактической работы: недооценку потенциального риска общественно опасного поведения больных; недостаточное качество деятельности по применению специальных мер профилактики – активного диспансерного наблюдения и принудительных мер медицинского характера.

*Смертность лиц с психическими расстройствами, состоявших под диспансерным наблюдением у психиатра, от суицидов.* Анализируются: общее число больных, состоявших под диспансерным наблюдением у психиатра и умерших от суицидов в данном году; а также относительный показатель, рассчитанный на 1000 лиц, состоявших под диспансерным наблюдением в данном году. Плановое значение показателя – не выше общего показателя смертности от суицидов на 1000 населения в регионе. Чем ближе этот показатель к нулю, тем эффективнее работа участковых психиатров по предупреждению аутоагрессивного поведения психически больных.

*Доля больных, совершивших в течение отчетного года ООД и при этом находившихся под АДН, от среднегодового числа больных, находившихся под АДН.* Чем ближе данный показатель к нулю, тем эффективнее работа участковых психиатров по предупреждению ООД. Его высокое значение (свыше 5,0%) указывает на низкое качество организации активного диспансерного наблюдения.

*Доля больных, находившихся на АПНЛ и совершивших в течение года новое ООД, от среднегодового числа больных, находившихся на АПНЛ.* Чем ближе данный показатель к нулю, тем эффективнее работа участковых психиатров по предупреждению повторного совершения ООД лицами, находящимися на АПНЛ. Его высокое значение (свыше 4,0%) указывает на низкое качество исполнения АПНЛ.

*Доля больных, поступивших на ПЛ в стационар и ранее находившихся на ПЛ, от общего числа больных, поступивших в психиатрический стационар на ПЛ в течение соответствующего года.* Данный показатель отражает повторность совершения ООД. Чем он меньше, тем эффективнее работа по предупреждению повторных ООД психически больных в регионе. Его высокое значение (более 20–25,0%) указывает на низкое качество профилактической работы. Величина этого показателя должна сопоставляться с аналогичным средним показателем по РФ.

Необходим ежеквартальный мониторинг индикаторных показателей, отражающих эффективность работы внебольничных подразделений психиатрической службы по профилактике

ООД психически больных, на уровне отделений, психиатрических больниц и диспансеров, а также субъектов РФ.

Непосредственное отношение к оценке качества и эффективности работы специалистов, занятых исполнением ПММХ, имеет показатель повторности совершения ООД больными, прошедшими принудительное лечение. 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 микро-социальными 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 микросреды, в которой находится пациент. Анализ случаев повторных ООД обычно позволяет выявить подобные недочеты в работе психиатрической службы.

Система контроля качества профилактики общественно опасных действий психически больных в амбулаторных условиях включает: *государственный контроль*, осуществляемый судами, прокуратурой, аппаратом уполномоченного по правам человека; *ведомственный контроль*, проводимый федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов РФ; *внутренний контроль*, обеспечиваемый заведующими отделениями, заместителями главного врача, врачебными комиссиями медицинских организаций и *вневедомственный контроль*, участниками которого являются медицинские ассоциации, общества защиты прав потребителей медицинских услуг, иные общественные организации.

## Контрольные вопросы

1. Дайте характеристику моделей организации деятельности медицинских организаций по предупреждению общественно опасных действий психически больных во внебольничных условиях.
2. Назовите функции кабинетов активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения.
3. Укажите штатные нормативы кабинетов активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения.
4. Назовите основные компетенции медицинского психолога в штате кабинета активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения.
5. Опишите регламент работы по продлению, изменению вида, прекращению АПНЛ.
6. Укажите особенности организации работы врачебных комиссий по продлению, изменению вида, прекращению АПНЛ в сельской местности.
7. Каковы требования к написанию заключения об освидетельствовании комиссией врачей-психиатров лица, находящегося на принудительном лечении?
8. Перечислите составляющие системы контроля качества профилактики общественно опасных действий психически больных в амбулаторных условиях.
9. Назовите основные компетенции социального работника в штате кабинета активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения.
10. Назовите особенности представления в суд документов о продлении, отмене АПНЛ в отношении лиц, страдающих расстройством сексуального предпочтения (педофилией).
11. Назовите показатели оценки качества работы внебольничных подразделений психиатрической службы по профилактике опасного поведения психически больных.

12. Перечислите факторы, оказывающие влияние на повторность общественно опасного поведения психически больных.
13. Укажите меры по предупреждению рецидива противоправного поведения психически больных.
14. Назовите показатели оценки результата работы по предупреждению общественно опасных действий психически больных во внебольничных условиях.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Предупреждение общественно опасных действий лиц с психическими расстройствами является важным разделом работы амбулаторных подразделений психиатрической службы. Данный вид деятельности требует специальной подготовки участковых врачей-психиатров, судебных психиатров-экспертов и иных специалистов, расширения их познаний в области определения потенциальной общественной опасности больных, выбора эффективных мер по ее профилактике, а также создания в структуре психиатрических учреждений организационных форм, специально предназначенных для проведения такой работы.

В Учебном пособии содержится информация относительно различных аспектов первичной и вторичной превенции, описаны организационные модели предупреждения опасных действий психически больных во внебольничных условиях. Раскрыты нормативно-правовое регулирование, порядок межведомственного взаимодействия, содержание профилактической работы на психиатрическом участке, подходы к оценке ее эффективности. Представленные сведения позволят совершенствовать процесс подготовки специалистов, будут способствовать решению важной социальной задачи по предотвращению общественно опасного поведения пациентов.

## **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
ПЛ	– принудительное лечение
ПММХ	– принудительные меры медицинского характера
ПНД	– психоневрологический диспансер
СПП	– судебно-психиатрическая профилактика
СПЭК	– судебно-психиатрическая экспертная комиссия
СУ	– специальный учет
УК	– Уголовный кодекс
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.

Авидон И., Гончукова О. Тренинги взаимодействия в конфликте: Материалы для подготовки и проведения. – СПб.: Изд-во Речь, 2008. – 280 с.

Агрессия и психические расстройства / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича. – М.: ФГУ “ГНЦС и СП им. В.П. Сербского”, 2006. – Т. 2. – 196 с.

Бабаян Э.А. Совершенствование психиатрической помощи на основе междисциплинарного подхода: Дис. в форме научного доклада на соискание ученой степени д-ра мед. наук. – М., 1990. – 58 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.

Блэквелл Г., Либерман Р.П., Уэллэйс Ч. Дж., Обучение тяжело психически больных: модули программы по социальным навыкам и навыкам самообслуживания // Шизофрения. Изучение спектра психозов / Под ред. Р. Дж. Энсилла, С. Холлидея, Дж. Хигенботтэма: Пер. с англ. – М.: Медицина, 2001. – С. 51-64.

Букреева Н.Д., Голланд В.Б. Экономико-статистический аспект организации кабинета активного диспансерного наблюдения // Профилактика общественно опасных действий лиц с тяжелыми психическими расстройствами во внебольничных условиях. – Тверь, 2006. – С.52-60.

Булыгина В.Г., Карпова Д.А., Шанова А.Ю. Когнитивно-поведенческий подход при психокоррекции психически больных правонарушителей с продуктивно-психотической симптоматикой: Аналитический обзор. – М.: ФГУ “ГНЦ ССП им. В.П. Сербского”, 2010. – 57 с.

Булыгина В.Г., Мирошниченко Е.М., Шанова А.Ю., Карпова Д.А. Модели тренингов с психически больными, совершившими ООД (зарубежный опыт): Аналитический обзор. – М.: ФГУ “ГНЦ ССП им. В.П. Сербского”, 2010. – 39 с.

Васильева Т.М. Опыт групповой психосоциальной терапии больных, состоящих под активным диспансерным наблюдением //

Профилактика ООД лиц с тяжелыми психическими расстройствами во внебольничных условиях. – Тверь, 2006. – С.114-119.

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

Воронова С.А., Васильева Т.М. Динамические показатели навыков проблемно-решающего поведения у больных психозами, совершивших ООД и состоящих на активном диспансерном наблюдении [Электронный ресурс] // Психология и право. 2011. Том 1. № 3. URL: <https://psyjournals.ru/psyandlaw/2011/n3/46575.shtml> (дата обращения: 15.08.2021).

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. – 23 с.

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

Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Лобов Е.Б. и др. Реабилитационное отделение для лиц с психическими расстройствами: полипрофессиональное бригадное обслуживание в стационарных и внебольничных условиях // Бригадное полипрофессиональное оказание психиатрической помощи. – М., 2011. – С.5-18.

Дианов Д.А., Абрамов С.В. Зарубежный опыт амбулаторного принудительного лечения психически больных, совершивших общественно опасные деяния // Российский психиатрический журнал. – 1999. – №6. – С.54-59.

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

Дмитриев А.С., Винникова И.Н., Лазыко Н.В. и др. Этапы амбулаторного принудительного наблюдения и лечения больных психозами // Российский психиатрический журнал. – 2011. – №2. – С. 19-24.

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

Зеневич Г.В. Организация внебольничной невропсихиатрической помощи. – М., 1955. – 64 с.

Зеневич Г.В. Вопросы диспансеризации психически нервнoбольных. – М., 1983. – 200 с.

Иванова А.А. Амбулаторное принудительное лечение больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск-Омск, 2007. – 24 с.

Иванова А.А., Усов Г.М., Осатюк Н.И. и др. Психосоциальная реабилитация пациентов, находящихся на амбулаторном принудительном лечении и активном диспансерном наблюдении // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии: Материалы региональной научно-практической конференции. – Омск: Лео, 2005. – С.89-92.

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

Казаковцев Б.А., Макушкина О.А., Булыгина В.Г. и др. Организационное обеспечение внедрения полипрофессионального бригадного подхода, включая психосоциальную терапию и психосоциальную реабилитацию, в практику принудительного лечения // Психическое здоровье. – 2014. – №2. – С. 3-16.

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

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 шизофренией (к проблеме мотивации агрессивного поведения психически больных) // Агрессия и психические расстройства. – М., 2006. – Т.1. – С. 80-104.

Кондратьев Ф.В. Аспекты проблемы общественной опасности лиц с психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. – 2006. – №3. – С.64-69.

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. – С. 148-166.

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

Котов В.П., Мальцева М.М., Букреева Н.Д. и др. Организационные формы деятельности психоневрологических диспансеров (диспансерных отделений, кабинетов) по предупреждению опасных действий психически больных // Организация психиатрической помощи с использованием современных методов управления, планирования и финансирования: Методические рекомендации. – М., 2008. – С. 181-201.

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., Макушкина О.А. Система судебно-психиатрической профилактики // Психиатрия: национальное руководство / Гл. Ред.: Ю.А. Александровский, Н.Г. Незнанов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – С. 146-155.

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

Макушкина О.А., Котов В.П., Мальцева М.М. и др. Внебольничные формы профилактики общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами: Методические рекомендации. – М.: ФГБУ “ФМИЦ ПН 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., Полубинская С.В. Проблема общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами: клинико-социальная оценка риска опасного поведения: Учебное пособие. – М.: ФГБУ “ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2017. – 172 с.

Макушкина О.А., Дмитриев А.С., Винникова И.Н. Методические основы судебно-психиатрической оценки общественной опасности и выбора вида принудительных мер медицинского характера: Методические рекомендации. – М.: ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2019. – 32 с.

Макушкина О.А. Оценка качества и эффективности системы профилактики общественно опасного поведения лиц с психическими расстройствами на региональном уровне: Методические рекомендации. – М.: ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2020. – 35 с.

Макушкина О.А., Березкин А.С., Серебрякова Д.С., Панченко Е.А., Попова Е.П. Снижение риска общественно опасного поведения у лиц с психическими расстройствами на основе комплексной психотерапевтической коррекции и реабилитации. Пособие для врачей – М.: ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2021. – 229 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.

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

Морковкин В.М. Клиническая характеристика социально опасного поведения психически больных до госпитализации. – Ставрополь, 1962. – С. 402-407.

Морозова М.В., Савина О.Ф., Дмитриев А.С. и др. Психологические аспекты амбулаторного принудительного наблюдения и лечения больных шизофренией // Российский психиатрический журнал. – 2011. – №3. – С. 4-9.

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. – 192 с.

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.

Недопил Н. Амбулаторное судебно-психиатрическое лечение. Судебная психиатрия. – Штутгарт, 2007. – 145 с.

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 расстрой-

ством 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.

Раас Б.К. Законодательные рамки амбулаторного лечения правонарушителей в Нидерландах // Социальная и клиническая психиатрия. – М., 1994. – С. 68-71.

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.

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.

Рудестам К. Групповая психотерапия. – СПб.: Питер, 1998. – 384 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., Иванова А.Л. Пути совершенствования амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра // Профилактика общественно опасных действий лиц с тяжелыми психическими расстройствами во внебольничных условиях. – Тверь, 2006. – С. 100-106.

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Никитина И.В., Пуговкина О.Д. Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности:

современное состояние проблемы // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – №3. – С. 92-100.

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

Шапкин Ю.А., Яхимович Л.А. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра больных с продуктивно-психотическими механизмами совершения общественно опасных действий (лечебно-реабилитационные программы) // Профилактика общественно опасных действий лиц с тяжелыми психическими расстройствами во внебольничных условиях. – Тверь, 2006. – С. 133–146.

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

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. 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.

Archer R.P., Buffington-Vollum J.K., Stredny R.V. A survey of psychological test use patterns among forensic Psychologists // Journal of personality assessment. –2006. –Vol.1. – № 87. – P.84-94.

Atkinson J.M., Garner H.C. Least restrictive alternative – advance statements and the new mental health legislation. Psychiatr. Bull. –2002. –Vol. 26. –P. 246-247.

Birchwood M., Iqbal Z., Jackson C., Hardy K. Cognitive therapy and emotional dysfunction in early psychosis// Psychological interventions in early psychosis: a treatment handbook. – 2004. – P. 209-228.

Bloom H. The Canadian contribution to violence risk assessment: history and implications for current psychiatric practice // Can. J. Psychiatry. –2005. –Vol. 50, –№ 1. –P. 3-11.

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.

Borrell-Carrio F., Suchman A.L., Epstein R.M. The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry // *Annals of Family Medicine.* – 2004. – Vol. 2. – P. 576-582.

Burgess P., Bindman J., Leese V., et al. Do community treatment orders for mental illness reduce readmission to hospital. An epidemiological study // *Social psychiatric epidemiology.* – 2006. – Vol. 41. – P. 574-579.

Coffey M. Researching service user views in forensic mental health: A literature review // *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology.* – 2006. – Vol. 17(1) – P. 73-107.

Cramer J.A., Roy A., Burrell A. et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions // *Value Health.* – 2008. – Vol. 11. – P. 44-47.

Dolan M., Doyle 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, A. (1988) The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260, 1743-1748. doi:10.1001/jama.1988.03410120089033.

Elbogen E., Johnson S. The Intricate Link Between Violence and Mental Disorder // *Am. J. Psychiatry.* – 2009. – Vol. 66. – №2. – P. 152-161.

Exworthy T. Compulsory care in the community: a review of the proposals for compulsory supervision and treatment of the mentally ill in the community // *Criminal behavior mental health.* – 1995. – Vol. 5. – № 3. – P. 218-241.

Gellert J.L. Outpatient civil commitment – a response // *American journal of psychiatry.* – 1987. – Vol. 144. – P. 695-696.

Green T., Batson A., Gudjonsson G. The development and initial validation of a service-user led measure for recovery of mentally disordered offenders // *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology.* – 2011. – Vol. 22. – P. 252-265.

Gudjonsson G.H., Webster G., Green T. The recovery approach to care in psychiatric services: Staff attitudes before and after training // *The Psychiatrist.* – 2010. – Vol. 34. – P. 326-329.

Haim R., Rabinowitz J., Leraya J., Fennig S. Predictions made by psychiatrists and psychiatric nurses of violence by patients // *Psychiatr Serv.* – 2002. – Vol. 53. – P. 622-624.

Hart S.D. The role of psychopathy in assessing risk for violence: Conceptual and methodological issues // *Legal and Criminological Psychology*. –1998. – Vol. 3. – P.21-137.

Heilbrun K., Griffin P.A. Treatment of insanity acquittees // *Int. J. Law Psychiat.* –1993. –Vol. 16. –P. 133-150.

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.

Hillbrand M., Young J. Instilling hope into forensic treatment: The antidote to despair and desperation // *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. – 2008. –Vol. 36(1). – P. 90-94.

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

Mezey G.C., Kavuma M., Turton P., Demetriou A., Wright C. Perceptions, experiences and meanings of recovery in forensic psychiatric patients // *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. – 2010. – Vol. 21. – P. 683-696.

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

Monahan J. The MacArthur studies of violence risk // *Criminal behavior and mental health*. –2002. –Vol. 12. –P.67-72.

Monahan J., Steadman H.J., Robbins P.C. et al. An actuarial model of violence risk assessment for persons with mental disorders // *Psychiatr. Serv.* – 2005. – Vol. 56. – P. 810-815.

Nedopil N., Ottermann B. Treatment of mentally ill offenders in Germany // *Int. J. Law Psychiatry*. –1993. –Vol. 16.–P.247-255.

Nedopil N., Banzer K. Out-patient treatment of forensic patient in Germany: current structure and development // *Int. J. law & Psychiatry*. –1996. – Issue 1. –P. 75-79.

Nedopil N. Prognosen in der forensischen Psychiatrie // *Ein Hand buch fuz die Praxis*. – Zenderich, 2005. – P. 16.

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.

Singh J.P. et al. Structured Assessment of Violence Risk in Schizophrenia and Other Psychiatric Disorders: A Systematic Review of the Validity, Reliability, and Item Content of 10 Available Instruments // *Schizophrenia Bulletin*. –2011. –Vol. 37. –№ 5. –P.899-912.

Singh J.P., Grigorenko E. The history, development and testing of forensic risk assessment tools // *Handbook of juvenile forensic psychology and psychiatry*. – New York: Springer Science. –2012. –P. 215-225.

Simpson A.I.F., Penney S.R. The recovery paradigm in forensic mental health services // *Criminal Behaviour and Mental Health*. – 2011. – Vol. 21. – P. 299-306.

Swanson J.W., Swartz M.S., Van Dorn R. et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia // *Arch Gen Psychiatry*. – 2006. –Vol. 63. –P.490-499.

Taylor J.L., Novaco R.W., Gillmer B.T. et al. Individual cognitive-behavioural anger treatment for people with mild-borderline intellectual disabilities and histories of aggression: A controlled trial // *British Journal of Clinical Psychology*. – 2005. – № 144. – P. 367-382.

Timmerman I.G.H., Emmelkamp P.M.G. The effects of cognitive-behavioural treatment for forensic inpatients // *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. – 2005. – Vol. 49. – P. 590-606.

# **Внебольничная профилактика общественно опасного поведения лиц с психическими расстройствами**

## ***Учебное пособие***

*Заведующая редакцией*

*Н.Б. Гончарова*

*Редактор*

*М.М. Игнатенко*

*Компьютерная верстка*

*М.М. Абрамовой*

Подписано в печать 15.04.2022 г.

Формат 60х84/16. Гарнитура Century Schoolbook.

Бумага офсетная. Цифровая печать. Усл. печ. л. 6,9.

Федеральное государственное бюджетное учреждение  
“Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии  
и наркологии имени В.П. Сербского” Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

119034 ГСП-1, Москва, Кропоткинский пер., 23.

## ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК