

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

**ПРОФИЛАКТИКА ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ
ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

**Под редакцией
О.А. Макушкиной**



Москва - 2016

УДК 616.89:340.6

ББК 56.14

М15

Монография подготовлена сотрудниками ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России доктором медицинских наук **О.А. Макушкиной**, доктором медицинских наук, профессором **В.П. Котовым**, доктором медицинских наук, профессором **М.М. Мальцевой**, кандидатом медицинских наук **Л.А. Яхимович**, кандидатом юридических наук **С.В. Полубинской**.

Издание рекомендовано к печати на заседании Ученого совета ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России 30 ноября 2015 г., протокол №10.

Рецензенты:

Б.А. Казаковцев – доктор медицинских наук, профессор, руководитель Отдела эпидемиологических и организационных проблем психиатрии ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России;

Р.Г. Валинуров – доктор медицинских наук, профессор, главный специалист-психиатр Приволжского федерального округа, главный врач Республиканской клинической психиатрической больницы №1 Министерства здравоохранения Республики Башкортостан.

М15 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” Минздрава России, 2016. – 279 с.

Монография посвящена проблеме внебольничной профилактики опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами. Обобщен накопленный опыт научной и практической деятельности в данном направлении.

Предложены организационные модели превенции опасных действий психически больных в амбулаторных условиях. Раскрыты нормативно-правовое регулирование, порядок межведомственного взаимодействия, содержание профилактической работы на психиатрическом участке, оценка ее эффективности. Дана характеристика существующих проблем, представлены практические рекомендации относительно путей совершенствования деятельности психиатрической службы. Важным разделом монографии является описание подходов к оценке риска общественной опасности, порядок выявления потенциально опасных пациентов.

Книга направлена на расширение внедрения в практическую деятельность психиатрических организаций мультидисциплинарного подхода к оказанию помощи больным с риском опасного поведения, что является важным и перспективным с учетом стратегии эффективного развития психиатрической службы, реализации биопсихосоциальной модели ее функционирования.

Для специалистов, занятых в системе оказания психиатрической помощи (психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников), руководителей медицинских организаций психиатрического профиля, юристов.

ISBN 978-5-86002-181-5

ББК 56.14

© Группа авторов, 2016.

© ФГБУ “ФМИЦПН” им. В.П.Сербского
Минздрава России, 2016.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	6
 Глава 1	
Развитие системы профилактики опасных действий психически больных во внебольничных условиях (исторический и международный опыт)	9
 Глава 2	
Система мер внебольничной судебно-психиатрической профилактики в современной России	51
2.1. Неспецифические меры профилактики опасных действий психически больных в амбулаторных условиях	52
2.2. Специальные меры внебольничной профилактики опасных действий психически больных. Активное диспансерное наблюдение.	60
2.3. Принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях ..	73
 Глава 3	
Модели организации работы по внебольничной профилактике опасных действий психически больных	117
 Глава 4	
Психосоциальная реабилитация в системе профилактики опасных действий психически больных в амбулаторных условиях	128
 Глава 5	
Актуальные вопросы внебольничной профилактики опасных действий психически больных	175
 Глава 6	
Оценка эффективности внебольничной профилактики опасных действий психически больных	192

Глава 7

Вопросы оценки риска общественной опасности лиц,
страдающих психическими расстройствами 202

Литература 255

Список сокращений

АДН	– активное диспансерное наблюдение
АПНЛ	– принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях
ДН	– диспансерное наблюдение
ИПР	– индивидуальная программа реабилитации
КН	– консультативное наблюдение
ООД	– общественно опасные действия
ОПР	– органические психические расстройства
ПАВ	– психоактивные вещества
ПЛ	– принудительное лечение
ПММХ	– принудительные меры медицинского характера
СПП	– судебно-психиатрическая профилактика
СПЭ	– судебно-психиатрическая экспертиза
СПЭК	– судебно-психиатрическая экспертная комиссия
СУ	– специальный учет
УИК	– уголовно-исправительный кодекс
ЦРБ	– центральная районная больница

ВВЕДЕНИЕ

Общественная опасность больных психическими расстройствами и методы ее профилактики до настоящего времени остаются одной из актуальных проблем общей и судебной психиатрии. Интерес к данным вопросам обусловлен как риском совершения такими больными общественно опасных действий, высокой долей наиболее тяжких деяний, связанных с физической агрессией, так и необходимостью совершенствования организационных форм их профилактики.

Понятие “опасности для себя или других лиц”, “непосредственной опасности для себя или окружающих” употребляется в федеральных законодательных актах (Уголовном Кодексе РФ, Законе РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”). К примеру, при решении вопросов, связанных с применением принудительных мер медицинского характера, в соответствии с действующим УК РФ, оценивается связь имеющегося у больного психического расстройства с возможностью причинения им “иного существенного вреда, либо с опасностью для себя или других лиц” (ст.97 УК РФ). “Непосредственная опасность для себя или окружающих” используется как одно из оснований для оказания психиатрической помощи в недобровольном порядке (ч.4 ст.23, ст.29 Закона) применительно к случаям, когда тяжелое психическое расстройство обуславливает возможность совершения агрессивных, либо аутоагрессивных действий.

Под опасностью психически больного понимают такое психическое состояние, при котором психопатологические проявления предопределяют неправильное, неадекватное существующей ситуации поведение, в результате чего может быть нанесен физический или имущественный ущерб окружающим или самому больному.

В связи с тем, что общественно опасные действия лиц, страдающих психическими расстройствами, опосредованы имеющимися у них психопатологическими нарушениями, профилактика их совершения относится к компетенции психиатрической службы и является одной из наиболее социально значимых задач, в решении которой задействованы все ее подразделения.

Предупреждение опасных действий психически больных в нашей стране и за рубежом все в большей степени становится объектом усилий не только стационарных психиатрических учреждений, которые традиционно занимаются этой проблемой, но и внебольничных психиатрических служб. 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 возможностью длительного (иногда на протяжении всей жизни) наблюдения и курации пациентов. Последнее возможно только при наличии достаточно развитой и организованной психиатрической службы, включая определенные внебольничные структуры, способные обеспечить не только полное выявление и регистрацию больных, но и необходимое наблюдение за их состоянием, образом жизни, оказание им качественной лечебно-реабилитационной помощи и социальной поддержки.

Разработка проблемы внебольничной профилактики ООД ведется в основном в двух направлениях: клинко-психопатологическом и организационном. В клиническом отношении основное внимание уделяется установлению наиболее “криминогенных” психических расстройств, изучению генеза совершаемых больными опасных действий, разработке дифференцированных и целенаправленных мер их предотвращения. Исследование данных об особенностях формирования опасного поведения у лиц с психическими расстройствами позволило разработать

стратегию его эффективной профилактики во внебольничных условиях.

Организационное направление преследует цель создания и совершенствования внебольничных структур, в наибольшей степени соответствующих действующему законодательству, меняющимся социальным условиям и требованиям к оказанию психиатрической помощи. Развитие в этом направлении актуально с позиций происходящего реформирования, модернизации психиатрической службы страны, необходимости поиска новых организационных технологий для повышения эффективности системы судебно-психиатрической профилактики.

Различным аспектам деятельности по профилактике опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами, во внебольничных условиях и посвящена предлагаемая работа.

Глава 1

РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ВО ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ УСЛОВИЯХ (ИСТОРИЧЕСКИЙ И МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ)

Внебольничная профилактика общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами, представляет собой комплекс мероприятий, направленных на их выявление, лечение и реабилитацию, и охватывает две основные группы таких лиц. Первую группу составляют пациенты, ранее не совершавшие общественно опасные деяния, предусмотренные уголовным законом (первичная профилактика). Во вторую группу включаются больные, в отношении которых было прекращено применение принудительных мер медицинского характера, осуществлявшихся прежде всего в психиатрических стационарах. В этом случае лечебно-реабилитационная работа направлена на профилактику повторных общественно опасных действий и обеспечение преемственности при оказании психиатрической помощи (вторичная профилактика). И в первом, и во втором случаях медицинские организации, оказывающие психиатрическую помощь в амбулаторных условиях, должны обеспечить качество и доступность всех видов специализированной помощи пациентам, обращая особое внимание на тех из них, кто по психопатологическим характеристикам и средовым факторам склонны к общественно опасному поведению. Именно такой подход к внебольничной судебно-психиатрической профилактике сформировался и реализуется в России¹, а в последние десятилетия развивается и в зарубежных странах.

¹ Подробнее см.: Макушкина О.А., Голланд В.Б., Яхимович Л.А. Мониторинг и значимые показатели внебольничной профилактики общественно опасных действий психически больных в Российской Федерации // Российский психиатрический журнал. – 2011. – № 5. – С.4-10.

Развитие системы профилактики опасных действий психически больных лиц неразрывно связано с процессом организации психиатрической помощи, который с определенной долей условности можно разделить на несколько периодов.

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

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

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

К 1905 г. Россия располагала 128 психиатрическими больницами с 33607 койками. Обеспеченность психиатрическими койками составляла 2,1 на 10 000 населения. К 1914 г. были организованы сельскохозяйственные колонии, дома инвалидов в системе социального обеспечения,

нервно-психиатрические санатории, а также отделения для впервые заболевших и для пациентов с “нерезко выраженными” психическими расстройствами. К 1955 г. в стране функционировало уже около 200 психиатрических больниц, имеющих 116 тысяч коек, а в 1966 г. – 393 больницы, располагающие 230 тысячами коек.

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

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

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

Так называемый “семейный патронаж”, когда больного выписывали из психиатрического стационара в семью проживающих возле больницы жителей, стал более действенной формой внебольничного наблюдения (Яковенко В.И., 1887). При этом сотрудники больницы

осуществляли наблюдение за пациентом. Данная мера могла иметь весьма ограниченное применение в отношении больных, представляющих общественную опасность.

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

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

В.А. Гиляровский (1935) подчеркивал, что целью диспансеров является осуществление психопрофилактических и психогигиенических мероприятий, своевременная диагностика и лечение психических заболеваний. Он полагал, что диспансеры “как определенная организация медицинской службы” принесут большую пользу, указывал на такие их преимущества, как полнота учета психически больных, организация посещений на дому, обеспечение своевременного направления в стационарные психиатрические учреждения, а также наблюдение за пациентами, выписанными из больниц, и защита их прав. Порядок учета больных с впервые установленным диагнозом психического заболевания осуществлялся в соответствии с приказом МЗ СССР № 60 от 11.02.1964 г. (Зеневич Г.В., 1983). Диспансерная помощь в отечествен-

ной психиатрии по сей день остается одним из основных звеньев психиатрической службы.

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

Открытие первых полустационаров за рубежом, по данным Национального института психического здоровья США, относится к 1935 г., когда J. Woodall организовал дневное пребывание психически больных в одном из санаториев г. Бостона. Однако анализ доступной литературы свидетельствует о том, что в нашей стране первый дневной стационар был создан еще в 1933 г. главным врачом 1-й Московской (Преображенской) психиатрической больницы М.А. Джагаровым.

Отличительной чертой развития психиатрической помощи в зарубежных странах является возникновение в 50-е годы XX в. антипсихиатрического движения. Одним из его последствий являлась деинституционализация, в соответствии с которой проводилось широкомасштабное сокращение числа психиатрических коек, закрытие многих психиатрических больниц с одновременным развитием различных форм внебольничной помощи.

Наиболее выраженный характер сокращения стационарных видов помощи отмечен в Италии, где в соответствии со специально принятым законом № 180 от 1978 г. было проведено закрытие практически всех психиатрических больниц. В ходе деинституционализации в разных странах число коек в психиатрических стационарах было сокращено на 50–70%.

Деинституционализация способствовала организации в составе больниц общего типа психиатрических отделений для краткосрочной госпитализации, созданию широкой сети различных внебольничных форм помощи – консультативных клиник и центров, “открытых” учреждений для больных с хроническим течением психических заболеваний, полустационаров, специальных клубов, центров реабилитации и трудотерапии. Значительное место отводилось созданию общественных форм социальной поддержки психически больных. Государственная программа общественной помощи пациентам объединила усилия разрозненных служб различных ведомств (здравоохранения, социальной помощи, образования, правоохранительных органов и др.).

Определенную специфику имеет опыт организации психиатрической помощи в США с приоритетом развития психопрофилактического направления, созданием Национального комитета психической гигиены. В 1963 г. Конгрессом была утверждена программа общественной поддержки психически больных и издан Закон об охране психического здоровья населения, в соответствии с которым психиатрическая помощь должна была стать легкодоступной, оказываться на местах и включать все необходимые звенья. Начали создаваться региональные центры охраны психического здоровья, в состав которых входили учреждения стационарного, амбулаторного, полустационарного типа, неотложной терапии и др.

Интерес представляет и опыт Великобритании. Современные подходы к оказанию психиатрической помощи в этой стране строятся на следующих принципах: развитие профилактического направления; приоритет амбулаторным формам лечения пациентов; предоставление помощи поблизости от места проживания больного; вовлечение семьи и добровольческих (общественных) организаций к планированию и организации психиатрической помощи. Психиатрические службы должны оказывать помощь пациентам с такими заболеваниями, как

тяжелые и хронические формы тревожных расстройств, тяжелые расстройства настроения, шизофрения, деменция, а также людям с суицидальным риском или тем, кто становится опасными для окружающих из-за своего психического заболевания. Оказание психиатрической помощи имеет несколько вариантов: муниципальные психиатрические службы (МПС), амбулаторные отделения; дневные стационары; госпитальное лечение; реабилитационные меры.

При этом муниципальные психиатрические службы организуются таким образом, чтобы можно было избежать необязательной госпитализации, предоставлять помощь как можно ближе к дому пациента и обеспечивать продолжительное наблюдение за больными с хроническими психическими расстройствами. Существует две основные модели деятельности муниципальных служб. В первой модели – патронажном надзоре (case management) – назначается основной сотрудник, чаще всего это психиатрическая медицинская сестра муниципальной службы, которая осуществляет контроль за обеспечением регулярного медицинского обслуживания пациента и оценкой его психического статуса. Поскольку в оказании психиатрической помощи участвуют мультидисциплинарные бригады, то такая оценка производится на общем собрании, где остальные члены такой бригады участвуют в этом процессе по мере необходимости.

Вторая модель – активная (“навязываемая”) помощь на дому (assertive community treatment) – рассчитана на пациентов с тяжелыми психическими расстройствами. Ее целями является оказание психиатрической помощи, а также надзор за соблюдением условий лечения и случаями отказа от необходимой госпитализации. Члены выездной бригады в этом случае осуществляют лечение по месту жительства пациента, причем их действия не сводятся только к медикаментозной терапии, но могут включать в себя психотерапевтическую помощь, работу с семьей больного и иные необходимые интервенции.

В муниципальных психиатрических службах работают следующие специалисты. Психиатр – лидер команды, который несет ответственность за оценку психического состояния пациентов, назначает медикаментозное лечение и наблюдает за его исполнением, осуществляет короткую психотерапию, а также ведет наблюдение амбулаторных, госпитализированных больных и пациентов, посещающих дневной стационар. Психиатрическая медицинская сестра муниципальной службы – отвечает за пациентов с хроническими психическими расстройствами, следит за соблюдением медикаментозного лечения и его побочными эффектами, проводит упрощенную психотерапию. Клинический психолог проводит психологическую оценку состояния пациента и психологическую терапию в полном объеме. Трудотерапевт осуществляет функциональное обследование, проводит тренинг социальных навыков, упрощенную психотерапию и помогает пациенту в трудоустройстве. Социальный работник дает оценку выполнения закона об охране психического здоровья и других законов; помогает пациенту справляться с жилищными и финансовыми проблемами, а также может проводить упрощенную психотерапию.

Добровольные помощники являются важной составляющей муниципальных служб за рубежом. Обученные добровольцы могут оказывать психологическую поддержку и практическую помощь пациентам и их семьям. Добровольцы нуждаются в обучении и контроле их деятельности, они также должны иметь доступ к специалистам психиатрических служб.

В докладе Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) “Политика и практика охраны психического здоровья в Европе – решение неотложных задач” на основании сведений, полученных от 42 государств-членов Европейского региона ВОЗ, было отмечено, что многие страны сокращают число психиатрических стационаров и заменяют их внебольничными службами. К примеру, в Англии в конце

90-х гг. существовало лишь несколько внебольничных психиатрических бригад, но в течение 10 лет их число возросло до 700. Многие из них имеют специализированный характер (кризисные или ранние интервенции, связь с медицинскими организациями, оказывающими первичную медицинскую помощь, активная помощь на дому и т.д.). В докладе был сделан вывод о согласованном движении европейских стран по пути развития внебольничных форм психиатрической помощи. Крупные психиатрические больницы больше не рассматриваются как типичные учреждения, оказывающие психиатрическую помощь, на их место приходят местные амбулаторные службы².

Как ответ на серьезное сокращение психиатрических стационаров и, соответственно, числа госпитализаций, наблюдающееся не только в европейских странах, появилось *обязательное амбулаторное лечение*. В зарубежной литературе и законодательстве рассматриваемый вид психиатрической помощи известен под разными названиями – mandated outpatient treatment, compulsory outpatient treatment, involuntary outpatient commitment, assisted outpatient treatment и т.п., что, впрочем, не влияет на сходство содержания, а также и процедур назначения подобных мер в разных странах.

По общему правилу эта мера применяется к лицам с тяжелыми психическими расстройствами, имеющим неоднократные, в том числе и недобровольные, госпитализации и высокий риск их повторения (“revolving door” patients). Зарубежные законы о недобровольной психиатрической помощи во внебольничных условиях позволяют судам возложить на таких лиц определенные обязанности, наиболее распространенными являются прием необходимых препаратов и регулярные контакты с медицинскими работниками. В случае несоблюдения

² См.: Policies and Practices for Mental Health in Europe – meeting the challenges. – WHO. – 2008. – P.47-90.

пациентом режима назначенного лечения, суд может начать процедуру недобровольной госпитализации.

На сегодняшний день законодательные предписания об обязательном психиатрическом лечении во внебольничных условиях существуют в Австралии, США, Канаде, Новой Зеландии, Израиле, Шотландии, Англии и Уэльсе, Норвегии, Швейцарии, Швеции, Бельгии, Нидерландах и целом ряде других стран.³ Например, в Испании соответствующее национальное законодательство отсутствует, но такое лечение может быть назначено в ряде городов страны на основании решений местных судов.⁴

В международном применении обязательного (недобровольного) амбулаторного лечения выделяются два основных подхода к этой мере, положенные в основу соответствующих законодательных предписаний. Во-первых, такое лечение применяется как наименее ограничительная альтернатива по сравнению с госпитализацией в психиатрический стационар, и, во-вторых, обязательное амбулаторное лечение назначается для предотвращения прогнозируемого ухудшения психического состояния пациента и обусловленного этим его опасного поведения.⁵

Если рассматриваемый вид психиатрической помощи выступает как наименее ограничительная альтернатива, то законодательно определенные критерии для госпитализации и внебольничного лечения, как правило, одинаковы, и амбулаторное лечение может быть назначено любому пациенту в недобровольном порядке, если позволяет его состояние.

³ См. подробнее: Monahan J., Swartz M., Bonnie R. Mandated Treatment in the Community for People with Mental Disorders // *Health Affairs*. – 2003. – Vol. 22. – P. 28-38; Kahan D., Braman D., Monahan J. et al. Cultural Cognition and Public Policy: the Case of Outpatient Commitment Laws// *Law and Human Behavior*. – 2010. – Vol.34. – P.118-140

⁴ См.: Cañete-Nicolás C., Miguel Hernández-Viadel M., Bellido-Rodríguez C. et al. Involuntary Outpatient Treatment (IOT) for Severe Mental Patients: Current Situation in Spain//*Actas Españolas de Psiquiatría*. – 2012. – Vol.40. – No.1. – P.30-33.

⁵ См.: Churchill R., Owen G., Singh S., Hotopf M. International Experiences of Using Community Treatment Orders. – Department of Health – London. – 2007. – P. 28-29.

Если же обязательное амбулаторное лечение используется в превентивных целях, то в национальных законах устанавливаются различные критерии для недобровольной госпитализации и недобровольного лечения во внебольничных условиях. Кроме того, поскольку такое лечение направлено на предотвращение ухудшения психического состояния лица и обусловленного этим возможного насильственного поведения, то не надо дожидаться реального утяжеления его состояния, как это требуется в первом случае для соответствия законодательным основаниям оказания недобровольной помощи. При этом обязательное амбулаторное лечение, используемое в превентивных целях, является лишь компонентом более широкой стратегии оказания психиатрической помощи конкретному пациенту с учетом его индивидуальных особенностей, потребностей и средовых факторов. Терапевтические интервенции могут дополняться мерами социальной поддержки с целью уменьшения риска опасного поведения пациента (помощь в обучении и трудоустройстве, получении жилья и т.п.) (treatment management).

Как отмечают авторы исследования, в современных законах, регламентирующих обязательное амбулаторное лечение, можно найти черты, имеющиеся в обоих отмеченных подходах, и в целом ряде стран эта мера используется как в превентивных, так и в наименее ограничительных для пациента целях (Австралия, Новая Зеландия, Израиль).⁶

В этом же исследовании отмечается весьма примечательное сходство в характеристиках пациентов, которым назначается обязательное амбулаторное лечение. Несмотря на социально-экономические и культурные особенности стран, где эта мера существует, типичным пациентом является мужчина примерно 40 лет с хроническим психическим заболеванием и предыдущими

⁶ См.: Churchill R., Owen G., Singh S., Hotopf M. См.там же. – P.40-46.

госпитализациями, страдающий шизофренией или аналогичными расстройствами, с высокой степенью вероятности проявления психотической симптоматики, особенно бреда, во время применения рассматриваемой меры. Совершение уголовно наказуемых деяний и проявления насилия не являются превалирующими признаками у таких пациентов. Международный опыт показывает, что обязательное амбулаторное лечение назначается преимущественно тяжело психически больным лицам с многочисленными прошлыми госпитализациями, низкой приверженностью лечению, а также нуждающимся в уходе и помощи после выписки из стационара, хотя угроза опасного (насильственного) поведения из оснований применения этой меры не исключается ⁷.

Эти данные свидетельствуют об определенном консенсусе между психиатрами и иными специалистами в области психического здоровья, работающими в разных странах, в отношении клинических и иных характеристик пациентов, которым может быть назначено обязательное амбулаторное лечение. Прежде всего эта мера должна применяться для решения медицинских задач в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, особенно проведения необходимого лечения, и потому терапевтические интервенции и надзор – основные мероприятия в ее содержании. Снижение риска опасного поведения пациента при этом рассматривается как цель вторичная, хотя и связанная с клиническими потребностями больных. Одновременно применение данной меры способствует развитию системы учреждений и служб для оказания психиатрической и сопутствующей ей помощи во внебольничных условиях. ⁸

⁷ См.: Churchill R., Owen G., Singh S., Hotopf M. См. там же – P.105-123.

⁸ См. подробнее: O'Reilly R., Dawson J.M.B., Burns T. Best Practices in the Use of Involuntary Outpatient Treatment // *Psychiatric Services*. – 2012. – Vol.63. – P. 421-423.

Для более подробного рассмотрения законодательства об обязательном амбулаторном лечении целесообразно обратиться к опыту Новой Зеландии, где эта мера имеет широкое применение, а также США и Англии, практика которых активно обсуждается в специальной литературе и является предметом значительного числа эмпирических исследований.

В 1992 г. недобровольное амбулаторное лечение по решению суда (*community treatment order*) было введено в Новой Зеландии. Суд может принять решение о таком лечении, если установлено, что лицо страдает тяжелым психическим расстройством, обуславливающим серьезную опасность для здоровья или безопасности самого лица или других лиц, либо это расстройство серьезно ограничивает способность этого лица к самообслуживанию. Перед принятием решения суд должен убедиться, что лицо, страдающее психическим расстройством, будет обеспечено “уходом и лечением во внебольничных условиях, соответствующим потребностям пациента”.

Лечение назначается на 6 месяцев, но может быть судом и продлено. От пациента требуется находиться по месту жительства либо в ином месте, указанном в решении суда, для прохождения курса медикаментозной и иной терапии, осуществляемого сотрудниками специализированного учреждения или службы.

Пациент может дать согласие на терапию в письменной форме, но при отсутствии согласия лечение может осуществляться и в недобровольном порядке. Закон позволяет прибегнуть к помощи полиции для помещения пациента в то место, где он должен по решению суда проходить лечение.

Надо отметить, что, несмотря на принудительный характер самой меры, закон требует от лечащих врачей, по возможности, принимать все меры к получению согласия пациентов на терапию. При этом больные имеют право в любой момент изменить свое решение, а лечащие врачи должны регулярно обсуждать с ними существующие варианты их лечения.

При необходимости пациент, в отношении которого было вынесено решение об обязательном амбулаторном лечении, может быть помещен в психиатрический стационар с его согласия. Возможна и недобровольная госпитализация, но на период до 14 дней. При этом не допускается недобровольная госпитализация таких пациентов более 2 раз в течение 6 месяцев. В противном случае решение об обязательном лечении в амбулаторных условиях должно быть отменено и начата процедура, предусмотренная законом для недобровольного лечения в психиатрическом стационаре.⁹

Изучение практики применения недобровольного амбулаторного лечения по решению суда в Новой Зеландии показывает, что в 2011 г. в среднем по стране число таких решений составляло 84 на 100 тыс. населения при росте этого показателя с 2005 г., когда число таких решений было 58 на 100 тыс. населения.¹⁰

Проведенный в масштабах страны опрос врачей-психиатров, а также иных специалистов в области психического здоровья (медицинских сестер, социальных работников и др.), работающих в одном из регионов Новой Зеландии, о недобровольном амбулаторном лечении продемонстрировал поддержку этой меры большинством респондентов. По их мнению, в значительном числе случаев эта мера применяется правильно и отражает предпочтения пациентов относительно формы своего лечения. Опрошенные также полагали, что внебольничное лечение служит поддержанию контактов с пациентами и, несмотря на то, что в краткосрочной перспективе применяемое принуждение может повредить терапевтическим отношениям, все же при правильном использовании этой меры ее преимущества в целом перевешивают не-

⁹ См.: Guidelines to the Mental Health (Compulsory Assessment and Treatment) Act 1992. Wellington: Ministry of Health. 2012. [Электронный ресурс] URL: <http://www.health.govt.nz> (дата обращения – 9 сентября 2015 г.).

¹⁰ См.: O'Brien A.J. Community Treatment Orders in New Zealand: Regional Variability and International Comparisons//Australasian Psychiatry. April, 2014. P.2.

гитивные последствия. Опрос проводился в 2002 г. Всего было разослано 496 вопросников, получено и обработано 284.¹¹

Недобровольное амбулаторное лечение по решению суда получило поддержку и со стороны пациентов. В результате проведенного в 2001–2002 гг. опроса 42 больных, находившихся на таком лечении в этот период времени в одном из регионов Новой Зеландии и не попадавших в психиатрические стационары как минимум в течение 6 месяцев, было установлено, что большинство из них поддерживают применение этой меры, особенно в сравнении с госпитализацией. Положительно пациенты оценили доступность служб психического здоровья и обусловленное этим чувство безопасности. Также они связали улучшение своего состояния с полученной помощью в рамках судебного решения о недобровольном амбулаторном лечении. Ключевыми факторами для таких оценок, по мнению авторов исследования, является качество терапевтических отношений и развитость служб, оказывающих психиатрическую помощь во внебольничных условиях.¹²

В США обязательное амбулаторное психиатрическое лечение является одним из вопросов, наиболее обсуждаемых в литературе, посвященной правам человека и политике в области психического здоровья. Хотя законы о таком лечении существуют в большинстве штатов страны с 80-х гг. прошлого века, они использовались весьма редко. И только с принятием в 1999 г. в штате Нью-Йорк “Закона Кендры” и в 2003 г. в штате Калифорния “Закона

¹¹ См.: Romans S., Dawson J., Mullen R., Gibbs A. How Mental Health Clinicians View Community Treatment Orders: a National New Zealand Survey// Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. – 2004. – Vol.38. – P.836-841.

¹² См.: Gibbs A., Dawson J., Ansley C., Mullen R. How Patients in New Zealand View Community Treatment Orders// Journal of Mental Health. – 2005. – Vol.14. – No.4. – P.357-358.

Лоры” стало возможным говорить о стабильной практике назначения такого лечения.¹³

“Закон Кендры”, названный по имени молодой женщины, погибшей под колесами поезда метро, куда ее с платформы толкнул мужчина, страдавший шизофренией и не получавший необходимого лечения, позволяет суду при наличии ряда условий назначить лечение во внебольничных условиях “с сопровождением” (assisted outpatient treatment).

Во-первых, пациент, в отношении которого решается этот вопрос, должен достичь 18-летнего возраста и страдать от психического заболевания, в связи с которым он по заключению врачей “вряд ли безопасно выживет в сообществе без надзора”. Далее, у этого лица в прошлом должны быть случаи несоблюдения режима лечения от психического заболевания, что минимум дважды за последние 36 месяцев проявлялось “как существенный фактор в необходимости госпитализации или получении услуг в судебно-психиатрическом или ином психиатрическом отделении или “привело в течение последних 48 месяцев к одному либо большему числу актов серьезного насильственного поведения, направленных против себя или других лиц, либо выразившихся в угрозах или попытках причинить серьезный физический вред себе или другим лицам”.

Суду также нужно установить, что пациент по причине своей болезни “вряд ли будет добровольно следовать рекомендованному плану лечения и что с учетом его лечения в прошлом и поведения в настоящее время он нуждается в лечении во внебольничных условиях для предотвращения рецидива или ухудшения, которые способны привести к причинению серьезного вреда себе или другим лицам”.

Наконец, суд должен убедиться в том, что обязательное амбулаторное лечение принесет этому больному

¹³ См. подробнее: Monahan J., Swartz M., Bonnie R. – Указ. соч. – С.29.

пользу. При этом решение о лечении не может быть принято, если суд не удостоверится, что лечение во внебольничных условиях является наименее ограничительной альтернативой для данного лица.

Лечение назначается на срок до 6 месяцев и может быть продлено до года. В соответствии с решением суда от пациента требуется либо самостоятельно принимать психотропные препараты, либо согласиться на введение таких препаратов квалифицированным персоналом, а также периодически предоставлять кровь и мочу для контроля приема лекарств. Кроме того, суд может вынести распоряжение “об образовательной или профессиональной подготовке или деятельности”, о лечении от алкогольной либо наркотической зависимости, которое, как и любое необходимое лечение, будет проводиться за счет штата, о прохождении тестов на алкоголь или наркотики, если пациент в прошлом ими злоупотреблял и если тестирование необходимо для предупреждения ухудшения его состояния. В последнем случае решение суда пересматривается каждые 6 месяцев.

Также суд может предписать индивидуальную или групповую психотерапию, проживание под надзором, а также любые другие интервенции, направленные на лечение психического заболевания и либо помогающие больному жить в сообществе, либо способствующие предупреждению рецидива или ухудшения состояния, которые могут привести к его самоубийству либо необходимости госпитализации.¹⁴

Если пациент не выполняет содержащиеся в судебном решении требования, то суд имеет право распорядиться о его помещении в стационар. Больной может быть госпитализирован на 72 часа для обследования с целью определения его нуждаемости в недобровольной госпитализации и наличия законодательно установленных

¹⁴ См. Подробнее о “Законе Кендры”: Overview of Assisted Outpatient Treatment. An Explanation of Kendra’s Law. [Электронный ресурс] URL: www.omh.ny.gov/omhweb/.../Ksummary.htm (дата обращения – 9 сентября 2015 г.).

критериев для такого решения, которые отличаются от оснований назначения недобровольного лечения во внебольничных условиях. Медицинские работники при необходимости могут обратиться за помощью к полиции для доставки пациента в психиатрический стационар.

В 2005 г. похожие законы об обязательном амбулаторном лечении появились в штатах Флорида, Мичиган и Западная Вирджиния, а в 2008 г. в штатах Иллинойс, Айдахо и Вирджиния уже существовавшие законодательные предписания о таком лечении были ужесточены. В последнем случае поводом стало убийство 32 студентов и преподавателей Вирджинского политехнического университета, совершенное студентом, в отношении которого существовало, но практически не исполнялось судебное решение о внебольничном лечении¹⁵.

К концу 2010 г. обязательное амбулаторное лечение было введено законодательно в 44 штатах (Kisely S. et al., 2011). В 35 штатах оно может проводиться без предшествующего помещения в стационар. Такое “инициальное” (первичное) принудительное амбулаторное лечение применяется для профилактики ухудшения психического состояния или потенциальной опасности. При неподчинении пациента требованиям данной меры отсутствует единая стратегия действий. Так, в 10 штатах это обстоятельство, а также ухудшение психического состояния не являются достаточными основаниями для госпитализации. В 27 штатах при отказе от лечения применяется госпитализация, при этом в ряде штатов, например, в Аризоне, Оклахоме, Техасе, перед ее осуществлением требуется судебное слушание. Автор также отмечает, что борцы за гражданские права в США пытались ограничить использование недобровольного амбулаторного лечения путем блокирования принудительного применения лекарственных средств вне больницы или выработки

¹⁵ См.: Kahan D.M., Braman D., Monahan J. et al. Cultural Cognition and Public Policy: The Case of Outpatient Commitment Laws // *Law and Human Behavior*. – 2010. – Vol. 34. – P.120.

для его назначения менее строгих критериев, чем для стационарного лечения.

Амбулаторное психиатрическое лечение вызывает в США много споров. К примеру, “Закон Кендры” критиковался практически с момента принятия, представителями антипсихиатрического и правозащитного движения, оценивавшими его требования как принудительное лишение личной свободы и нарушение прав лиц с психическими расстройствами. Кроме того, противники Закона указывали и на дискриминационную (по расовым и социально-экономическим признакам) практику его применения.

Д. Монахан обращает внимание на то, что в дебатах об обязательном амбулаторном лечении эта мера нередко рассматривается как “продолжение недобровольной госпитализации”, т.е. в рамках тех же самых концептуальных и правовых положений, которые традиционно используются для анализа недобровольного помещения в психиатрический стационар. Однако в этом случае, по его мнению, нужны иные подходы, поскольку в лечении “на основе сообщества” принимают участие несколько “исполнителей”: “один источник обеспечивает проживание лица (жилищная служба), другой предоставляет пособия (службы социального обеспечения), третий поддерживает общественный порядок (система уголовной юстиции) и четвертый осуществляет лечение (службы психического здоровья)”.¹⁶ Поэтому обязательное амбулаторное лечение следует рассматривать в качестве правового инструмента, где социальное обеспечение и система юстиции используются как средства обеспечения эффективности психиатрического лечения во внебольничных условиях.¹⁷

¹⁶ Monahan J. Mandated Psychiatric Treatment in the Community-Forms, Prevalence, Outcomes and Controversies. –In: Coercive Treatment in Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical aspects / Eds. Thomas Kallert, Juan Mezzich, John Monahan. UK: Wiley-Blackwell, 2011. – P. 34.

¹⁷ См. подробнее: Monahan J., Swartz M., Bonnie R. – Указ. соч. – С.28-38.

В соответствии с американским законодательством лица с психическими расстройствами имеют право на социальную помощь, которая возможна как в форме денежных пособий, так и в виде предоставления жилья. Прохождение лечения по индивидуальным лечебным планам, разработанным и реализуемым службами психического здоровья во внебольничных условиях, может служить условием для получения помощи от государства. Кроме того, подобное лечение может выступать как альтернатива тюремному заключению или как требование при условном осуждении (probation) либо условно-досрочном освобождении (parole). В этом случае надзор за пациентами осуществляют сотрудники соответствующих юридических служб. И, наконец, средством добиться от пациента приверженности лечению является угроза недобровольной госпитализации, поскольку судебное решение об обязательном амбулаторном лечении позволяет начать эту процедуру в отношении пациента, не соблюдающего лечебный план, при наличии законодательно определенных оснований.

Изучение использования названных способов поддержки приверженности пациентов обязательному амбулаторному лечению, проведенное в 5 городах США и охватившее более 1000 взрослых пациентов, находившихся на таком лечении в службах здравоохранения как минимум в течение 6 месяцев, показало, что в отношении в среднем 51% пациентов использовался, по меньшей мере, один такой способ. В отношении половины из этих пациентов использовались 2 или более различных способов. Наиболее часто применяемым было обеспечение жильем (32% из всех пациентов) и неиспользование тюремного заключения (23%). Реже применялись денежные пособия (12% из всех пациентов) и отказ от недобровольной госпитализации (15%).¹⁸

¹⁸ См.: Monahan J. Op. cit. P. 38; см. также: Monahan J., Redlich A.D., Swanson J. et al. Use of Leverage to Improve Adherence to Psychiatric Treatment in the Community // *Psychiatric Services*. – 2005. – Vol. 56. – P. 37-44.

На сегодняшний день в законодательстве США существуют 3 возможности для назначения обязательного амбулаторного лечения. Во-первых, оно может проводиться в рамках “условной выписки”, когда психическое состояние госпитализированного пациента соответствует законодательно определенным критериям для госпитализации, но его выписывают при условии продолжения лечения амбулаторно. Во-вторых, такое лечение может служить альтернативой госпитализации, когда состояние пациента соответствует ее критериям, но ему назначается амбулаторное лечение вместо помещения в психиатрический стационар. Кроме того, обязательное лечение во внебольничных условиях назначается в превентивных целях, когда психическое состояние больного не отвечает правовым основаниям для недобровольной госпитализации, но установлено, что без необходимого лечения оно может ухудшиться¹⁹. Именно последний вид рассматриваемой меры и является в литературе наиболее дискуссионным.

Обсуждая проблемы правомочности назначения обязательного амбулаторного лечения с точки зрения свободы личности, E.R. Mulvey et al. (1987), Дж. С. Уайтм (1996), Pinfold and J. Bindman (2001), S. Lawton-Smith et al. (2008), С. Pouncey, J. Lurens (2010) высказывали мнение о том, что данный вид помощи в части случаев сопряжен либо с чрезмерным ограничением личной свободы, либо с недостаточным лечением. По мнению авторов, вероятность того, что амбулаторное лечение будет успешным, весьма невелика, если службы здравоохранения к этому не готовы. Ограничение гражданских прав по терапевтическим соображениям должно сочетаться с наличием качественной медицинской службы и этим оправдываться (“принцип взаимности”). В Англии и Уэльсе во внутреннем обзоре Национальной службы здравоохранения (Department of Health, 1993) отмечено, что использование

19 См.: Monahan J. – Указ. соч. – Р. 36.

полномочий на выписку под наблюдение подразумевает взаимные обязательства соответствующих служб обеспечить поддержку, в которой нуждается больной. При этом помощь, предлагаемая пациенту органами здравоохранения, должна соответствовать имеющемуся стандарту медицинского обслуживания.

Что же касается оценки эффективности обязательного амбулаторного лечения в США, то данные исследований не однозначны. В трехлетней пилотной программе обязательного амбулаторного лечения, начавшейся в 1994 г. в одном из психиатрических стационаров г. Нью-Йорка, участвовало 142 бывших пациента, 78 из которых после выписки проходили амбулаторное лечение по решению суда, а 64, составивших контрольную группу, лечились без судебного решения. В качестве показателей для оценки действенности программы рассматривались: повторная госпитализация, арест, оценка качества жизни, симптоматика психического расстройства, приверженность лечению и воспринимаемая пациентом степень принуждения. Участники обеих групп опрашивались трижды – через 1, 5 и 11 месяцев после выписки из стационара.

Авторы исследования не обнаружили статистически значимых различий между обеими группами в основных результатах лечения. Никто из опрошенных не был арестован за насильственное преступление, но 18% пациентов из первой группы и 16% из контрольной группы арестовывались, по меньшей мере, один раз. Число повторных госпитализаций составляло для указанных групп 51 и 42% соответственно. Восприятие пациентами обеих групп степени принуждения и оценка качества жизни были сходными, близкой в обеих группах была и приверженность лечению, что оценивалось сотрудниками амбулаторных служб, работавшими с пациентами²⁰.

²⁰ См.: Steadman H.J., Gounis K., Dennis D. et al. Assessing the New York City Involuntary Outpatient Commitment Pilot Program // *Psychiatric Services*. – 2000. – Vol. 52. – P. 330-336.

В другом исследовании эффективности обязательного амбулаторного лечения в штате Северная Каролина, напротив, было установлено, что пациенты с тяжелыми психическими расстройствами, соблюдавшие режим такого лечения и получавшие интенсивную терапию, реже оказывались в психиатрическом стационаре и проводили там меньше времени по сравнению с контрольной группой пациентов, которым эта мера не назначалась. Также обязательное амбулаторное лечение было связано с меньшим числом арестов пациентов, уже имевших в прошлом многочисленные госпитализации и аресты. Особенно эффективна эта мера оказалась для лиц с психотическими расстройствами²¹.

Более поздние исследования подтвердили эффективность обязательного амбулаторного лечения, что проявилось в снижении числа и продолжительности госпитализаций пациентов, а также в соблюдении режима приема психотропных препаратов и более тесном взаимодействии с амбулаторными службами²². Кроме того, было установлено, что вероятность ареста для лиц с серьезными психическими расстройствами, получающих такое лечение, ниже, чем для пациентов, которым подобное лечение еще не назначено либо которые проходят лечение добровольно²³.

Оценка 5-летнего применения амбулаторного лечения “с сопровождением” в штате Нью-Йорк, касавшаяся более 3000 пациентов, получавших лечение в соответствии с “Законом Кендры”, показала, что такие больные в 2 раза чаще соблюдали режим лечения, реже госпитализировались (на 77%), арестовывались (на 83%) и попадали в

²¹ См.: Swartz M.S., Swanson J.W., Hiday V.A. et al. A Randomized Controlled Trial of Outpatient Commitment in North Carolina // *Psychiatric Services*. – 2001. – Vol. 52. – P.325-329.

²² См.: Swartz M.S., Wilder C.M., Swanson J.W., et al. Assessing Outcomes for Consumers in New York's Assisted Outpatient Treatment Program // *Psychiatric Services*. – 2010. – Vol. 61. – P.976-981.

²³ См.: Gilbert A.R., Moser L.L., Van Dorn R.A. et al. Reductions in Arrest Under Assisted Outpatient Treatment in New York // *Psychiatric Services*. – 2010. – Vol. 61. – P.996-999.

заклучение (на 87%), а также оказывались на улице (на 74%), по сравнению с 3-летним периодом перед началом применения этой меры²⁴.

Надо заметить, что “Закон Кендры” был первоначально введен на 5 лет с возможностью продления после оценки результатов его применения. После публикации доклада, содержащего среди прочих приведенные данные, программа внебольничного лечения “с сопровождением” была продлена еще на 5 лет, и следующий доклад, опубликованный в 2009 г., также содержал доказательства ее эффективности²⁵.

В Англии введение амбулаторного лечения с надзором (supervised community treatment) стало одной из главных новелл Закона о психическом здоровье 1983 г. (редакция 2007 г.), также действующего и в Уэльсе. Ранее в Законе существовало 3 возможности для наблюдения за психиатрическим пациентом во внебольничных условиях: лечебный отпуск (ст.17), опека (guardianship) и выписка под надзор (ст.25А–J). Последний механизм для внебольничной психиатрической помощи был отменен, его заменило предписание об амбулаторном лечении (community treatment order), позволяющее осуществлять такое лечение с надзором²⁶.

Внесенные в Закон о психическом здоровье 1983 г. изменения направлены на сокращение числа госпитализаций, приближение соответствующих служб к местам жительства пациентов и обеспечение безопасности самих пациентов, их семей и других лиц. По мысли законодателей, введение новой меры позволит психически больным лицам лечиться во внебольничных условиях, продолжая

²⁴ См.: Kendra’s Law: Final Report on the Status of Assisted Outpatient Treatment. – Albany, New York: Office of Mental Health. – March 2005.

²⁵ См.: Swartz M.S., Swanson J.W., Steadman H.J., Robbins P.C., Monahan J. New York State Assisted Outpatient Treatment Program Evaluation. Duke University School of Medicine, Durham, NC, June, 2009.

²⁶ Комментарий к внесенным в Закон о психическом здоровье изменениям, касающимся амбулаторного лечения, см.: Bowen P. Blackstone’s Guide to the Mental Health Act, 2007. Oxford University Press, 2007. – P.71-94, 103-104, 109-123.

обычную жизнь в обществе, что даст им стабильность, необходимую для улучшения их психического здоровья. Кроме того, лечение будет лучше приспособлено к индивидуальным потребностям пациента, а в случае изменения его психического состояния службы психического здоровья смогут быстрее на них реагировать²⁷.

В соответствии со ст.17А Закона о психическом здоровье ответственный специалист стационара (responsible clinician) может вынести предписание о выписке госпитализированного пациента, подлежащего возможному возвращению в стационар при установленных законом условиях (ст.17Е Закона). При этом необходимо получить второе мнение от утвержденного специалиста в области психического здоровья (approved mental health professional), который в письменной форме должен выразить свое согласие с решением ответственного клинициста и подтвердить, что такое решение подходит для данного случая.

“Ответственный специалист стационара” понимается как “утвержденный клиницист, несущий полную ответственность за данный случай” (ч.1 ст.64 Закона), и им может быть не только врач-психиатр, но и любой квалифицированный профессионал в области психического здоровья, в том числе и не имеющий медицинского образования (социальный работник, психолог и др.). Наделение представителей иных специальностей правом принимать решения об амбулаторном психиатрическом лечении также является новым для английского Закона о психическом здоровье. Утвержденный специалист в области психического здоровья, в свою очередь, назначается местными властями, ответственными за социальные службы, для реализации ряда полномочий в соответствии с Законом о психическом здоровье (ст.114).

Амбулаторное лечение с надзором применяется только к госпитализированным пациентам, если ответственный

²⁷ См.: Supervised Community Treatment: a Guide for Practitioners. National Institute for Mental Health in England. – October, 2008. – P.9.

специалист стационара считает, что они не нуждаются в продолжении стационарного лечения, но у него должна быть возможность при необходимости вернуть их в больницу. Госпитализированным больным, согласно ч.2 ст.17А, считается “пациент, подлежащий возвращению в стационар во исполнение ходатайства о госпитализации для лечения”. К этой категории относятся лица с психическими расстройствами, в отношении которых возможна госпитализация для оказания психиатрической помощи в общем порядке (ст.3 Закона). Также эта мера может назначаться и судебно-психиатрическим пациентам, помещенным в стационары для лечения в соответствии со ст.37 и некоторыми другими из части 3 Закона.

Помимо названных условий, для амбулаторного лечения с надзором требуется, чтобы у больного было психическое расстройство, характер или тяжесть которого обуславливали бы необходимость лечения. В свою очередь, лечение должно быть необходимым для здоровья или безопасности самого лица либо для защиты других лиц, а также быть доступным без необходимости возвращения в стационар. И, наконец, ответственный клиницист должен иметь возможность вернуть пациента в больницу.

При решении вопроса о применении данной меры от ответственного специалиста стационара требуется комплексная оценка характера и тяжести психического расстройства больного и его ситуации. Ему следует принимать во внимание динамику расстройства, а также любые относящиеся к данному случаю факторы, в частности, учитывать, что риски, обусловленные психическим расстройством лица, являются достаточно серьезными, чтобы у него было право вернуть пациента в стационар. Оцениваемые специалистом риски могут касаться благополучия пациента, его уязвимости и социальных связей, возможного самоубийства и причинения вреда другим лицам²⁸.

²⁸ См.: Brookes G., Brindle N. Compulsion in the community? The introduction of supervised community treatment // *Advances in Psychiatric*

На основании ст.17В Закона о психическом здоровье в предписании об амбулаторном лечении необходимо определить требования, предъявляемые к пациенту, 2 из которых являются по закону обязательными – пройти обследование ответственным клиницистом для продления лечения с надзором, и пройти обследование другим – независимым назначенным для выполнения этой задачи – врачом (second opinion appointed doctor) с целью подтверждения обоснованности назначенного лечения.

Если в предписании устанавливаются иные требования к больному, то они должны рассматриваться и осуществляться как часть его лечебного плана и быть необходимыми для обеспечения психиатрического лечения либо предупреждения вреда для здоровья или безопасности самого пациента, либо защиты других лиц. Пациент и утвержденный специалист в области психического здоровья, ранее поддержавший предписание об амбулаторном лечении, должны согласиться с этими требованиями. У названного специалиста есть право не согласиться с требованиями, предлагаемыми ответственным специалистом стационара, и предложить другие. Его согласие как второе мнение требуется также перед продлением или отменой предписания об амбулаторном лечении.

Для каждого амбулаторного больного разрабатывается индивидуальный лечебный план, учитывающий его потребности и отражающий требования, содержащиеся в предписании о таком лечении. Центральным в лечебном плане является конкретизация того, как и где пациент будет получать лечение, включающее прием препаратов и иные терапевтические интервенции. В плане необходимо указать, кто будет осуществлять надзор, описать виды занятости в течение дня и все иные назначения

Treatment. – 2010. – Vol.16. – P.247; Macpherson R., Molodynski A., Freeth R. et al. Supervised community treatment: guidance for clinicians // *Advances in Psychiatric Treatment*. – 2010. – Vol.16. – P.253-259.

для данного пациента²⁹. В бригаду специалистов, разрабатывающих лечебный план, следует включать представителей стационара, где находился пациент до предписания об амбулаторном лечении, сотрудников местных амбулаторных служб психического здоровья и социальных служб, а также лечившего пациента врача общей практики.

Лечение в амбулаторных условиях означает, что больной может проходить терапию на дому, в иных внебольничных условиях и даже в больнице, если даст на это согласие. Пациент должен согласиться на лечение, а при отсутствии способности дать такое согласие, а также другого лица, которое могло бы это сделать от имени пациента, лечение может проводиться под руководством врача. Недобровольное лечение во внебольничных условиях возможно также, если оно является неотложным и необходимо для предотвращения вреда больному, а использование силы при этом должно быть пропорционально риску для пациента. В иных случаях лечение возможно только в стационарных условиях.

Ответственный клиницист может вернуть больного, находящегося на амбулаторном лечении с надзором, в психиатрический стационар, при условии, что он нуждается в лечении в стационарных условиях и существует риск причинения вреда его здоровью или безопасности либо другим лицам, если пациент не будет возвращен в больницу. Решение о возвращении в стационар может быть также принято, если больной не соблюдает хотя бы одно из двух обязательных по закону требований, содержащихся в предписании об амбулаторном лечении. Несоблюдение иных установленных для пациента требований не может служить основанием для его возвращения в стационар.

По данным официальной статистики, в учреждениях, относящихся к Национальной системе здравоохранения

²⁹ Подробнее см.: Supervised Community Treatment: a Guide for Practitioners. – P.23-28.

Англии, было вынесено предписаний об амбулаторном лечении: в 2008–2009 гг. – 2109, в 2009–2010 гг. – 4020, в 2010–2011 гг. – 3730 и в 2011–2012 гг. – 4086. За те же годы в психиатрические стационары было возвращено 206, 1197, 1587 и 2045 пациентов соответственно. Надо отметить, что информация собирается ежегодно в период с 1 апреля соответствующего года до 31 марта года следующего³⁰.

Несмотря на использование предписаний об амбулаторном лечении в английской психиатрической практике, мнения ученых об эффективности данной меры расходятся. Ряд исследований показывает, что амбулаторное лечение с надзором, введенное для снижения риска повторных госпитализаций и времени, проводимого в стационаре, помогает лечить пациентов во внебольничных условиях³¹ и приносит пользу, по меньшей мере, некоторым из них³².

По данным R.D. Miller (1994), исследование результатов обязательного амбулаторного лечения на примере США позволило оценить их как высокие или умеренные. Другие авторы полагают, что отсутствие данных об эффективности такого лечения в сочетании с существенным ограничением свободы пациентов во время его осуществления требует введения моратория на применение этой меры до того времени, пока не будут получены научно обоснованные доказательства ее эффективности³³.

³⁰ См.: Inpatients Formally Detained in Hospitals Under the Mental Health Act 1983 and Patients Subject to Supervised Community Treatment – Annual Figures, England, 2011–2012. The Health and Social Care Information Centre (HSCIC). October, 24, 2012. [Электронный ресурс] URL: www.ic.nhs.uk/pubs/inpatientdetmha1112 (дата обращения: 1 октября 2015 г.).

³¹ См.: Monnery D., Belgamvar R.B. Use of Supervised Community Treatment in One UK Healthcare District // *Progress in Neurology and Psychiatry*. – December, 2011. – P.8-13.

³² Dye S., Dannaram S., Loynes B., Dickenson R. Supervised community treatment: 2-year follow-up study in Suffolk // *The Psychiatrist*. – 2012. – Vol.36. – P.298-302.

³³ Burns T., Molodinski A. Community treatment orders: background and implications of the OCTET trial // *Psychiatric Bulletin*. – 2014. – Vol.38. – P.3-5.

К такому выводу их привели результаты открытого рандомизированного контролируемого Оксфордского исследования по оценке предписаний об амбулаторном лечении (ОСТЕТ).

В исследовании проверялась гипотеза о том, что пациенты с психозами, выписанные из стационаров с предписанием амбулаторного лечения, в течение 12 месяцев будут демонстрировать более низкий уровень повторных госпитализаций по сравнению с больными, которым были предоставлены лечебные отпуска в соответствии со ст.17 Закона о психическом здоровье 1983 г.

Для исследования были отобраны недобровольно госпитализированные пациенты, находящиеся в психотическом состоянии, в возрасте от 18 до 65 лет, которым, по мнению ответственных специалистов соответствующих стационаров, показано амбулаторное лечение с надзором (в окончательно определившуюся группу вошли 333 человека). Всех больных разделили на 2 практически равные части – 166 человек, в отношении которых были вынесены предписания об амбулаторном лечении, и 167 человек, получивших лечебные отпуска в соответствии со ст.17 Закона. Через 12 месяцев число пациентов, вновь оказавшихся в психиатрических стационарах, в обеих группах было одинаковым (59 человек или 36% в первой группе и 60 человек или 36% во второй группе). Авторы пришли к выводу, что в хорошо скоординированных службах психического здоровья осуществление принудительного надзора для таких пациентов уровень повторных госпитализаций не снижает ³⁴.

Результаты Оксфордского исследования вызвали и критику, в частности, в отношении корректности выбора контрольной для амбулаторных пациентов группы. Внимание обращалось и на то, что из первоначально

³⁴ Burns T., Rugkesa J., Molodynski A. et al. Community treatment orders for patients with psychosis (ОСТЕТ): a randomised controlled trial // *Lancet*. – 2013. – Vol. 381. – P.1627-1633.

выбранных для исследования пациентов, 144 человека (33%) отказались в нем участвовать³⁵.

Таким образом, вопрос об эффективности амбулаторного лечения с надзором остается в английской научной литературе дискуссионным. Вместе с тем врачи-психиатры и иные специалисты в области психического здоровья применяют эту меру на практике, не дожидаясь научных доказательств ее эффективности.

Представленное выше краткое изложение особенностей организации психиатрических служб и мер предупреждения общественной опасности психически больных в зарубежных странах важно с точки зрения необходимости его анализа и использования с целью развития стационарозамещающих технологий, биопсихосоциального подхода в процессе оказания специализированной помощи больным, в системе профилактики совершения общественно опасных действий.

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

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

³⁵ См.: Lancet. – 2013. – Vol.382. – P.501-503.

установить контакт с органами МВД для совместного наблюдения за этими лицами.

В дальнейшем были разработаны и приняты нормативные документы, направленные на оптимизацию оказания специализированной помощи пациентам 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 № 10-91/14-123 от 27.12.1971 г.), в которых определены основные категории пациентов, подлежащих специальному учету, сформированы приоритетные направления профилактической работы.

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

Становление систематической работы в этом направлении нашло отражение в создании в структуре ГНЦ им. В.П. Сербского Отдела судебно-психиатрической профилактики (1985 г.) и многочисленных научных публикациях его сотрудников (Котов В.П., Мальцева М.М., 1987–2014; Никонов В.П., 1993; Дмитриев А.С. и соавт., 1994–2015; Подольский Г.Н., 1995; Дианов Д.А., 1999, 2006; Абрамов С.В., 2003; Винникова И.Н., 2008, 2009; Макушкина О.А., Яхимович Л.А., 2011–2015; и др.).

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

Диспансерное наблюдение, а также недобровольные виды психиатрической помощи (недобровольное освидетельствование и недобровольная госпитализация), порядок применения которых определен принятым в 1992 г. ФЗ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, стали действенными мерами профилактики опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами.

Клинические и социальные критерии их применения имеют ряд общих черт. Прежде всего к ним относится наличие у больного тяжелого психического расстройства в виде острого или хронического психоза, либо глубокого психического дефекта. Констатация этих признаков, свидетельствующая о неспособности лица принимать осознанные решения, касающиеся состояния его психического здоровья, говорит о правомерности, при наличии дополнительных оснований, применения тех или иных мер психиатрической помощи без согласия пациента (Котов В.П., Бородин С.В., 2002). Эти основания обозначены в ч.4 ст.23, и ст.29 Закона: а) непосредственная опасность больного для себя или окружающих; б) беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности; в) существенный вред здоровью пациента вследствие ухудшения психического состояния, если он будет оставлен без психиатрической помощи. Перечисленные признаки в основном соответствуют аналогичным, содержащимся в законодательстве других стран, и отвечают требованиям документов Организации Объединенных Наций.

В 1993 г. В.П. Никонов на основе изучения клинико-социальной структуры больных с тяжелыми психическими

расстройствами показал целесообразность организации в структуре психоневрологических диспансеров кабинетов для обеспечения специального учета больных, представляющих опасность для общества, в составе которых предусматривалась работа врача-психиатра, социального работника, психолога, юриста, отмечалась необходимость участия в этой деятельности сотрудников МВД. В последующем подобные кабинеты были организованы в части субъектов РФ и доказали свою эффективность, обеспечив высокое качество профилактики опасного поведения психически больных в амбулаторных условиях.

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

Введение АПНЛ стало проявлением тенденции “к разнообразию и дифференциации принудительных мер медицинского характера” (Котов В.П., 1996), и отчасти было направлено на сокращение числа лиц, помещаемых на стационарное принудительное лечение, которое связано с более серьезными ограничениями для пациентов, чем лечение в амбулаторных условиях. Кроме того, это законодательное решение во многом было продиктовано необходимостью снижения повторности ООД лиц, страдающих психическими расстройствами, которая в разные годы по регионам страны колебалась от 20 до 40%. При этом как отечественные, так и зарубежные авторы отмечают высокую криминогенность больных в первые ме-

сяцы после отмены стационарного ПЛ (Казаковцев Б.А., Макушкина О.А., Котов В.П. и др., 2012), 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 числу принудительных мер медицинского характера 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, как уже было сказано выше, используется и в общепсихиатрической практике.

Еще в 90-е годы прошлого столетия ряд исследователей (Heilbrun K. et al., 1993; Lefkovitch V., 1993; Hosty G. et al., 1994) 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 мнению указанных авторов, а также Р.В. Herbert и соавт. (2003), обязательное амбулаторное наблюдение

(обязывающее пациента находиться постоянно в поле зрения врачей, получать необходимое лечение и возвращаться при необходимости в стационар) приводит к возможности 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 судебно-психиатрических знаний, 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 (Фергаген Д., 1991; Зомер М., 1994; Раас Б.К., 1994; Шнабель П., 1998; Линдеманн М., 2001; Simonsen E., 1992), где психиатрическая больница располагает стационарными отделениями с разными режимами безопасности, а также амбулаторной службой и жильем вне территории клиники. Все это вместе с системой 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 может прибегнуть к условному осуждению с частичным или полным освобождением от отбывания наказания и назначением амбулаторного принудительного наблюдения и лечения, в том числе и после тюремного заключения. Этой мере могут подвергаться также агрессивные пациенты из общей психиатрической сети с целью профилактики ухудшения состояния и возможных правонарушений (Шнабель П., 1998).

Несмотря на появление и развитие в зарубежных странах обязательного амбулаторного лечения все же на практике в отношении лиц с опасным поведением преобладает терапия в условиях психиатрического стационара. Исследование служб психического здоровья в 9 европейских странах показало, что на фоне сокращения числа обычных психиатрических коек в большинстве этих стран за период с 1990 по 2006 г. наблюдалось увеличение количества мест в судебно-психиатрических стационарах, а также жилья с поддержкой и надзором и лиц, находящихся в тюрьмах (“тюремного населения”). Эти процессы, подтвержденные статистически, позволили авторам исследования выделить развивающуюся, хотя и не везде последовательную, тенденцию в организации психиатрических служб, которую они назвали “реинституционализацией”³⁶ применительно к проблеме профилактики опасных действий психически больных.

При этом количество больных, к которым применяется обязательное амбулаторное лечение в ряде стран (например, в Австрии) составляет свыше половины всех выписываемых из судебно-психиатрического стационара (Knecht G., Schanda H. et al., 1996; Knahl A., 1997; Nedopil N., 1999; Maden A. et al., 1999; Kisely S. et al., 2005).

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 об-

³⁶ Priebe S., Frottier P., Gaddini A. et al. Mental Health Care Institutions in Nine European Countries, 2002 to 2006 // *Psychiatric Services*. – May, 2008. – Vol.59. – No.5. – P. 570-573. -URL: <http://ps.psychiatryonline.org/> (дата обращения – 22.06.2012).

ласти (Nedopil N., 1993; Hailbrun K., Griffin P.A., 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 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 (Абрамов С.В., 2003), разработаны рекомендации по его исполнению в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь.

По мнению зарубежных авторов (Bailey J., MacCulloch M., 1992; Kravitz H.M., Kelly J., 1999; Davison S. et al., 1999; Williams P. et al., 1999; Atkinson J.M., Garner H.C., 2002; Kisseli S., Campbell L., 2007), необходимость и эффективность данной меры медицинского характера подтверждаются более низким показателем рецидива ООД у лиц, находящихся на обязательном амбулаторном лечении, по сравнению с больными, чья выписка в общество таковым не сопровождалась (Дианов Д.А., Абрамов С.В., 2006).

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 боль-

ного; 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 помощи и поддержки пациентов, преемственности терапии между стационарной и амбулаторной службами.

По мнению Н. Недопила (2007), амбулаторные судебно-психиатрические отделения внесли свой вклад в значительное снижение 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 приведенных 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 участковым принципом работы, широкой сетью государственных психоневрологических диспансеров, диспансерных отделений и кабинетов участковых психиатров при ЦРБ, охватывающих все территории и обеспечивающих возможность активного наблюдения за всеми выявленными психически больными, а также необходимого взаимодействия с судами, правоохранительными органами, обладает рядом преимуществ, позволяющих беспрепятственно реализовать указанные принципы. Однако их

реализация, как и обеспечение эффективности системы профилактики опасных действий психически больных в целом, требует четкой законодательной регламентации и организационно-методического обеспечения.

Определенным этапом работы в данном направлении является издание Минздравом РФ совместно с МВД РФ Приказа № 133/269 “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. (Котов В.П., 2002; Полубинская С.В., 2002).

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

Приказом Росстата от 13.08.2009 г. № 171 утверждена отчетная форма № 36-ПЛ “Сведения о контингентах больных психическими расстройствами, находящихся под активным диспансерным наблюдением и на принудительном лечении”. Сотрудники ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России проводят ежегодный сравнительный анализ профилактической работы и оценку ее качества и эффективности в субъектах РФ и федеральных округах и издают аналитические обзоры (Макушкина О.А. с соавт., 2011, 2015).

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.

Глава 2

СИСТЕМА МЕР ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Сложившийся к настоящему времени порядок предупреждения общественно опасного поведения психически больных в амбулаторных подразделениях психиатрической службы включает комплекс мероприятий, которые условно можно разделить на меры первичной и вторичной профилактики.

Первичная профилактика заключается в обеспечении доступности квалифицированной психиатрической помощи, ранней диагностике психических заболеваний, проведении необходимой лечебно-реабилитационной работы с пациентом, своевременном выявлении из числа лиц, страдающих психическими расстройствами, больных с риском опасного поведения и реализации медицинских мероприятий по его предупреждению. Целью данной работы является превенция опасных действий у психически больных, ранее никогда их не совершавших.

Вторичная профилактика направлена на предупреждение повторного опасного поведения и осуществляется путем исполнения принудительного лечения и наблюдения у психиатра в амбулаторных условиях, а также выполнения внебольничными подразделениями психиатрической службы комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий по превенции рецидива опасного поведения после проведенного принудительного лечения.

Разработка проблемы первичной и вторичной профилактики ООД ведется в основном по 2 направлениям: реализация *неспецифических* мероприятий, связанных с общей диагностической и лечебно-реабилитационной психиатрической практикой, реализуемых в отношении всех лиц, страдающих психическими расстройствами;

и *специфических* – направленных непосредственно на предупреждение общественной опасности определенных контингентов пациентов.

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

К специфическим мерам относится специальная медицинская деятельность, направленная исключительно на профилактику ООД психически больных. Она включает исполнение принудительных мер медицинского характера в амбулаторных условиях, а также обеспечение активного диспансерного наблюдения участковым психиатром за больными с риском опасного поведения. Для ее реализации используются как общие психиатрические подразделения (к примеру, кабинеты участковых психиатров в ПНД, диспансерных отделениях и ЦРБ), так и специально созданные (кабинеты активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения).

2.1. Неспецифические меры профилактики опасных действий психически больных в амбулаторных условиях

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

Диспансерное наблюдение – важный вид амбулаторной психиатрической помощи, обеспечивающий необходимый контроль за динамикой психического состояния больного, его социальной адаптацией, выполнением необходимых лечебно-реабилитационных мероприятий. Реализация указанных мер представляет собой основу профилактики опасных действий психически больных лиц. Целесообразно подчеркнуть, что диспансерное наблюдение, как и недобровольные виды психиатрической помощи (недобровольное освидетельствование, недобровольная госпитализация), отличаются от принудительных мер медицинского характера, так как они находятся вне

сферы уголовной юстиции, и применяются в том числе к лицам, которые не совершали ООД.

Данному виду наблюдения в соответствии с ч.1 ст.27 Закона подлежат лица, страдающие хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями. К таковым относят такие психические заболевания, которые не только имеют у больного достаточно выраженные проявления, но и значительно снижают понимание окружающего и собственной личности, искажают оценку реальных событий и своего состояния, нарушают поведение, препятствуют поддержанию адекватного контакта с 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).

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

Решение об установлении диспансерного наблюдения или о его прекращении принимается независимо от согласия пациента комиссией врачей-психиатров, 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”). В сельских районах – врачебными комиссиями медицинской организации с включением в их состав врача-психиатра.

В последние годы анализ данных государственной статистической отчетности позволяет констатировать

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

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

Важными составляющими этого вида наблюдения являются: обеспечение непрерывности поддерживающей терапии после обострения болезненного расстройства; применение нейрорептиков с пролонгированным действием; психосоциальная терапия с целью повышения адаптационных возможностей пациента, 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.

Необходимыми организационными формами психиатрической помощи, значительно повышающими эффективность диспансерного наблюдения и способству-

ющими предупреждению опасного поведения психически больных, являются уже зарекомендовавшие себя в части территорий медико-реабилитационные отделения и отделения интенсивного оказания психиатрической помощи в амбулаторных условиях. Данные подразделения включены в действующий Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и должны быть организованы во всех субъектах РФ.

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

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

Если у больного, за которым было установлено диспансерное наблюдение, исчезают не все болезненные проявления психического расстройства, а лишь тяжелые стойкие или часто обостряющиеся, то это свидетельствует о значительном улучшении психического состояния. Примерами служат исчезновение психотических проявлений (синдромов помрачения сознания, выраженных аффективных, бредовых, галлюцинаторных, кататонических расстройств и др.), улучшение когнитивного функционирования, сглаживание или коррекция патологии личности. При этом у больного могут оставаться менее

тяжелые проявления психического расстройства, не нарушающие его социальной адаптации. Признаками значительного улучшения является также существенное снижение частоты обострений заболевания, увеличение продолжительности ремиссий.

Значительное улучшение психического состояния может быть 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.

По результатам исследований больные, госпитализированные в психиатрическую больницу недобровольно, составляют порядка 20% от общего числа направляемых на стационарное лечение. По сравнению с добровольно поступившими, они характеризуются более высоким удельным весом агрессивных поступков (Москаль И.В., 1994). Однако в разных территориях показатели приме-

нения недобровольных видов психиатрической помощи имеют различные значения.

Так, Г.М. Усов (2002) отмечал, что распространенность недобровольной госпитализации в стационар Омской психиатрической больницы составляет лишь 7,25% от всех поступлений или 36,1 случаев на 100 тыс. населения. Наиболее частыми (95,3%) основаниями для помещения больного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, по данным указанного автора, являются: непосредственная опасность для себя и окружающих, существенный вред здоровью, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи, которые применяются сочетано или раздельно. При этом доля госпитализаций с использованием критерия непосредственной опасности составляет в Омской области 65,5%. Факторами риска повторного недобровольного поступления пациентов в психиатрический стационар в течение года являются динамические характеристики заболевания, определяющие частые ухудшения состояния, а также недостаточный терапевтический эффект, достигнутый во время предыдущих госпитализаций и амбулаторного лечения.

Определенный интерес представляет работа О.А. Карлова (1997), посвященная деятельности врачей скорой психиатрической помощи, одной из важнейших задач которой является предупреждение ООД психически больных. Наряду с необходимостью учета признанных факторов риска совершения ООД (асоциальных тенденций в поведении пациента в прошлом, эксплозивного преморбидного личностного радикала с преимущественно агрессивным способом реагирования на внешние воздействия, состояния опьянения, сопутствующего психическому расстройству и т.д.), в психическом статусе и поведенческих реакциях пациентов, автор выделил следующие признаки непосредственной опасности: прямые или косвенные угрожающие высказывания в адрес окружающих, элементы подготовки совершения опасного поступка, отчетливый “агрессивный потенциал”.

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

Приведенные выше меры неспецифической профилактики ООД психически больных имеют важное практическое значение. Специалисты внебольничных психиатрических служб и скорой помощи выступают в качестве ответственных лиц за исполнение федерального законодательства, охрану общества от опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами.

В соответствии с действующим законодательством³⁷, а также нормативными и методическими документами³⁸ в медицинских организациях, оказывающих амбулаторную

³⁷ Ч.1 ст.13, ч.3 ст.26, ст.27 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”; ст.ст.99, 100 УК РФ.

³⁸ “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. за № 133/269.

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.

2.2. Специальные меры внебольничной профилактики опасных действий психически больных. Активное диспансерное наблюдение

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. Статистические данные говорят о том, что в настоящее время из числа лиц с психическими расстройствами, подлежащих диспансерному наблюдению, 3,5–4,5% включаются в группу АДН.

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

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

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

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-психопатологической картины и социального статуса сам должен сделать вывод о потенциальной опасности пациента. При этом следует руководствоваться наличием определенных признаков.

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

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

Наибольшую опасность представляет “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 имеется бредовая мотивация с идеаторными автоматизмами, дезорганизацией поведения, помрачение сознания, дисфорическая агрессивность, патологическая импульсивность, являются прямыми указаниями на наличие выраженного риска опасного поведения психически больного. Это свидетельствует о необходимости установления за ним активного диспансерного наблюдения.

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

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

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

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

Участковому психиатру необходимо помнить о высоком риске общественной опасности пациентов с психопатоподобными состояниями с аффективной возбудимостью, эксплозивностью, дисфориями, 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 опасностью для самого пациента, за больными с повышенным риском аутоагрессивного поведения также должно быть установлено активное диспансерное наблюдение. В данной связи участковому психиатру необходимо анализировать наличие факторов суицидального риска. К таковым у лиц с тяжелыми психическими расстройствами относятся

бредовые идеи самообвинения и 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. Важно подчеркнуть, что приведенные признаки не только позволяют выявлять потенциально опасных больных и включать их в группу АДН, они же в значительной мере определяют организацию и тактику их последующей курации.

Таким образом, участковый психиатр на основании особенностей клинико-психопатологической картины и социального статуса должен сделать вывод о потенциальной опасности пациента. Для ее определения необходимо проанализировать комплекс анамнестических, клинико-динамических, социальных, адаптационных и иных характеристик. Дискуссионным вопросам оценки риска опасного поведения психически больных посвящена отдельная глава настоящей монографии.

Обсуждая процедуру включения пациента в группу активного диспансерного наблюдения, кратко остановим-

ся на принципиальных в контексте принятия данного решения клинических вопросах.

Ведущими научными концепциями, определяющими общественно опасное поведение психически больных, являются: концепция триады факторов “синдром—личность—ситуация” (Кондратьев Ф.В., 1984–1994) и концепция психопатологических механизмов общественно опасных действий (Лунц Д.Р., 1972; Фрейеров О.Е., 1974; Мальцева М.М., Котов В.П., 1987–1995).

Под психопатологическим механизмом ООД принято понимать взаимодействие болезненных расстройств психики между собой, а также с личностными особенностями больного и ситуационными факторами, которое обуславливает противоправное деяние и исключает возможность трактовать его как преступление.

Если прибегнуть к делению психопатологических механизмов ООД (Фрейеров О.Е., 1961–1975; Лунц Д.Р., 1969, 1972) на продуктивно-психотические и негативно-личностные (Мальцева М.М., Котов В.П., 1995), то следует сказать, что в основе большей части опасных агрессивных действий психически больных лежат продуктивно-психотические механизмы, которые встречаются, однако лишь у 20–30% всех больных, совершающих ООД. Распространенными среди них являются бредовая защита, бредовая месть, реализация бредовых проектов, искупления мнимой (бредовой) вины, императивные галлюцинации и автоматизмами, дисфорическая агрессивность. Реализация бредовых проектов типична для различных идей величия, искупление мнимой вины связано с депрессивно-бредовыми переживаниями, деяния по мотивам бредовой демонстрации возможны и при персекуторном, и при мегаломаническом бреде. Указанные механизмы могут встречаться как при непрерывном течении болезненного процесса, так и в рамках периодических и пароксизмальных психотических состояний.

В плане прогнозирования опасного поведения, помимо выявления и квалификации психопатологического

механизма, имеет значение завершенность его формирования.

Возникновение *бредового поведения* (создание защитных приспособлений, сутяжная деятельность и др.) свидетельствует о наличии сформировавшегося психопатологического механизма, определяющего те или иные поступки больного, в том числе и опасные. Профилактическая тактика в таких случаях, помимо психофармакотерапии болезненного состояния (в случае необходимости – в условиях психиатрического стационара), может сводиться к ограничениям контактов больного с лицами, включенными в его бредовые переживания; к подробному инструктажу этих лиц о правилах поведения с больным; к выявлению близких, проживание с которыми не представит опасности; к выбору лица, которому можно доверить наблюдение за больным и контроль за проведением назначенной терапии. Указанных мер может быть достаточно для предотвращения опасных действий в течение времени, пока, например, не достигнут эффект от начатой активной терапии или не удастся осуществить госпитализацию.

Значительные трудности с выявлением потенциальной опасности у больных возникают при отсутствии у них продуктивной психотической симптоматики, когда ООД совершаются по так называемым негативно-личностным механизмам, связанным с тяжелыми, малокурабельными формами психической патологии.

Исключение представляет лишь сравнительно небольшое количество лиц, совершающих ситуационно спровоцированные деяния, особенно по механизму так называемой эмоциональной бесконтрольности или отсутствия способности управлять собственным аффектом. Речь идет главным образом о дефектных пациентах, поведение которых в значительной мере определяется аффективными порывами, которые ими плохо контролируются и к которым они не критичны. В профилактической работе с такими больными, наряду с терапевтическими

мероприятиями (направленными в основном на седацию), большую роль играют меры по оздоровлению микросреды, а также психологическая коррекция.

Определенных мер социально-бытового порядка в таких случаях может быть достаточно, чтобы не допустить совершения ООД. Они должны быть направлены на изоляцию больного от воздействия провоцирующих ситуационных факторов. Это может быть, например, инструктаж близких о тактике взаимоотношений с больным; отселение его от лиц, провоцирующих аффективные вспышки; изъятие пациента с повышенной внушаемостью и подчиняемостью из асоциальной среды.

Преобладающую же часть негативно-личностных механизмов составляют так называемые инициативные деяния, также совершаемые под влиянием дефицитарных расстройств и изменений личности, но мало зависящие от ситуации (извращенность и расторможенность влечений, дефицит высших эмоций).

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.

Опасное поведение таких больных направлено обычно на достижение собственных материальных благ или получение удовольствия. При наличии такой установки любая житейская ситуация рассматривается больным с точки зрения возможности реализации этих целей, а его конкретные действия могут приобретать самый различный характер. Поэтому предпочтение в профилакти-

ческой работе с такими лицами, помимо индивидуально подобранной психофармакотерапии, следует отдавать длительным реабилитационно-восстановительным и психокоррекционным мероприятиям, а также контролю со стороны полиции. Если же прибегать к ограничительным мерам, то оптимальной может быть недобровольная госпитализация.

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. Чаще всего именно этот контингент больных нуждается в совместном наблюдении психоневрологических диспансеров и органов МВД. 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.

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 было сказано выше, кроме больных хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями с повышенным риском совершения общественно опасных действий активному диспансерному наблюдению подлежат также лица, направленные по решению суда на АПНЛ.

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

Больные, признанные ограниченно вменяемыми (ст.22 УК РФ), а также страдающие расстройством сексуального предпочтения (педофилией), которым судом назначено принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях, несут ответственность

за соблюдение назначенного им врачом-психиатром режима наблюдения и лечения. Контроль за соблюдением этого режима осуществляется уголовно-исполнительной инспекцией. Более подробная информация о принудительном лечении таких лиц представлена в разделе “Организация принудительного лечения осужденных с психическими расстройствами, не исключающими вменяемость, а также с расстройством сексуального предпочтения (педофилией)”.

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

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

В настоящее время в части территорий имеют место некоторые затруднения в реализации мероприятий по профилактике общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами, в части обеспечения их недобровольной госпитализации. Данная ситуация сложилась из-за существующих противоречий между ФЗ “О полиции” от 7 февраля 2011 г. № 3-ФЗ и Законом РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” от 02.07.1992 г. № 3185-1.

В частности, согласно ч.3 ст.30 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” “сотрудники полиции обязаны оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольной госпитализации и обеспечивать безопасные условия для доступа к госпитализируемому лицу и его осмотра. В случаях необходимости предотвращения действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих со стороны госпитализируемого лица или других лиц, а также при необходимости розыска и задержания лица, подлежащего госпитализации, сотрудники полиции действуют в порядке, установленном Федеральным законом “О полиции”. При этом в соответствии с ФЗ “О полиции” (пп. 35 п.1 ст.12 гл.3) такое содействие должно быть обеспечено только при наличии решения суда.

Однако в соответствии с п. 35 ст.12 ФЗ “О полиции” в обязанности сотрудников полиции вменено “...участие совместно с органами здравоохранения в наблюдении за лицами, страдающими психическими расстройствами и представляющими опасность для окружающих, в целях предупреждения совершения ими преступлений...”. Данное положение определяет легитимность межведомственного взаимодействия по вопросам профилактики опасных действий психически больных во внебольничных условиях, регламентированного действующим Приказом МЗ РФ и МВД РФ от 30.04.1997 г. № 133/269.

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

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

В совместном наблюдении диспансера и работников полиции более других нуждаются больные с психопатоподобными расстройствами, имеющие в 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.

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

При госпитализации лиц рассматриваемой группы в психиатрический стационар, передаче под диспансерное наблюдение другого ПНД направляющее учреждение извещает принимающее учреждение о склонности этих лиц к общественно опасным действиям либо нахождении на принудительном наблюдении и лечении у врача-психиатра в амбулаторных условиях.

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

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

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

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

2.3. Принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях

Исполнение назначенных судом принудительных мер медицинского характера является мерой вторич-

ной 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.

Решение о назначении и отмене ПММХ принимается судом на основании рассмотрения заключения судебно-психиатрической экспертизы, психиатрической комиссии по освидетельствованию осужденных, комиссии врачей-психиатров (для лиц, находящихся на ПЛ), полномочных давать рекомендации по применению этих мер. Указанные комиссии и суд при выборе конкретной меры медицинского характера исходят из оснований, приведенных в общей форме в ст.ст.100, 101 УК РФ.

Основными задачами принудительных мер медицинского характера являются лечение и проведение реабилитационных мероприятий с целью излечения или улучшения психического состояния лиц, к которым они применяются, а также предупреждения совершения ими новых деяний, предусмотренных статьями Особенной части Уголовного кодекса.

Обязанность по исполнению назначенного судом принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях возложена на медицинские

организации, оказывающие внебольничную психиатрическую помощь.

Пациенты, в отношении которых исполняется указанный вид ПММХ, как уже было сказано выше, подлежат включению в группу активного диспансерного наблюдения без представления на врачебную комиссию (приказ Минздрава РФ и МВД РФ от 30 апреля 1997 г. № 133/269). При этом их статус определен уголовным законодательством, а курация имеет свои особенности.

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 № 14-ФЗ).

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

На сегодняшний день в среднем по России количество пациентов, в отношении которых исполняется АПНЛ, составляет примерно 0,6% от числа больных, находящихся под диспансерным наблюдением участкового психиатра. Указанное соотношение не является стабильным – на протяжении всего периода после введения АПНЛ (1997 г.) происходит постепенное увеличение данной категории больных как за счет роста сроков принудительного лечения у психиатра в амбулаторных условиях (в среднем 656,2 дней в 2014 г.), так и за счет все более частого его назначения судами.

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 принудительных мер медицинского характера. В отношении ограниченно вменяемых и вменяемых лиц, страдающих расстройством сексуального предпочтения (педофилией), иные виды ПММХ уголовным законом не предусмотрены.

Как известно, принудительные меры медицинского характера, включая и 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 правового статуса психически больных, которым назначено АПНЛ от иных пациентов, получающих амбулаторную психиатрическую помощь, заключается в невозможности продления и прекращения применения этой меры без решения суда. Пациенты с тяжелыми психическими расстройствами в случае уклонения от АПНЛ, отказа от назначенных лечебных мероприятий могут быть подвергнуты недобровольной госпитализации (ст. 29 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”). 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.

Введение судебного порядка продления принудительных мер медицинского характера является важной гарантией соблюдения прав человека в рассматриваемой сфере и способом независимого от медицинских работников контроля обоснованности и сроков их применения. Судебный порядок продления недобровольной госпитализации впервые был предусмотрен в Законе РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при

ее оказании” (ст.36)³⁹. Появление аналогичного правила в уголовном законе следует расценивать как одно из проявлений сближения процедур оказания недобровольной психиатрической помощи обычным пациентам и больным, совершившим общественно опасные действия. В этом отношении отечественное законодательство оказывается в русле складывающейся с 90-х годов прошлого века и отраженной в ряде международно-правовых документов тенденции сближения психиатрической помощи, оказываемой в общих психиатрических и в судебно-психиатрических учреждениях, с точки зрения стандартов качества психиатрической помощи и процедур защиты прав пациентов. В частности, на необходимость такого сближения и принятия специальных законодательных мер для этого указывается в документах Всемирной Организации Здравоохранения⁴⁰, а также ООН и Совета Европы⁴¹.

Применение АПНЛ, равно как и любого другого вида ПММХ, является формой оказания психиатрической помощи, что позволяет распространить на лиц, находящихся на ПЛ, положения Закона 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 – “Согласие на лечение”, ст.13 – “Принудительные меры медицинского характера”), многие другие его нормы имеют общий характер и относятся ко всем пациентам, включая и находящихся на принудительном лечении.

В ч.3 ст.97 УК РФ также говорится, что вопросы исполнения принудительных мер медицинского характера

³⁹ Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета РФ. – 1992. – № 33. – Ст.1913.

⁴⁰ См.: WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation. – Geneva: World Health Organization. – 2005.

⁴¹ См., например: Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи, утвержденные Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 17 декабря 1991 г. 46/119; Рекомендация Rec(2004)10 Комитета Министров Совета Европы, касающаяся защиты прав человека и достоинства лиц с психическими расстройствами, от 22 сентября 2004 г.

регулируются уголовно-исполнительным законодательством и иными федеральными законами. Это предписание уголовного закона на сегодняшний день остается нереализованным. УИК РФ содержит лишь отдельные нормы, касающиеся только принудительных мер медицинского характера, соединенных с исполнением наказания, то есть не связанных с тяжелыми психическими расстройствами. Практически неурегулированным остается и исполнение принудительных мер медицинского характера в иных случаях (п. “а” и “б” ч.1 ст.97 УК РФ).

Вместе с тем анализ действующего законодательства показывает, что нормами уголовного, уголовно-процессуального и уголовно-исполнительного законодательства регламентация принудительных мер медицинского характера не ограничивается, и отдельные положения, относящиеся к исполнению таких мер, в российских законах содержатся.

Так, применение принудительных мер медицинского характера к лицам, совершившим уголовно наказуемые общественно опасные деяния и страдающим психическими расстройствами, по сути, является формой оказания им психиатрической помощи, что позволяет, как уже было сказано выше, распространять на этих лиц Закон РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”. Названный Закон служит непосредственным источником правовых предписаний, определяющих правовой статус лиц, в отношении которых исполняются ПММХ.

Кроме того, как указал Верховный суд РФ в постановлении Пленума “О практике применения судами принудительных мер медицинского характера” от 7 апреля 2011 г., при решении отдельных вопросов, связанных с применением принудительных мер медицинского характера, необходимо руководствоваться и другими законодательными и иными нормативными правовыми актами (п.1). Одним из таких актов является рассмотренный в предыдущем разделе совместный приказ Минздрава РФ

и МВД РФ от 30 апреля 1997 г. № 133/269 “О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами”⁴². Ряд положений этого приказа затрагивает лиц, находящихся на амбулаторном принудительном лечении.

Таким образом, во время проведения принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях лицо, которому оно назначено судом, пользуется всеми правами, предусмотренными Законом РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”. Оно может получать помощь во всех имеющихся в психоневрологическом диспансере подразделениях (кабинетах, дневном стационаре, лечебно-трудовых мастерских и т.п.). При наличии показаний оно может быть госпитализировано 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.

В соответствии с Приказом МЗ РФ и МВД РФ от 30.04.1997 г. №133/269 списки лиц, включенных в группу АДН и находящихся на принудительном наблюдении и лечении у врача-психиатра в амбулаторных условиях, ежегодно передаются в орган внутренних дел (полиции). Орган внутренних дел содействует наблюдению за лицами, находящимися на АПНЛ в объеме, установленном указанным Приказом и ФЗ “О полиции”. Приказом МЗ РФ и МВД РФ от 30.04.1997 г. №133/269 также регламентирована периодичность врачебного освидетельствования больных, о чем уже было сказано ранее.

Как видно из изложенного, нельзя утверждать, что исполнение принудительных мер медицинского характера

⁴² См.: Вопросы расследования преступлений: Справочное пособие/ Под. ред. И.Н. Кожевникова. – М.: Спарк, 2000. – С. 105-109.

является сферой, полностью лишенной законодательного и иного нормативно-правового регулирования.

Вместе с тем в отношении исполнения ПММХ в учреждениях здравоохранения ряд авторов (Шишков С.Н., 2010; Котов В.П., Мальцева М.М., Полубинская С.В., 2012; Макушкина О.А., Полубинская С.В., 2013–2014) отмечают наличие определенных пробелов в законодательном регулировании. Несовершенство правового и организационно-методического обеспечения назначения и исполнения ПММХ, по их мнению, не может не сказываться на их реальном применении. Возможные пути решения указанных проблем они видят в совершенствовании действующего законодательства, в частности, в принятии федерального закона, специально посвященного исполнению ПММХ.

При этом указанные авторы ссылаются на то, что принудительное лечение всегда связано с определенными и довольно значительными ограничениями свободы лиц, которым оно назначено, но такого рода ограничения в соответствии с ч.3 ст.55 Конституции Российской Федерации могут быть установлены только федеральным законом. В законодательном регулировании нуждается также разграничение функций и компетенции различных ведомств и служб при проведении принудительного лечения (МЗ РФ, МВД РФ, Минюст РФ) и порядок их взаимодействия с судами, ответственность и объем полномочий органов исполнительной власти различного уровня (Федеральных и субъектов РФ) и медицинских организаций.

Эти вопросы могут быть решены указанным Федеральным законом не только в отношении принудительного лечения, проводимого в психиатрических стационарах, но и в отношении АПНЛ. Указывается, в частности, на необходимость предоставления лицам, к которым применяется данная мера, права на бесплатное лекарственное обеспечение, а также на целесообразность распространения на врачей и персонал, осуществляющих принудительное лечение в амбулаторных условиях, некоторых

привилегий и льгот, предусмотренных в настоящее время для сотрудников психиатрических стационаров, выполняющих аналогичную функцию. В связи с этим была разработана модель федерального закона об исполнении ПММХ, предусмотренных законодательством России, которая опубликована в виде коллективной монографии (Голланд В.Б., Казаковцев Б.Я., Котов В.П. и др., 2014).

***Принудительное наблюдение и лечение
у врача-психиатра в амбулаторных условиях лиц
с тяжелыми психическими расстройствами***

Специфика АПНЛ состоит в том, что оно, в отличие от стационарного принудительного лечения, влечет за собой значительно меньшие ограничения личной свободы пациентов. Особенностью этого контингента 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).

Научный анализ практики применения данного вида ПММХ свидетельствует о целесообразности его назначения и эффективности исполнения в отношении больных:

- а) совершивших опасное деяние в состоянии временного психического расстройства или психотического обострения хронического заболевания, разрешившихся ко времени проведения судебно-психиатрической экспертизы, с благоприятным типом течения психического расстройства, а также при сохранности социальной адаптации больного и способности к соблюдению предписанного режима;
- б) с явлениями слабоумия, состояниями психического дефекта различного происхождения и другими психическими расстройствами, совершивших ООД,

спровоцированное неблагоприятной ситуацией, которая к настоящему времени разрешилась, при наличии возможности лечения и наблюдения в амбулаторных условиях (участие заинтересованных родных и близких пациента);

- в) с хроническими психическими расстройствами или слабоумием после проведения принудительного лечения в психиатрическом стационаре при неустойчивой социальной адаптации и выявлявшейся в прошлом склонности к повторным общественно опасным действиям – в качестве этапа перед полным прекращением принудительного лечения (в порядке изменения вида принудительной меры медицинского характера).

Противопоказаниями для первичного (без ПЛ в стационаре) назначения АПНЛ являются следующие клинические и социальные признаки.

1. Тенденция к спонтанному частому возникновению психотических рецидивов, сопровождающихся опасным поведением больного, или легкость провоцирования психотических состояний экзогенными факторами (алкоголем, психогениями и другими вредностями).
2. Неполная ремиссия заболевания (неполная редукция психотического эпизода), во время обострения которого было совершено ООД.
3. Психопатоподобные нарушения со вспыльчивостью, оппозиционностью, эмоциональной огрубленностью, морально-этическим снижением.
4. Тенденция к непрерывному течению заболевания, его прогрессивности, а также резистентность к терапии, затрудняющие лечение в амбулаторных условиях.
5. Повторность совершения опасных действий не только в состоянии психоза, но также в преморбидный период и в состоянии ремиссии.

6. Социальная дезадаптация больного, сопровождающаяся бытовой неустроенностью, отсутствием работы, поддержки со стороны родственников.
7. Асоциальная микросреда, отрицательно влияющая на больного и способствующая вовлечению его в криминальную деятельность.
8. Алкоголизация, наркотизация, усугубляющие течение хронического психического заболевания.

Круг лиц, которым показано АПНЛ 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 индивидуально-личностные особенности и морально-нравственные установки, свойственные больному в преморбидный период, которые могут отразиться на его отношении к лечению и соблюдению врачебных рекомендаций в амбулаторных условиях, дальнейшей реадaptации в обществе. Так, успешность реабилитации больных, 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 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. Необходимость же назначения этой меры возникает тогда, когда больной не обладает к моменту выписки достаточным реабилитационным потенциалом для адаптации в социуме без помощи и контроля со стороны психиатрической службы. Иными словами, 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 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 ООД, 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.

С учетом сказанного, показаниями для изменения принудительного лечения в стационаре на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра являются:

- 1) тенденция к безремиссионному течению хронического психического расстройства или формированию нестойких ремиссий;
- 2) формальная критика к заболеванию и/или совершенному ООД;

- 3) необходимость продолжения психофармакотерапии и оказания помощи для достижения оптимального для данного больного уровня социальной адаптации;
- 4) отмечавшаяся в прошлом склонность к злоупотреблению алкоголем, наркотиками, иными психоактивными средствами;
- 5) наличие криминального опыта, повторность привлечения к уголовной ответственности.

К противопоказаниям для изменения принудительного лечения в стационаре на АПНЛ можно отнести следующие признаки:

- 1) наличие в клинической картине острой психотической симптоматики;
- 2) отсутствие критики или двойственное отношение к персонифицированным бредовым идеям;
- 3) нарушения больничного режима на протяжении последних 6 месяцев принудительного лечения в стационаре;
- 4) отсутствие установки на отказ от употребления алкоголя и ПАВ.

При назначении АПНЛ больному с приступообразным течением хронического психического расстройства или с наличием повторяющихся пароксизмальных состояний необходимо убедиться, что имеет место не временное улучшение состояния под влиянием терапии, а сформировалась длительная стойкая ремиссия.

У большей части пациентов, совершивших опасные действия в психотическом состоянии, после изменения стационарного ПЛ на АПНЛ отмечается в целом достаточно ровный фон настроения, упорядоченное поведение, продуктивной психотической симптоматики не выявляется. Наряду с этим они несколько облегченно относятся к перенесенному психотическому состоянию, недостаточно оценивают его связь с совершенным ООД. При этом у больных шизофренией выявляются характерные рас-

стройства 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.

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

На первом (адаптационно-диагностическом) этапе терапии 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.

Проводится дообследование пациента с уточнением особенностей соматического и неврологического состояния. Назначаются консультации специалистов, проводятся необходимые виды обследования.

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. Большое внимание уделяется анализу семейной и

трудоустройке больного. При утрате трудоспособности и отсутствии инвалидности участковый психиатр направляет пациента на МСЭК.

У больных психозами на основе анализа медицинской документации и изучения анамнеза ретроспективно оценивается структура перенесенного острого приступа, изучается динамика заболевания и качество установившейся ремиссии. Собирается также информация о факторах риска рецидивов (влиянии психотравмирующих факторов и других вредностей), оценивается 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.

Обязательным является патопсихологическое исследование, цель которого, наряду с оценкой психических функций больного – изучение его самоконтроля, агрессивности, патологического склада личности и других параметров, значимых как в генезе опасного поведения, так и в работе по его предупреждению.

Проводится психологическое консультирование, в процессе которого происходит обсуждение возникших у пациента проблем, возможных вариантов их преодоления, а также информирование об его индивидуальных психологических качествах, специфических типах реагирования, методах саморегуляции. Определяются формы психокоррекционной работы, социальной помощи, в которых нуждается больной.

Совместными усилиями участкового психиатра, медицинского психолога, социального работника и специалиста по социальной работе разрабатывается индивидуальная программа реабилитации пациента.

В отношении больных, поступивших на АПЛ после принудительного лечения в психиатрическом ста-

ционаре, на первом этапе лечебно-реабилитационной работы, 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 т.д.).

У большинства таких 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.

При первом визите к участковому психиатру после выписки с ПЛ в психиатрическом стационаре в ряде случаев выявляется негативное отношение как к приему поддерживающей терапии, так и к дальнейшим посещениям врача. При экспериментально-психологическом исследовании данных больных отмечается, что высказываемые ранее пациентами социально одобряемые установки в действительности при изменении обстоятельств не становятся подлинными регуляторами их поведения. Обнаруживается склонность к внешнеобвиняющим формам реагирования и уходу от ответственности. Представления пациентов о болезни и ее влиянии на образ жизни в настоящем и будущем недостаточно определены, что в целом отражает формальность критической оценки ситуации. Полученные данные свидетельствуют о недостаточности приспособительных механизмов в условиях смены ситуации на менее регламентированную и жестко контролируемую извне.

В этот период у больных наблюдаются наиболее существенные сложности в адаптации в силу наличия

выраженных дефицитарных нарушений (эмоционально-волевое, когнитивное, интеллектуально-мнестическое снижение). При снижении способности к прогностической оценке ситуации, выраженной пассивности, ведомости существует риск вовлечения больных 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 ПНД. В ряде случаев, особенно при отсутствии близких родственников, приходится прибегать к помощи сотрудников полиции.

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 при этом имеют разъяснительные беседы с членами семьи больного, которые должны ограждать его от употребления психоактивных веществ, а также психологическая коррекция.

Реабилитационные мероприятия неразрывно связаны с оказанием больным социально-бытовой и юридической помощи по защите их прав и законных интересов.

В задачи психолога входит совместная с больным выработка плана поведенческой психотерапии, предполагающая регулярность психотерапевтических встреч и выполнение домашних заданий.

Второй этап исполнения АПНЛ характеризуется сочетанием биологической терапии имеющейся у больного психопатологической симптоматики с активной психотерапевтической и психокоррекционной работой и оказанием социальной помощи (Шапкин Ю.А., Яхимович Л.А., 2002, 2006; Дмитриев А.С. и др., 2013).

Терапия психических расстройств у всех пациентов, находящихся на АПНЛ, проводится в соответствии с утвержденными МЗ РФ стандартами оказания медицинской помощи.

В отношении 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 позитивной психотической симптоматики, влияние на негативные и когнитивные расстройства, обеспечение противорецидивного эффекта, т.е. поддержание устойчивой ремиссии, а также профилактика опасного поведения, восстановление возможно более высокого уровня социального функционирования больного.

Эффективность нейролептических препаратов в процессе терапии не снижается, толерантность к нейролептикам не развивается, поэтому после нескольких недель эффективной терапии не только не требуется дальнейшего увеличения доз, а возможно их снижение.

Целесообразно использовать нейролептик, который ранее (при прошлых обострениях болезненного процесса) у данного пациента был эффективен. Наиболее выраженный терапевтический эффект обычно проявляется в течение первых 6 недель лечения, хотя и в более поздние сроки может выявиться дальнейшее улучшение (например, при лечении атипичными нейролептиками).

Выбор психофармакологических средств, их доз и способов введения определяется структурой психопатологической симптоматики (преобладающим синдромом, выраженностью негативных симптомов, коморбидными расстройствами и др.), соматическим состоянием и возрастом больного. Динамическое видоизменение клинической картины или, наоборот, отсутствие терапевтической динамики в течение определенного времени диктует необходимость коррекции дозы, смены препарата или присоединения других средств терапии.

В случае обострения болезненного процесса с актуализацией и генерализацией психопатологической симптоматики, нарастанием ее выраженности, явлениями страха,

тревоги, следует прибегать к назначению нейролептиков с седативным компонентом действия (азалептин, хлорпротиксен и др.). При появлении галлюцинаторно-параноидных расстройств предпочтение следует отдавать нейролептикам с выраженным антигаллюцинаторным и антибредовым действием (галоперидол, трифтазин, клопиксол, рисперидон, зипрекса и др.).

В случае приступов с наличием в структуре продуктивных расстройств неврозоподобной симптоматики (обсессивно-компульсивные, истероформные и другие расстройства), а также соматовегетативных нарушений и умеренно выраженных тревожных расстройств назначают анксиолитики, такие как феназепам, диазепам, клоназепам.

При декомпенсации состояния в форме аффективных расстройств назначаются “малые” нейролептики с седативным действием, а также транквилизаторы, антидепрессанты. Неврозоподобные состояния лечатся транквилизаторами и “малыми” антидепрессантами. Когда состояния декомпенсации проявляются психопатоподобной симптоматикой, применяются короткие курсы нейролептиков седативного действия, а также небольшие дозы транквилизаторов.

Следует, по возможности, избегать применения комбинаций различных нейролептиков. Выбор конкретного препарата осуществляют с учетом спектра психотропной активности антипсихотического средства и характера возникающих побочных эффектов, а также противопоказаний к применению и возможных лекарственных взаимодействий.

Корректоры назначают для купирования уже развившихся экстрапирамидных расстройств и редко с профилактической целью, так как они могут снизить эффективность нейролептической терапии и привести к развитию нежелательных побочных эффектов. Профилактическое назначение корректоров может быть показано всем больным, у которых в прошлом отмечались

экстрапирамидные нарушения, а также при использовании любых препаратов, которые, скорее всего, вызовут эти расстройства (типичные нейролептики).

При наличии в клинической картине выраженных циркулярных расстройств (состояние маниакального возбуждения) рекомендуется назначение нормотимических средств. При наличии в структуре психоза выраженного депрессивного аффекта обоснованным будет присоединение антидепрессантов в дозах, достаточных для купирования патологически измененного аффекта; при этом следует учитывать возможность обострения других продуктивных расстройств, поэтому предпочтительно применение антидепрессантов с седативным компонентом действия.

В качестве поддерживающей (противорецидивной) терапии в амбулаторных условиях может использоваться продолжение ежедневного перорального приема уже подобранного нейролептика в минимальных суточных дозах или переход на длительную терапию нейролептиками пролонгированного действия (галоперидол-деканат, клопиксол-депо, флюанксол-депо, модитен-депо, рисполепт-конста), возможна также терапия таблетированными атипичными нейролептиками – рисперидон 1–4 мг/сут, кветиапин 300–600 мг/сут, амисульприд, сертиндол и др. При необходимости назначаются корректоры, проводятся курсы терапии ноотропами, витаминотерапия.

При отчетливо приступообразном течении шизофрении с сравнительно редкими приступами (реже 1 раза в 2–3 года) больные в состоянии ремиссии могут обходиться без лечения. Неоправданное назначение психотропных средств во время ремиссии может затруднить социально-трудовую реадaptацию.

Психологическая коррекция и психотерапия таких пациентов должна быть направлена на осознание факта болезни, формирование приверженности лечению, социальную активацию, выработку адекватных стереотипов

поведения, отказ от употребления алкоголя и ПАВ, коррекцию установок и отношений, выбор адекватных форм реагирования на ситуацию фрустрации и др. Проводятся психообразование, поведенческая терапия, семейная психотерапия и др.

Принципами терапии больных органическими психическими расстройствами являются:

- этиотропное лечение (при верифицированном диагнозе);
- патогенетическая терапия: детоксикация; дегидратация; средства, нормализующие мозговую гемодинамику и мозговой метаболизм;
- симптоматическое лечение психотропными средствами проводится по показаниям (при наличии продуктивной психопатологической симптоматики, нарушений поведения) с учетом структуры психопатологического синдрома, остроты болезненного состояния, высокой вероятности развития побочного действия психотропных средств. Используются седативные средства; антидепрессанты; нейролептики; противосудорожные препараты (при наличии пароксизмальной симптоматики).

Психотропные препараты применяют в зависимости от остроты состояния и структуры психопатологического синдрома в индивидуально подобранных дозах с учетом соматического состояния пациента. В связи с повышенным риском развития у данного контингента больных побочных действий психотропных средств требуется осторожность в выборе препарата, его дозы и длительности применения. Целесообразна “терапия прикрытия” в виде нейрометаболических, церебропротективных средств.

Неотъемлемой частью лечебно-реабилитационной работы в отношении больных с органическими психическими расстройствами, равно как и иными видами психической патологии является психосоциальная реабилитация.

В отношении больных с ОПР имеет смысл проводить коррекционную работу с разъяснением особенностей влияния неблагоприятных экзогенных воздействий на организм и необходимости соблюдения психогигиенических мероприятий, отказа от употребления алкоголя и ПАВ. Наряду с патогенетической реконструктивно-личностной психотерапией успешно используется когнитивная психотерапия.

Задачей второго этапа АПНЛ у этих пациентов является достижение стабильности психического состояния и максимально возможного для больного уровня социальной адаптации. Важное направление психокоррекционной работы – формирование коммуникативных навыков, повышение самоконтроля и саморегуляции.

На втором этапе амбулаторного принудительного наблюдения и лечения частота посещений диспансера индивидуальна и варьирует от 1 раза в неделю до 1 раза в месяц.

У пациентов с психопатоподобными расстройствами, которым АПНЛ назначено после ПЛ в психиатрическом стационаре, 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 психиатрическую больницу в большинстве случаев носит недобровольный характер и осуществляется при помощи сотрудников полиции. Это говорит об общественной опасности госпитализируемых и необходимости, в ряде случаев, изменения меры медицинского характера на принудительное лечение в психиатрическом стационаре.

Характеризуя в целом больных с преобладанием психопатоподобных расстройств, следует отметить, что им и на этом этапе свойственны трудности адаптации к амбулаторным условиям, требующие более длительного

времени для восстановления межличностных, внутрисемейных отношений. Этот фактор оказывает влияние на увеличение сроков второго этапа АПНЛ.

Восстановление адаптационных возможностей у пациентов данной группы требует более длительных лечебно-реабилитационных мероприятий и более тесного взаимодействия участковых психиатров с родственниками, работниками правоохранительных органов.

Практически все больные после выписки из стационара имеют инвалидность II группы. Как правило, одним из этапов трудовой реадaptации является работа в лечебно-трудовых мастерских.

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 правоохранительных органов при возрастании риска общественной опасности пациентов.

Пациенты вовлекаются в круг семейных взаимоотношений, по возможности включаются в работу в лечебно-трудовых мастерских. Это, в свою очередь, приводит к уменьшению частоты алкогольных эксцессов, прекращению приема наркотических и других психоактивных веществ.

Под влиянием медикаментозной терапии и психокоррекционных мероприятий у больных складываются более устойчивые социально ориентированные установки, навыки противостояния давлению асоциального окружения. В ходе групповой психокоррекции при выявлении и обсуждении общих проблем формируется осознанное отношение к имеющемуся заболеванию и связанным с ним ограничениям своего функционирования в социуме.

На третьем (завершающем) этапе целесообразно продолжать работу, по психообразованию, обучению и закреплению навыков психологической защиты, аутотренинга и иных способов нормализации эмоционального

состояния, проведение когнитивной терапии, работы с семьями больных.

Врачебная тактика этого этапа основана на результатах выполнения программы двух предыдущих. Поскольку больных с дефицитарными нарушениями и психопатоподобными проявлениями отличает большая стойкость личностных расстройств и нарушений поведения, они нуждаются в продолжении терапии нейролептиками, избирательно действующими на эти симптомы, а также интенсивной когнитивно-поведенческой психотерапии. Достижение определенного (в зависимости от выраженности эмоционально-волевых, когнитивных, интеллектуально-мнестических расстройств) уровня социальной адаптации приводит к утрате связей пациента с неблагоприятной микросоциальной средой, формированию социально приемлемого образа жизни, появлению соответствующих интересов и забот. Необходимо иметь в виду, что успехи в отношении социальной адаптации больных этой группы нередко нестойкие, уже незначительные трудности, провокации со стороны асоциального 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, достижение которой заставляет существенно увеличивать сроки АПНЛ.

Как уже было сказано выше, в соответствии с действующим уголовным законодательством, целью исполнения принудительных мер медицинского характера является излечение лиц, к которым они применяются или улучшение их психического состояния, а также предупреждение совершения ими новых ООД, т.е. редукция общественной опасности.

Рекомендуется использование дифференцированного подхода к принятию решения об отмене либо продлении АПНЛ, комплексной оценки риска общественной опасности с учетом анамнеза, клинико-психопатологических,

патопсихологических, личностных, социальных и адаптационных характеристик больного с тщательным выявлением диссимулятивных и скрытых антисоциальных тенденций, что требует участия в принятии данного решения как психиатров, так и медицинских психологов, социальных работников.

Необходимо учитывать, что только по поведению и высказываниям больных нельзя с уверенностью судить об отсутствии у них противоправных тенденций. При прекращении АПНЛ 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-психологических исследований.

Аргументами в пользу этого решения 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 (не менее 12 месяцев) времени; стойкость наступившего позитивного изменения психического состояния; появление критического отношения к совершенному ООД, осознание болезни; приверженность лечению; повышение адаптационных возможностей, отсутствие асоциальных тенденций.

Перечисленное свидетельствует, 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.

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 дает необходимую уверенность в том, что отмена судом принудительной меры не приведет к рецидиву заболевания с возрастанием риска совершения ООД.

Продление, изменение, прекращение применения принудительных мер медицинского характера производятся судом по представлению администрации учреждения, осуществляющего принудительное лечение, на основании заключения комиссии врачей-психиатров.

Для контроля за соблюдением прав пациентов, продолжительностью применения принудительных мер, которая определяется исключительно особенностями психического состояния лица и обусловленной этим его опасностью для общества, в медицинской организации, осуществляющей АПНЛ, создается комиссия врачей-психиатров, которая не реже 1 раза в 6 месяцев проводит освидетельствование лиц, находящихся на ПЛ.

В соответствии со ст.102 УК РФ по представлению лечащего врача, в связи с изменением психического состояния, по ходатайству самого лица, его законного представителя и (или) близкого родственника комиссия может провести переосвидетельствование в любое время до истечения указанного срока.

Поскольку ПЛ 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 принудительных мер.

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

Если комиссия врачей-психиатров при очередном переосвидетельствовании пациента не находит в его состоянии существенных изменений, дается заключение о необходимости продолжения ПЛ в том же виде, в каком оно и проводилось.

Рекомендации о необходимости продления, изменения или прекращения применения принудительной меры оформляются заключением об освидетельствовании комиссией врачей-психиатров лица, находящегося на принудительном лечении, на основании которого главным врачом медицинской организации или его заместителем делается соответствующее представление в суд, назначивший принудительную меру, или в суд по месту нахождения медицинской организации с приобщением указанного заключения.

В ряде случаев суды отказывают лечебным учреждениям в продлении, изменении, прекращении 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, источник средств к существованию и т.д.), рекомендации по его дальнейшей курации.

Заключение комиссии должно основываться не только на состоянии пациента на момент освидетельствования. Важным условием является оценка психического расстройства в прогностическом отношении (с учетом проведенного лечения и динамики состояния больного за период 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 которым было возбуждено уголовное дело, приведшее к назначению ПЛ, с кратким содержанием характера ООД; когда и в каком учреждении больной проходил судебно-психиатрическую экспертизу или комиссию по освидетельствованию осужденных и какое заключение при этом было вынесено комиссией. В случае исполнения АПНЛ после ПЛ в психиатрическом стационаре, необхо-

димо 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 микросреды, нарушение режима лечения и т.д.).

Последовательно перечисляются данные, касающиеся возникновения и течения настоящего заболевания, особенностей динамики имеющихся психических нарушений, поведения больного при прежних госпитализациях (нарушения режима, алкоголизация, употребление наркотиков, конфликты с окружающими, агрессия, побег из больницы и т.д.). Указывается 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 формальные 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 АПНЛ. Описываются

перемены в отношении больного к проводимому лечению, соблюдению врачебных рекомендаций, динамика состояния основных сфер психической деятельности и др.

Приводятся также данные о социальной адаптации больного. Особое значение они имеют при решении вопроса о прекращении применения принудительной меры медицинского характера. Указывается, не признавался ли больной недееспособным, и если да, то имеется ли у него опекун, как он исполняет опекунские обязанности, способен ли контролировать поведение больного и его лечение. Отмечаются наличие группы инвалидности и степень утраты профессиональной трудоспособности, получение пенсии, возможность трудоустройства, 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* отражаются 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 (рентгенограмма черепа, ЭЭГ-исследование, исследование глазного дна и др.). 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, но и показать отношение к ним больного, возможность их коррекции, 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. Фиксируется отношение больного к совершенному ООД в прошлом и в настоящее время, а также характер планов на будущее, подходы к решению семейных проблем, отношение к труду и другие актуальные социальные установки.

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

Заключительная часть является наиболее ответственной, поскольку от ее содержания зависит решение суда о продлении, прекращении принудительного лечения или изменении его вида. В этом разделе указывается диагноз психического расстройства в соответствии с 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 психических расстройств, обуславливающих асоциальные тенденции, не наблюдается нарушений диспансерного режима, появилось осознание болезни и совершенного деяния, отмечается повышение адаптационных возможностей.

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).

Наряду с общими требованиями, предъявляемыми ко всем заключениям об освидетельствовании комиссией врачей-психиатров лица, находящегося на принудительном лечении, при их составлении необходимо учитывать некоторые частные особенности. Определенные различия в содержании этого документа могут быть обусловлены процессуальным положением лица и стадией уголовного процесса, на которой назначено АПНЛ, о чем будет сказано в следующем разделе монографии.

Главный врач медицинской организации, в которой исполнялось АПНЛ или его заместитель должны обратиться в суд с представлением о продлении, изменении или прекращении применения принудительной меры медицинского характера не позднее, чем в 10-дневный срок со дня вынесения комиссией врачей-психиатров соответствующего заключения.

После соответствующего решения суда медицинская организация, в которой лицо находилось на принудительном лечении, извещает об отмене АПНЛ его самого

или законного представителя, орган внутренних дел по месту жительства больного.

После отмены ПММХ врачебная комиссия по представлению участкового психиатра решает вопрос о необходимости установления за больным активного диспансерного наблюдения.

Организация принудительного лечения осужденных с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, а также с расстройством сексуального предпочтения (педофилией)

В связи с законодательным введением так называемой ограниченной вменяемости (психические расстройства, не исключающие вменяемости – ст.22 УК РФ), осуществление принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях лиц, приговоренных к наказанию, не связанному с лишением свободы, также возложено на медицинские организации, оказывающие психиатрическую помощь в амбулаторных условиях.

Согласно ст.22 УК РФ, вменяемое лицо, которое во время совершения преступления в силу психического расстройства не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, подлежит уголовной ответственности. Психическое расстройство, не исключающее вменяемости, учитывается судом при назначении наказания и может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера, т.е. лицам, осужденным за совершенные ими преступления, но нуждающимся в лечении психических расстройств, не исключающих вменяемости, суд наряду с наказанием может назначить принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях. Как правило, это касается больных с расстройствами личности, легкой степенью умственной отсталости, непсихотическими формами органических психических расстройств.

Необходимо подчеркнуть, что 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 соответствующая 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 (ч.2–4 ст.116 УИК РФ).

Особенностями исполнения ПММХ в отношении больных психическими расстройствами, не исключающими вменяемость (ст.22 УК РФ), является отсутствие возможности изменения их вида с АПНЛ на принудительное лечение в психиатрическом стационаре, а также законодательно закрепленная ответственность осужденного за его прохождение. Последнее накладывает на участкового психиатра обязанность по информированию органов полиции, уголовно-исполнительной инспекции и суда в случае уклонения таких лиц от назначенного судом принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях.

Федеральным законом от 29 февраля 2012 г. №14-ФЗ⁴³ предусмотрена возможность назначения принудительной меры медицинского характера в виде принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях 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). Данная норма появилась в УК РФ в 2012 г.

⁴³ Полное название Закона – “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”.

Ч.1 ст.97 УК РФ была дополнена пунктом “д”, из содержания которого вытекают условия назначения принудительного лечения.

Во-первых, виновный должен совершить одно из преступлений против половой неприкосновенности несовершеннолетних, перечень которых содержится в примечании 1 к ст.73 УК РФ, введенном тем же Федеральным законом. В перечень включены: изнасилование (ст.131 УК РФ), насильственные действия сексуального характера (ст.132 УК РФ), понуждение к действиям сексуального характера (ст.133 УК РФ), половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим 16-летнего возраста⁴⁴ (ст.134 УК РФ), развратные действия (ст.135 УК РФ), вовлечение в занятие проституцией (ст.240 УК РФ), организация занятия проституцией (ст.241 УК РФ), изготовление и оборот материалов или предметов с порнографическими изображениями несовершеннолетних (ст.242 ч.1 УК РФ) и использование несовершеннолетних в целях изготовления порнографических материалов или предметов (ст.242 ч.2 УК РФ).

Во-вторых, лицо, совершившее преступление, должно быть старше 18 лет, а потерпевший не должен достичь 14-летнего возраста. И, наконец, расстройство сексуального предпочтения виновного – педофилия – не должно сочетаться с психическими нарушениями, исключающими его вменяемость. Диагноз “педофилия” ставится при проведении судебно-психиатрической экспертизы, в заключение которой также формулируется вывод о нуждаемости виновного в применении к нему принудительных мер медицинского характера⁴⁵.

⁴⁴ Такой возраст потерпевшего указан в статье, однако рассматриваемые изменения УК РФ относятся к виновным в этом преступлении, если потерпевший не достиг 14 лет.

⁴⁵ Подробнее см.: Ткаченко А.А., Шишков С.Н. Судебно-психиатрическая экспертиза по определению расстройств сексуальных предпочтений в свете Федерального закона от 29.02.2012 № 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 несовершенно-

Принудительные меры медицинского характера назначаются указанным лицам наряду с наказанием и в соответствии с ч.2 ст.99 УК РФ могут быть только в виде принудительного наблюдения и лечения у психиатра в амбулаторных условиях. Решение о назначении принудительных медицинских мер должно содержаться в резолютивной части обвинительного приговора.

Исполнение принудительного лечения во время отбывания наказания возлагается на медицинскую службу Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН) Министерства юстиции РФ⁴⁶. В отношении принудительных мер медицинского характера, соединенных с наказанием, действуют правила их продления и прекращения, установленные ч.2 ст.102 УК РФ. Замена амбулаторной принудительной медицинской меры на стационарную законом не предусмотрена. В случае необходимости лечение в психиатрическом стационаре осуществляется в порядке, установленном Законом РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”⁴⁷.

Кроме того, Федеральный закон от 29 февраля 2012 г. № 14-ФЗ ввел новую для российского законодательства норму, позволяющую проводить принудительное лечение лиц, указанных в п. “д” ч.1 ст.97 УК РФ, и после отбытия ими наказания, в период условно-досрочного освобождения (ст.79 УК РФ) или в период отбывания более мягкого наказания (ст.80 УК РФ).

С этой целью не позднее чем за 6 месяцев до истечения срока наказания суд назначает им судебно-психиатрическую экспертизу для решения вопроса о необходимости применения принудительной меры меди-

летних”: Информационное письмо. – М.: ФГБУ “ГНЦССП им. В.П. Сербского” Минздравсоцразвития России, 2012.

⁴⁶ В соответствии с ч.1 ст.18 УИК РФ медицинская служба ФСИН исполняет принудительные меры медицинского характера, назначенные наряду с принудительными работами, арестом и лишением свободы.

⁴⁷ См. п. 32 постановления Пленума Верховного суда РФ от 7 апреля 2011 г. №6 “О практике применения судами принудительных мер медицинского характера”// Бюллетень Верховного суда РФ. – 2011. – №7.

цинского характера в период досрочного освобождения или отбывания более мягкого вида наказания, а также после отбывания наказания. На основании заключения судебно-психиатрической экспертизы суд может назначить принудительную меру медицинского характера в виде принудительного наблюдения и лечения у психиатра в амбулаторных условиях после окончания срока наказания и в других названных случаях.

Одновременно ст.314 УК РФ была дополнена ч.3, устанавливающей уголовную ответственность за уклонение лица, страдающего расстройством сексуального предпочтения (педофилией), не исключающим вменяемости, от применения к нему принудительных мер медицинского характера.

Исполнение принудительного наблюдения и лечения у психиатра в амбулаторных условиях, назначенного в качестве принудительной меры медицинского характера после отбывания наказания, включая периоды условно-досрочного освобождения или отбывания более мягкого наказания, возлагается на медицинские организации, оказывающие психиатрическую помощь в амбулаторных условиях (психоневрологические диспансеры, кабинеты психиатров ЦРБ) (ч.1 ст.104 УК РФ). Амбулаторное принудительное лечение, назначенное после отбывания наказания, продлевается и прекращается по правилам, предусмотренным ч.2 ст.102 УК РФ, и не может быть заменено на принудительное стационарное лечение.

В процессе исполнения АПЛ психиатрическим учреждениям необходимо взаимодействовать с уголовно-исполнительными инспекциями, уполномоченными осуществлять контроль за применением принудительных мер медицинского характера, назначенных в соответствии с ч.2.1 ст.102 УК РФ (ч.13 ст.16 Уголовно-исполнительного кодекса РФ)⁴⁸, а также органом внутренних дел.

⁴⁸ Уголовно-исполнительные инспекции являются учреждениями уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции РФ и действуют на основании Положения об уголовно-исполнительных инспекциях, утверж-

Прежде всего по истечении срока отбывания наказания либо в случае условно-досрочного освобождения от отбывания наказания или замены не отбытой части наказания более мягким видом наказания необходимые материалы в отношении лица, которое осуждено за совершение в возрасте старше 18 лет преступления против половой неприкосновенности несовершеннолетнего, не достигшего 14-летнего возраста, и признано на основании заключения судебно-психиатрической экспертизы страдающим расстройством сексуального предпочтения (педофилией), не исключающим вменяемости, в отношении которого судом принято решение в соответствии с ч.2.1 ст.102 УК РФ, передаются администрацией учреждения, исполняющего наказание, в уголовно-исполнительную инспекцию по избранному им месту жительства. В свою очередь, для исполнения решения суда о назначении принудительного наблюдения и лечения у психиатра в амбулаторных условиях уголовно-исполнительные инспекции должны обращаться в учреждения здравоохранения, оказывающие амбулаторную психиатрическую помощь по месту жительства лица, которому указанная принудительная мера медицинского характера была назначена. Такой порядок действий вытекает из ч.5 ст.180 УИК РФ и ч.1 ст.104 УК РФ.

Далее психиатрические учреждения, осуществляющие АПНЛ, должны взаимодействовать с уголовно-исполнительными инспекциями при продлении или прекращении принудительной меры медицинского характера. Федеральным законом от 29 февраля 2012 г. № 14-ФЗ в компетенцию уголовно-исполнительных инспекций было включено полномочие направлять в суд представление о продлении и прекращении применения принудительных мер медицинского характера. В соответствии с указанным ФЗ и ч.1 ст.102 УК РФ продление и прекращение при-

денного постановлением Правительства РФ от 16 июня 1997 г. №729 (в ред. Постановлений Правительства РФ от 20 февраля 1999 г. №199, от 28 марта 2010 г. № 190 и от 23 апреля 2012 г. №360).

менения принудительных мер медицинского характера в отношении лица, которое осуждено за совершение в возрасте старше 18 лет преступления против половой неприкосновенности несовершеннолетнего, не достигшего 14-летнего возраста, признанного на основании заключения судебно-психиатрической экспертизы страдающим расстройством сексуального предпочтения (педофилией), не исключающим вменяемости, осуществляются судом по представлению уголовно-исполнительной инспекции, контролирующей применение принудительных мер медицинского характера, 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 принудительная мера медицинского характера, его законного представителя и (или) близкого родственника о прекращении принудительного лечения. При отсутствии (по результатам освидетельствования комиссии врачей-психиатров) оснований для прекращения применения принудительного наблюдения и лечения у психиатра предусмотрено полномочие уголовно-исполнительной инспекции представлять в суд заключение для его продления.

Кроме того, на лиц, указанных в п. “д” ч.1 ст.97 УК РФ, которым после отбывания наказания либо в период условно-досрочного освобождения или отбывания более мягкого наказания назначены принудительные меры медицинского характера в виде АПНЛ, распространяется совместный приказ Минздрава РФ и МВД РФ от 30 апреля 1997 г. № 133/269 “О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами”, в частности, те положения, которые касаются лиц, направленных судом на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра. Так, утвержденная приказом Инструкция об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел Российской Федерации по

предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами, как уже было указано выше в соответствующем разделе монографии, предусматривает выделение группы пациентов, подлежащих активному диспансерному наблюдению в психоневрологических диспансерах (отделениях, кабинетах). В эту группу, помимо больных, страдающих хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, склонных к общественно опасным действиям, включаются все лица, направленные судом на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра. Такие лица обследуются врачом-психиатром не реже 1 раза в месяц (п.1.4 Инструкции). В соответствии с п.2.1.1 Инструкции психоневрологический диспансер ежегодно направляет в орган внутренних дел по месту жительства лиц, находящихся на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении, список таких больных, сведения об изменении места жительства, данные о лицах, принятых на такое лечение и снятых с него. В свою очередь, орган внутренних дел направляет в психоневрологический диспансер информацию о лицах, находящихся на указанном лечении, в случае совершения ими общественно опасных деяний, возбуждения уголовного дела, задержания, взятия под стражу, совершения ими административных правонарушений, перемены места жительства и появления особенностей поведения, говорящих о реальной возможности совершения ими общественно опасных деяний, и необходимости их освидетельствования (п.2.3.1 Инструкции).

При определении полномочий сотрудников органов внутренних дел положения совместного приказа Минздрава РФ и МВД РФ от 30 апреля 1997 г. № 133/269 в целом не противоречат Федеральному закону “О полиции” от 7 февраля 2011 г. № 3-ФЗ⁴⁹.

⁴⁹ Собрание законодательства РФ. 2011. № 7. Ст.900; Российская газета от 8 февраля 2011 г. №25, от 10 февраля 2011 г. №28.

Так, в соответствии с п.12 ч.1 ст.12 Федерального закона, полиция обязана осуществлять розыск лиц, уклоняющихся от исполнения назначенных им судом принудительных мер медицинского характера. Лица, уклоняющиеся от исполнения назначенных им судом принудительных мер медицинского характера, могут быть задержаны сотрудниками полиции до передачи их в учреждения, обеспечивающие исполнение таких мер (п.7 ч.2 ст.14).

Сотрудники полиции, как уже было указано ранее, также обязаны участвовать совместно с органами здравоохранения “в случаях и порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации, в наблюдении за лицами, страдающими психическими расстройствами ... и представляющими опасность для окружающих, в целях предупреждения совершения ими преступлений и административных правонарушений” (п.35 ч.1 ст.12 того же Федерального закона).

Кроме того, как установлено в ч.1 ст.17 названного Федерального закона, полиция имеет право обрабатывать данные о гражданах, необходимые для выполнения возложенных на нее обязанностей, с последующим внесением полученной информации в банки данных о гражданах, среди которых в п.3 ч.3 той же статьи указаны лица, “которые совершили преступление или общественно опасное деяние и в отношении которых судом применены принудительные меры медицинского характера”.

За уклонение от применения принудительных мер медицинского характера лица, страдающие расстройством сексуального предпочтения (педофилией), не исключающим вменяемости, подлежат уголовной ответственности по ч.3 ст.314 УК РФ.

В процессе проведения лечения обычно происходят позитивные сдвиги в поведении пациента, нивелируются психопатоподобные, аффективные, неврозоподобные нарушения и расстройства сексуального предпочтения, а также связанные с ними асоциальные проявления, что

является основанием для прекращения принудительного лечения, тогда как отсутствие такой динамики — основанием для его продления.

Решение комиссии врачей-психиатров о необходимости продолжения принудительного лечения в амбулаторных условиях оформляется в виде врачебного заключения, которое вносится в медицинскую карту больного и подписывается членами комиссии.

В целом порядок исполнения АПНЛ аналогичен таковому в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами с учетом различий в характере и степени тяжести заболевания. В соответствии с действующим законодательством на контингент лиц, рассматриваемых в данном разделе (ограниченно вменяемых и лиц, страдающих расстройством сексуального предпочтения в виде педофилии), распространяются правила назначения, продления и прекращения судом принудительной меры медицинского характера, а также порядок периодических освидетельствований их комиссией врачей-психиатров.

Вместе с тем эти лица существенно отличаются и в правовом, и в клиническом отношении от большей части больных, к которым применяется одноименная принудительная мера.

Прежде всего, они 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”.

Принудительное лечение и наблюдение в амбулаторных условиях не может быть изменено на стационарное принудительное лечение, поскольку последнее в отношении них законодательно не предусмотрено. Вместе с тем эти лица несут ответственность за исполнение назначенного им судом принудительного лечения, и в случае уклонения от его исполнения диспансер должен информировать об этом орган внутренних дел и уголовно-

исполнительную инспекцию для принятия мер в пределах их компетенции.

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

В целом введение в 1997 г. такого вида ПММХ как принудительное наблюдение и лечение у психиатра в амбулаторных условиях с последующим расширением круга лиц, которым данный вид принудительного лечения может быть назначен, во-первых, сделало более многочисленным контингент больных, подлежащих особому наблюдению участковыми психиатрами. Во-вторых, повысило степень ответственности медицинских работников, осуществляющих это наблюдение (поскольку АПНЛ назначается, продлевается и прекращается по решению суда). В-третьих, потребовало создания постоянно действующих комиссий с регулярным переосвидетельствованием всех лиц, находящихся на АПНЛ. В-четвертых, привело к введению особого делопроизводства, связанного с регулярным представлением в суд подготовленной с соблюдением определенных требований документации, информированием органов полиции и уголовно-исполнительных инспекций о данной категории граждан. Все это существенно увеличило объем и изменило характер работы по предупреждению ООД во внебольничных условиях.

Глава 3

МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПО ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Значительная интенсивность и ответственность работы по предупреждению ООД психически больных лиц определяют необходимость наличия организационных технологий, способных обеспечить ее эффективное выполнение. На сегодняшний день в нашей стране предлагаются 2 модели организации деятельности внебольничного психоневрологического учреждения (подразделения) по профилактике общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами.

Первая из них реализуется в основном в кабинетах психиатров центральных районных больниц и маломощных психоневрологических диспансерах (отделениях) с небольшим (до 7–8) количеством психиатрических участков и заключается в выделении группы активного диспансерного наблюдения и организации специфической работы с ней. Эта деятельность осуществляется преимущественно участковым психиатром с привлечением других имеющих в учреждении специалистов.

Вторая модель рекомендуется для использования в основном в достаточно крупных психоневрологических диспансерах и состоит в создании специализированного кабинета (отделения) активного диспансерного наблюдения, осуществляющего лечебно-реабилитационную и профилактическую работу со всеми больными, находящимися на АДН и АПЛ в данном учреждении. Организация и деятельность кабинетов активного диспансерного наблюдения регламентированы Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденным

приказом Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 г. №566н.

В публикациях ряда авторов описана работа таких кабинетов, показана их эффективность, приводятся расчеты штатов и минимальных экономических затрат. Указывается также на необходимость для их успешной деятельности предоставления больным, находящимся на АПНЛ, права на бесплатное лекарственное обеспечение (Числов А.В., 1984; Никонов В.П., 1993; Букреева Н.Д., Голланд В.Б., 2006; Усов Г.М., Иванова А.А., 2006; Макушкина О.А., Яхимович Л.А., Голланд В.Б., 2012).

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.

Это требует некоторого количества дополнительных сил и средств. Законодательное введение АПНЛ и постепенное накопление пациентов, в отношении которых применяется данная мера медицинского характера, как уже отмечалось, требуют в возрастающем объеме обязательного и регулярного их комиссионного освидетельствования с оформлением соответствующей документации, периодических обращений в суд и участия в судебных заседаниях при продлении, изменении вида, отмене принудительного лечения, фиксированной повышенной частоты посещений больных (не реже 1 раза в 30 дней), постоянных рабочих контактов с органами внутренних дел и другими административными структурами, выполнения ряда иных дополнительных обязанностей. Следует учитывать и то обстоятельство, что речь идет о специфическом контингенте, работа с которым представляет повышенную опасность. Вышеперечисленное свидетельствует в пользу целесообразности перевода такого рода подразделений (кабинетов или отделений АДН) на штатную основу.

Структура и штатная численность Кабинета 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 на диспансерном наблюдении и амбулаторном принудительном лечении; медицинская сестра – 1 ставка на 60 таких пациентов; медицинский психолог – 1 ставка на 60 больных; специалист по социальной работе – 1 ставка на 120 пациентов; социальный работник – 1 ставка на 60 больных, находящихся на диспансерном наблюдении и амбулаторном принудительном лечении; медицинский регистратор – 1 ставка.

К основным функциям кабинетов АДН отнесены:

- диспансерное наблюдение и лечение лиц, страдающих хроническими и затяжными психическими расстройствами 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.

Для обеспечения объективности решение об установлении за больным активного диспансерного наблюдения принимается комиссионно. Персональный состав комиссии по формированию группы АДН утверждается либо приказом главного врача психиатрического (психоневрологического) учреждения, либо приказом руководителя территориального органа управления здравоохранением. На эту же комиссию возлагается освидетельствование больных, направленных судом на АПНЛ. Количественный состав комиссии законодательством и

какими-либо нормативными актами не установлен, она может состоять минимум из 2 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 должна препятствовать 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 2 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. осви-

детельствование обязательно проводится при решении вопроса о включении лица в группу АДН и при выведении из нее. Таким образом, на 1 больного приходится как минимум 2 комиссионных освидетельствования. Целесообразно проводить комиссионное освидетельствование лиц, находящихся под АДН, не реже 1 раза в 6 месяцев для решения вопроса о возможном выведении из этой группы наблюдения.

Основанием для выведения из группы АДН является выздоровление психически больного или такое изменение его психического состояния, которое обуславливает исчезновение его опасности для себя и окружающих, отсутствие признаков, послуживших основанием для включения в данную группу наблюдения. О чем можно судить по:

- развитию стойкой (не менее года) ремиссии с отсутствием продуктивной психотической и иной психопатологической симптоматики, которая может быть причиной совершения опасного деяния;
- компенсации имевшихся негативных психических нарушений, обуславливающих потенциальную общественную опасность;
- наличию осознания болезни и общественной опасности совершенных в прошлом опасных действий;
- отсутствию опасных действий и асоциальных тенденций в поведении больных сроком более года;
- социальной адаптации, включающей наличие постоянного места жительства, трудовой занятости на доступном уровне, материальной обеспеченности, отсутствие конфликтов по месту жительства, асоциального влияния со стороны других лиц;
- соблюдению режима диспансерного наблюдения, регулярности посещения ПНД, положительному отношению к медикаментозной терапии, приверженности лечению;
- прекращению употребления алкоголя и других ПАВ;

- отсутствию госпитализаций на протяжении не менее 1 года и др.

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

В отношении пациентов, направленных на АПНЛ, порядок и частота комиссионных освидетельствований регламентированы Законом (ст.102 УК РФ). В соответствии с этим включение этих больных в группу АДН, предусмотренное “Инструкцией об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел РФ...”, не требует заключения комиссии, поскольку АПНЛ назначается судом. Однако в дальнейшем больной должен представляться на комиссию не реже 1 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; 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 о пациенте 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, 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. Суд выносит решение о продлении, изменении или прекращении применения принудительной меры медицинского характера. Данное решение может быть реализовано только после его вступления в законную силу. От этой даты (вступления в законную силу) ведется исчисление сроков следующего комиссионного освидетельствования.

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. В этой связи необходимо заметить, что 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 ...” 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 принудительной меры медицинского характера. Комиссионное заключение о необходимости назначения стационарного принудительного лечения направляется в суд одновременно с госпитализацией или вслед за ней.

Отмена судом АПНЛ не исключает возможности дальнейшей курации пациента в группе АДН. Решение о целесообразности осуществления АДН за больным после отмены АПНЛ должно приниматься указанной комиссией психиатров.

Лица с психическими расстройствами, включенные в группу активного диспансерного наблюдения, а также находящиеся на принудительном наблюдении и лечении у врача-психиатра в амбулаторных условиях, осматриваются (освидетельствуются) психиатром медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в амбулаторных условиях, с необходимой частотой, обусловленной психическим состоянием, но не реже 1 раза в месяц.

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 упоминавшейся “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 1 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 группы АДН и АПНЛ достигает 25–30 человек, то соблюдение всех этих требований становится весьма проблематичным или достигается за счет снижения качества диагностической и лечебно-реабилитационной работы в отношении 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.

Проведенный анализ регионального опыта работы показывает, что в 2015 г. кабинеты активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения были организованы лишь в 57 субъектах РФ. Полипрофессиональный характер оказания специализированной помощи имел место только в 34 из них – штаты этих кабинетов были укомплектованы минимум двумя специалистами: врачом-психиатром и медицинским психологом либо социальным работником, специалистом по социальной работе. Таким образом, требования Приказа Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 г. № 566н по организации указанных кабинетов не исполнены более чем в 30% регионов страны.

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

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

Амбулаторные медико-реабилитационные отделения являются структурными подразделениями психоневрологических диспансеров и предназначены для проведения психосоциальной терапии и медико-психосоциальной реабилитации пациентов, страдающих психическими расстройствами. При этом медицинская помощь оказывается отделением в условиях дневного стационара

на принципах бригадного полипрофессионального обслуживания пациентов. Направляются в амбулаторное медико-реабилитационное отделение:

- больные при стабилизации психического состояния или с остаточной психотической симптоматикой при сохраняющемся упорядоченном поведении, нуждающиеся в активных психосоциальных реабилитационных мероприятиях с целью сохранения или повышения уровня социального функционирования, возвращения к прежней активной жизни и трудовой деятельности и адекватного взаимодействия с семьей, окружением;

- лица, относящиеся к особенно социально уязвимым группам: одинокие или проживающие самостоятельно, не имеющие социальной поддержки со стороны семьи и других родственников, не имеющие достаточного комплайенса с врачом диспансера, нарушающие лекарственный режим в амбулаторных условиях и часто госпитализируемые, больные, нуждающиеся в коррекции внутрисемейных отношений;
- пациенты с различными особенностями социальной дезадаптации, нуждающиеся в восстановлении бытовых навыков для независимого проживания, навыков общения с окружающими, расширения круга общения, вовлечения в социальную среду.

Амбулаторное медико-реабилитационное отделение является высокоэффективной формой работы как в клинико-социальном плане, так и с экономической точки зрения. Ее внедрение позволяет значительно улучшить качество оказания психиатрической помощи и, кроме того, позволяет осуществлять организационно-методическую деятельность, координируя психосоциальную работу во всех подразделениях учреждения.

Принимая во внимание значительную роль социальных факторов риска в формировании опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами, целесообразно также обеспечить наличие в медицинских

организациях, оказывающих психиатрическую помощь, *медико-реабилитационных отделений для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи*. Их создание также предусмотрено Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 г. № 566н.

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

Глава 4

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

В последние десятилетия в психиатрии произошел переход от традиционной клинической модели оказания помощи к биопсихосоциальной. Эта модель характеризуется мультидисциплинарностью, в ее основе лежит принцип единства медикаментозных и психосоциальных мероприятий при максимальной дифференциации и этапности реабилитационного воздействия, что позволяет достичь высокого качества и эффективности деятельности психиатрических служб (Гурович И.Я., Сторожакова Я.А., 2003; Гурович И.Я., 2007; Казаковцев Б.А., 2009; Borrell-Carrio F., Suchman A.L., Epstein R.M., 2004; Pouncey C., Lukens J., 2010; Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2010).

Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация занимают значительное место в современной системе оказания психиатрической помощи и рассматриваются как необходимые условия обеспечения качества и эффективности лечебно-реабилитационного процесса. Особое внимание уделяется вопросам дифференциации, индивидуализации психосоциальных воздействий, переходу к бригадному полипрофессиональному оказанию помощи во всех подразделениях психиатрической службы.

Обеспечение эффективной профилактики общественной опасности психически больных во внебольничных условиях помимо медикаментозного лечения требует проведения комплекса мероприятий по психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации, направленных на восстановление психических функций, познавательного, эмоционально-волевого потенциала

пациента, повышение самоконтроля, формирование социально приемлемых форм поведения, реинтеграцию в общество. В связи с этим все более очевидной становится необходимость активизации реабилитационных воздействий, поиск новых организационных форм работы для их осуществления.

Приведенный ниже клинический пример иллюстрирует необходимость расширения применения методов психосоциальной реабилитации для достижения цели профилактики опасного поведения психически больных.

Больная М., 1992 года рождения. Родилась в двойне, недоношенная с весом 2,2 кг в семье злоупотребляющих алкогольными напитками. С рождения находилась в приюте. Имеет брата, который в настоящее время злоупотребляет алкоголем, не имеет постоянного места жительства, “судим за кражу”.

С детства отставала от сверстников в физическом и психическом развитии. С 6 лет отмечались судорожные приступы с потерей сознания, получала лечение. С 7 лет обучалась в школе “по облегченной программе”. После смерти отца мать лишена родительских прав, больная была определена в дом-интернат. С 2002 г. появились приступы “агрессии”, во время которых “кричит, бьет, кусает детей, бросает игрушки, ломает мебель, нецензурно бранится”. В школе училась слабо, пропускала занятия, бесцельно бродила с братом по городу.

В 2003 г. впервые поступила в стационар областной психиатрической больницы. Из описания психического статуса на момент поступления: “Ориентирована полностью верно, причину госпитализации объясняла уходами из интерната. Критически поступки не оценивала, обвиняя во всем окружающих. Фон настроения переменчивый. Была неусидчива, суетлива, постоянно теребила волосы на голове, пальцы рук. Запас знаний и умений не соответствовал возрасту. Речь плохо модулирована. Мышление конкретное. Абстрагирование недоступно”. По заключению психолога было выявлено наличие олигофренического патопсихологического симптомокомплекса, выражающегося в низком уровне обобщения и отвлечения, в трудности дифференциации существенных признаков от не-

существенных, в непонимании условного смысла пословиц, инфантильности эмоциональной сферы. Во время пребывания в стационаре было проведено ЭЭГ, обнаружены “умеренные диффузные изменения на резидуально-органическом фоне”. Регистрировались эпизоды первичной эпилептиформной активности с частотой комплексов “пик–волна” 3 сек и продолжительностью до 4 сек. 24.12.2003 г. наблюдался развернутый, единичный эпилептический приступ. Проводилось лечение неулептилом, глицином, поливитаминами, карбамазепином, гексамидином. Выписана с диагнозом “Олигофрения в степени дебильности неясного генеза с психопатизацией личности”. С этого времени находилась под наблюдением психиатра с диагнозом “Задержка психического развития на грани с дебильностью, психопатоподобный синдром”.

Окончила 9 классов специальной коррекционной школы. В 2006 г. путем кесарева сечения родила ребенка, которого оставила в роддоме, дальнейшую его судьбу не отслеживала. В 2007 г. поступила в училище по специальности “швея”. За период обучения отмечались “эпизоды агрессивности, била стекла, раскидывала вещи, злоупотребляла алкогольными напитками”, отмечались судорожные припадки.

В этом же году повторно поступила в стационар областной психиатрической больницы. На момент поступления в психическом статусе отмечалось интеллектуально-мнестическое снижение. Бравировала своим поведением и алкоголизацией. Была аффективно неустойчива. В разговоре косноязычна. Мышление было конкретное. По заключению психолога отмечалось недоразвитие познавательной сферы в рамках олигофренического патопсихологического симптомокомплекса, недостаточность навыков планирования и контроля своих действий, IQ=63. Также было проведено ЭЭГ, где отмечались признаки дисфункции головного мозга, умеренные нарушения биоэлектрической активности головного мозга. Получала лечение аминазином, кешпрой, неулептилом. Выписана с диагнозом “Легкая умственная отсталость в степени дебильности”. При выписке была рекомендована поддерживающая терапия неулептилом. Врачебные рекомендации в последующем не выполняла.

Инвалид II группы, с 2008 г. переосвидетельствование МСЭК не проходила, пенсию не получала. Вместе с братом как

“сироты” получили двухкомнатную квартиру, через несколько месяцев больная устроила в квартире пожар с суицидальной целью по причине того, что “брат с ней мало общается, не обращает на нее внимание”. После чего квартиру продали. На полученные деньги купили дом в сельской местности, в котором больная не проживала, не прописана, его адрес ей неизвестен.

Постоянного места жительства не имела, проживала у случайных знакомых, ночевала в подъездах, бродяжничала, злоупотребляла спиртными напитками, отмечались судорожные припадки, противосудорожную терапию не принимала. Не работала, пособие по безработице, пенсию по инвалидности не оформляла. Имелись приводы в полицию, неоднократно привлекалась к административной ответственности, к уголовной ответственности не привлекалась.

Примерно 1 раз в год попадала в поле зрения психиатров. Записи из амбулаторной карты: “10.03.2009 г. – живет с братом, доставлена в центральную районную больницу в состоянии опьянения. Конфликтовала с братом, была агрессивна. Алкогольные напитки употребляет с 11 лет. Последние 2 года употребляет водку, пиво часто. Были приводы в милицию за пьянство”. “24.02.2010 г. – осмотрена в изоляторе временного содержания, куда была доставлена в связи с неадекватным поведением. Данных о психозе нет”. “11.04.2011 г. жалобы на раздражительность. Приступы судорожные ежемесячно. Живет с братом, не работает. Эмоционально лабильна. Симптоматическая эпилепсия с умеренными изменениями личности”. “15.02.2013 г. жалобы на приступы с частотой 1–2 раза в месяц, назначено лечение”. “23.05.2014 г. доставлена в кабинет сотрудниками полиции на экспертизу опьянения. Живет с сожителем, ведет асоциальный образ жизни. Нигде не работает, постоянно употребляет алкоголь. Эпиприступы наблюдаются, противосудорожную терапию не принимает”.

19.10.2014 г. в состоянии сильного алкогольного опьянения больная нанесла гражданину А. множественные удары гвоздодером, от полученных повреждений последний скончался. Была привлечена к уголовной ответственности по ч.4 ст.111 УК РФ. Проведена стационарная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. При поступлении в стационар у нее отмечалось снижение настроения, была хму-

рая, контакту доступна, но беседовала с неохотой. На вопросы отвечала кратко.

Фиксировала внимание на том, что у нее бывают припадки и состояние “когда злость нападает”. Сообщала, что приступы у нее возникали “когда ее рассердят”, также связывала их с алкоголизацией: “Если 2, 3 дня не выпиваю, у меня приступы”, после которых “могла уехать в другой город, не понимала, где нахожусь”. Описывала предвестники припадков – “дергается голова, сводит мышцы шеи”. Отмечала, что такое состояние могло продолжаться около 1 минуты, старалась лечь. Описывала также серии припадков до 2–3 подряд. Говорила, что периодически принимала “успокаивающее лечение фенобарбиталом”. Описывала попытку суицида, во время которой устроила пожар в квартире: “Я пьяная напилась и хотела жизнь покончить. Сложила бумагу на плиту, включила ее и спать легла”. Галлюцинаторно-бредовых расстройств выявлено не было. Мышление вязкое, тугоподвижное. Интеллектуально-мнестически снижена. Критика к своему состоянию и совершению ООД отсутствовала.

На ЭЭГ “умеренные общемозговые изменения. Неустойчивое функциональное состояние головного мозга. Признаки органических дегенеративных изменений с явлениями выраженной гипоперифронтальности”. По данным психологического обследования, отмечены значительные изменения эмоционально-волевой сферы (выраженные нарушения контроля поведения и проявления эмоций, импульсивность, дефицит навыков планирования, прогнозирования деятельности, критических способностей). Определены низкий уровень актуальных и потенциальных способностей интеллекта, недоразвитие основных мыслительных операций (конкретность мышления, недоступность абстрагирования, слабость аналитико-синтетических функций), низкая способность к обучению, переносу усвоенного способа действия на аналогичные условия, отсутствие познавательной активности в рамках олигофренического патопсихологического симптомокомплекса на фоне явлений трудной встраиваемости в сочетании с истощаемостью при однообразной нагрузке.

По заключению комиссии экспертов от 10.02.2015 г., у М. “обнаруживаются признаки слабоумия, а именно органического заболевания головного мозга сложного генеза (вследствие

эпилепсии, токсического) с выраженными нарушениями личности в эмоционально-волевой и когнитивной (познавательной) сфере”. Рекомендовалось признать ее невменяемой. Постановлением суда М. освобождена от уголовной ответственности, ей было назначено принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа.

Таким образом, формирование общественно опасного поведения у М. обусловлено взаимным влиянием комплекса факторов: клинико-психопатологических (наличие слабоумия, нарушение критических и прогностических способностей, склонность к импульсивным поступкам, выраженные изменения поведения, зависимость от алкоголя), личностных (эмоционально неустойчивая, асоциальная личностная структура) и социальных (полная социальная дезадаптация, трудовая незанятость, наличие асоциального окружения).

Эффективность профилактики общественной опасности М. в амбулаторных условиях могла быть обеспечена при взаимодействии диспансерного подразделения психиатрической службы с органами полиции и социальной защиты населения, решении социальных (в том числе жилищных) проблем больной, установлении за ней активного диспансерного наблюдения, лечении зависимости от алкоголя. Лечебно-реабилитационные мероприятия в отношении М. должны носить комплексный характер и включать, наряду с биологической терапией, психообразование и когнитивно-поведенческую психотерапию, направленную на преодоление болезни зависимости, повышение уровня самоконтроля, выработку устойчивости к стрессовым и провоцирующим факторам, формирование социально приемлемых форм поведения.

Развитию биопсихосоциального направления в психиатрии посвящено большое число научных исследований и публикаций. Однако анализ деятельности амбулаторных подразделений психиатрической службы позволяет сделать вывод, что на сегодняшний день данная проблема далека от разрешения и реализация межведомственного, мультидисциплинарного взаимодействия в процессе оказания психиатрической помощи пациентам с риском опасного поведения по-прежнему требует значительных усилий.

В качестве примера приведем краткий обзор результатов исследования (Макушкина О.А., Румянцев В.А., 2013) 113 больных психическими расстройствами, совершивших ООД и находившихся под наблюдением в двух психоневрологических диспансерах г. Москвы: 101 (89,4%) мужчина и 12 женщин (10,6%), средний возраст 41 год (± 2 года).

Из общего количества обследованных 85 человек (75,2%) находились на АПНЛ, при этом 23,0% из них АПНЛ было назначено судом как первичная принудительная мера медицинского характера, 77,0% – после ПЛ в психиатрическом стационаре. Еще за 28 пациентами (24,8%) было установлено активное диспансерное наблюдение.

Продолжительность нахождения на АПНЛ и АДН имела временной промежуток от 2 месяцев до 20 лет и в среднем составляла 4,5 года. Большая доля (61,1%) больных находились на АПНЛ или АДН от 1 года до 3 лет; 19,4% – от 5 и более лет; 14,2% – от 3 до 5 лет; 5,3% – менее 1 года. 76,1% являлись инвалидами по психическому заболеванию; 38,1% имели постоянное место работы. Не были трудоустроены 61,9% пациентов, при этом 23,0% из них группа инвалидности не определена.

Анализ нозологической структуры выявил преобладание больных шизофренией и шизотипическими расстройствами, удельный вес которых составил 62,8%, на втором месте по распространенности были пациенты с органическими психическими расстройствами (31,9%). Иные нозологии встречались значительно реже (5,3%).

При анализе характера совершенных ООД установлено, что большая часть (57,5%) приходилась на деяния, направленные против личности. Имущественные правонарушения составляли 28,3%; действия, связанные с незаконным оборотом наркотиков – 12,5%; ООД сексуальной направленности – 1,7%.

Из числа пациентов, включенных в исследование, 84,9% ранее находились на ПЛ в условиях психиат-

рического стационара, длительность которого имела значительный временной диапазон – от 3 месяцев до 19 лет, и в среднем составляла 3,6 года. Обращает на себя внимание отсутствие корреляционной связи между продолжительностью стационарного ПЛ и характером совершенного ООД.

Приверженность лечению, соблюдение режима наблюдения, выполнение рекомендаций врача имели значимые различия: 71,6% пациентов негативно относились к назначенному лечению; 46,9% нерегулярно посещали ПНД, иногда по несколько месяцев не осматривались участковым психиатром. Последнее является нарушением требований приказа МЗ РФ и МВД РФ от 30.04.1997 г. № 133/269 “О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами”.

Почти половина (47,8%) обследованных больных во время исполнения АПНЛ госпитализировались в психиатрический стационар. Основными причинами являлись сведения об ухудшении состояния (его неустойчивость, обострение заболевания, в том числе появление продуктивной и усиление негативно-личностной симптоматики, нелепое поведение, сниженный фон настроения, нарушение сна, появление тревоги, отказ от приема лекарств, агрессия, направленная на себя либо окружающих, алкоголизация). Средняя длительность стационарного лечения составляла 3,7 месяца. Обращает на себя внимание, что у пациентов, сохранивших трудовую адаптацию, редукция болезненной симптоматики в условиях стационара проходила за более короткий промежуток времени. Установлена корреляционная связь (показатель на уровне значимости 0,05) между наличием работы и сроками стационарирования. Это может свидетельствовать как о своевременности госпитализации (изменения в поведении более заметны при работе в коллективе), так и о значении трудовой адаптации как фактора, повышающего эффективность лечебно-реабилитационного воздействия.

Как уже было сказано, к большей части обследованных больных ранее применялись принудительные меры медицинского характера. Проведен анализ, направленный на выделение критериев изменения вида ПЛ, как в сторону послабления, так и в сторону усиления. Отмеченные ниже пункты характеризовали актуальное состояние больного при принятии врачебными комиссиями решения о целесообразности перевода со стационарного ПЛ на АПНЛ:

- отсутствие нарушений поведения в течение длительного времени – спокойное, ровное настроение, адаптация в отделении, вежливость, бесконфликтность, соблюдение режима, принятие лечения, адекватность эмоционального реагирования;
- наличие критики к своему состоянию и содеянному;
- реальные планы на будущее;
- длительная ремиссия (стабильность состояния);
- позитивные взаимоотношения с родственниками;
- общительность;
- труд и самообразование в условиях исполнения принудительного лечения.

Указанные особенности поведения и адаптации при исполнении ПММХ перечислены в порядке частоты встречаемости, от наиболее частых к редко описываемым. Вместе с тем обращает на себя внимание, что при принятии врачебными комиссиями решения об изменении вида ПЛ у части больных в психическом состоянии сохранялась болезненная симптоматика (отсутствие критики к своему состоянию, идеи преследования, плохой сон, отгороженность, формальность, сниженное настроение, неадекватность эмоционального реагирования), редукция которой не была достигнута, однако мера медицинского характера изменена в сторону уменьшения интенсивности наблюдения (со стационарного ПЛ на АПНЛ). Данная симптоматика, как следовало из записей в ме-

дицинской документации, сочеталась с соблюдением пациентом режима и принятием лечения. При этом в процессе исследования было установлено наличие значимой взаимосвязи между указанными болезненными проявлениями, сохраняющимися к моменту отмены стационарного ПЛ, и нерегулярным посещением ПНД в дальнейшем (корреляция Пирсона = 0,05).

При изменении меры медицинского характера в сторону усиления (с АПНЛ на ПЛ в психиатрическом стационаре) использовались следующие критерии: нерегулярность посещения ПНД, отказ от лечения, алкоголизация, наличие продуктивной и негативно-личностной симптоматики, степень выраженности которой требовала усиления режима наблюдения за пациентом, повышения интенсивности лечебно-реабилитационного воздействия. Важно отметить, что направление ходатайства в суд от ПНД в указанных случаях происходило после неоднократного помещения больного в стационар добровольно или в недобровольном порядке. Если данная мера не приносила желаемого эффекта (купирование симптоматики, стабилизация состояния, приверженность лечению в амбулаторных условиях и т.д.) или он носил краткосрочный характер, тогда принималось комиссионное решение о составлении ходатайства в суд об изменении вида ПЛ.

В результате проведенного дискриминантного анализа получены следующие результаты. На соблюдение или игнорирование пациентом врачебных рекомендаций, установленного порядка организации помощи во внебольничных условиях оказывали влияние: отношение к лечению, особенности проживания (одинокое больные, стесненные жилищные условия), взаимоотношения в семье, характер и механизм совершения ООД (значимость при дискриминантном анализе на уровне 0,001).

Повторность совершения ООД зависела от количества госпитализаций и длительности нахождения в психиатрическом стационаре как во время предшествующего стационарного ПЛ, так и в период исполнения АПНЛ или

нахождения под АДН (значимость при дискриминантном анализе на уровне 0,05).

Важной частью исследования являлся анализ проводимых во внебольничных условиях лечебно-реабилитационных мероприятий. Как известно, лечение и наблюдение правонарушителей с психическими расстройствами значительно отличается от оказания помощи пациентам, которые не совершали ООД. Значимая его цель – снижение общественной опасности и риска совершений такими больными повторных противоправных действий. Если редукция болезненной симптоматики по большей части входит в компетенцию врача-психиатра, то улучшение навыков независимого функционирования, обеспечение внутреннего и внешнего контроля, снижение уровня агрессии и других показателей, значимых для профилактики ООД, является задачей других специалистов – медицинских психологов, психотерапевтов, социальных работников. В работе с больными, представляющими общественную опасность, они должны принимать непосредственное участие, так как их деятельность напрямую направлена на решение актуальных вопросов пациентов, таких как взаимодействие с окружающей средой (коммуникация, организация быта и т.д.), восстановление утраченных или формирование новых навыков, необходимых для адаптивного социального функционирования, коррекцию личностных нарушений.

Чтобы данная работа была более эффективной, необходимо обеспечение преемственности между учреждениями, занятыми в процессе оказания специализированной помощи, исполнении принудительных мер медицинского характера. Полученные в процессе проведенного исследования данные свидетельствуют о том, что в отношении обследованных больных она осуществлялась не в полной мере. В выписном эпикризе, который “следовал” за пациентом при переходе из одного учреждения в другое (при изменении вида ПЛ либо его отмене), была отражена лишь информация о проведенной медикаментозной

терапии, состоянии больного на момент поступления на лечение и выписки. Данные о психологической, психотерапевтической, иной работе со специалистами, рекомендации по последующему ведению (за исключением психофармакотерапии) и необходимых мерах профилактики ООД отсутствовали.

Анализ характера психологической работы с пациентами в период исполнения АПНЛ, нахождения под АДН показал доминирование диагностических исследований с оценкой сфер психической деятельности для разных целей, в том числе для решения вопроса о снятии с АДН, отмене АПНЛ. Доля консультативной и психокоррекционной работы составила лишь 4,5%. По мнению опрошенных медицинских психологов, работающих в ПНД, все пациенты с риском опасного поведения нуждаются в оказании им психологической и психотерапевтической помощи, а такое низкое ее применение связано с мнением участковых психиатров и самих пациентов о достаточности только медикаментозного лечения, с отсутствием информированности о круге проблем, которые решают данные специалисты, страхе и недоверии к ним со стороны больных.

В целом представленные выше данные свидетельствуют об актуальности дальнейшего совершенствования работы по психосоциальной реабилитации психически больных, склонных к совершению опасных действий.

Важной ее составляющей должно стать обеспечение преемственности в деятельности подразделений психиатрической службы. Для возможности реализации такого подхода необходимо решение проблемы информационного обеспечения. Один из возможных вариантов ее решения – ведение единой электронной истории болезни. Информация о течении заболевания, эмоционально-личностных и поведенческих особенностях пациента, уже проведенных лечебно-реабилитационных мероприятиях, их эффективности, рекомендации по дальнейшему ведению больного с учетом особенностей

протекания заболевания, протективных факторов обеспечит формирование полного представления о пациенте у специалистов того учреждения, под наблюдение которого он переходит. Такое информирование поможет психиатрам, психологам, социальным работникам соблюдать или, при отрицательных изменениях, проводить коррекцию общей направленности лечения с учетом сведений об эффективности примененных ранее методов лечения и возможностях их влияния на динамику заболевания. Лечащему врачу будет доступно более достоверное построение прогноза в отношении течения заболевания, причин возможных рецидивов, выделение критериев, которые с большей уверенностью будут свидетельствовать о редукции общественной опасности и длительности сохранения достигнутых результатов лечения.

Необходимым является последовательное проведение психосоциальной терапии и реабилитации больных с риском опасного поведения в психиатрическом стационаре и во внебольничных условиях.

К важным задачам этой работы могут быть отнесены: улучшение или стабилизация состояния пациента; снижение уровня его общественной опасности; достижение понимания больным роли психического расстройства в совершении ООД и возможности риска опасного поведения; осознание необходимости избегать ситуаций, которые могли бы ухудшить психическое состояние или увеличить риск криминальной активности; формирование навыков внутреннего контроля, который препятствует пациентам действовать агрессивно и совершать другие правонарушения; повышение уровня независимого функционирования; улучшение социального функционирования (A Report of the WHO Department of Mental Health and Substance Abuse; In Collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. – Geneva: WHO, 2004; Котов В.П., Мальцева М.М., Булыгина В.Г., Абдраязкова А.М., 2006; Булыгина В.Г., 2010).

**Виды и методы психосоциальных вмешательств
в профилактике опасных действий психически
больных во внебольничных условиях. Принципы
мультидисциплинарного взаимодействия
специалистов⁵⁰**

За последнее десятилетие были разработаны и внедрены в практику модели вмешательств, которые фокусируются на различных аспектах психосоциального лечения и психосоциальной реабилитации пациентов с общественно опасным поведением.

Среди психосоциальных вмешательств, ориентированных в первую очередь на клиническую составляющую в ресоциализации пациентов, имеющих криминальный анамнез, следует выделить Программу фокусированной терапии (Schema Focused Therapy – SFT). Авторы программы акцентируют свое внимание на том, что пациенты с негативно-личностными расстройствами, совершившие ООД, имеют специфические проблемы в аффективной сфере. В модели SFT эти проблемы оцениваются как закрепленные в раннем возрасте когнитивные схемы реагирования (Young J.E. et al., 2003).

Поскольку недавние исследования эффективности различных видов вмешательств показали, что стандартные познавательные и поведенческие подходы имеют большое количество ограничений и низкую результативность в отношении лиц с риском опасного поведения (Timmerman L., Emmelkamp P.M., 2005), SFT по сравнению с ними

⁵⁰ Данный раздел монографии подготовлен с использованием материалов аналитического обзора “Современный опыт психосоциальных вмешательств в практике принудительного лечения” (Макушкина О.А., Булыгина В.Г., Стяжкин В.Д., Белякова М.Ю. – М.: ФГБУ “ГНЦССП им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2014. – 107 с.); методических рекомендаций “Организационное обеспечение внедрения полипрофессионального бригадного подхода, включая психосоциальную терапию и психосоциальную реабилитацию, в практику принудительного лечения” (Казаковцев Б.А.; Макушкина О.А., Булыгина В.Г., Букреев Н.В. // Психическое здоровье. – 2014. – №2. – С.3-16.); аналитического обзора “Практика использования современных методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации в региональных психиатрических учреждениях” (Казаковцев Б.А., Макушкина О.А., Булыгина В.Г., Демчева Н.К., Румянцев В.А. – М.: ФГБУ “ГНЦССП им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2014. – 40 с.).

обладает несколькими преимуществами. Во-первых, в пределах данной теоретической модели пациент и врач могут лучше понять значение провоцирующих агрессию событий, связывая их с проблемами раннего возраста и сформировавшихся вследствие этого дезадаптивных форм поведения. Во-вторых, приверженцы SFT утверждают, что комплайенс между врачом и пациентом – основное средство позитивных изменений у больных с выраженными расстройствами личности при проработке детского опыта, который зачастую является негативным. Основное отличие при обучении специалистов данному подходу состоит в том, что терапевты приобретают опыт, начиная работать с пациентами, совершившими менее тяжкие правонарушения, а потом уже переходят к оказанию помощи более “сложным” больным.

В Нидерландах при работе с судебно-психиатрическими пациентами (преимущественно с органическими психическими расстройствами) также используется данная методика терапевтического воздействия (SFT). Она применяется и в практике других стран при осуществлении принудительного лечения – в США, Канаде, Великобритании (Tünnissen M., Muste M.J., 2002; Young J.E. et al., 2003; Rijkeboer M.M., 2005) и подразумевает первоочередную работу с эмоциональными состояниями больного, его поведенческими паттернами, поиск ошибочных представлений. При обсуждении возникающих у пациента проблем и реагирования на них определенным типом специалист предлагает и отрабатывает с ним новую конструктивную модель поведения с целью улучшения адаптивных свойств личности. Модель поведения, с которой “пришел пациент”, всесторонне обсуждается и при участии специалиста относится к одной из категорий деструктивного поведения. При этом ведущий психопатологический синдром определяет особенности работы с больным.

В Шотландии при амбулаторной форме ведения судебно-психиатрических пациентов активно исполь-

зуется программа Профессионального технического восстановления. Эта программа является инновационной. Тем не менее она заслужила признание со стороны специалистов других стран (Wolfson P., Holloway F., Killaspy H., 2009).

Авторы программы придерживаются такой позиции, что постоянная трудовая занятость – решающий фактор в ресоциализации психически больных правонарушителей и в предотвращении совершения ими повторных ООД. Первоочередной в начале работы является оценка возможностей больного, его предпочтений, прошлых профессиональных навыков, особенностей эмоциональной сферы и индивидуально-личностных характеристик. После этого проводится подбор возможных мест для трудоустройства, а затем “погружение” в рабочий процесс. Через круг обязанностей работника данной профессии больной оценивает свое желание заниматься именно его деятельностью. Когда пациент определится со своим профессиональным выбором, специалисты оценивают возможные “барьеры” для реализации трудовой деятельности. Если эти “барьеры” связаны с особенностями протекания заболевания, то в реабилитационный процесс активно включаются психиатры и психологи. Если трудности профессиональной адаптации обусловлены в большей степени недостатком осведомленности в данной отрасли, больной проходит специализированное профессиональное обучение с инструктором. Изначально оно проводится на учебном материале, где круг профессиональных ситуаций заранее прописан. По мере продвижения в программе пациент пытается самостоятельно решать широкий круг задач на рабочем месте, а в случае неудачи он имеет возможность работать рядом с помощником, который курирует больного уже на рабочем месте.

Как отмечают создатели данной программы, сама результативность профессиональной деятельности отходит на второй план, первостепенной задачей является включение больного в сложную систему межличностных и

трудовых взаимоотношений с возможностью постоянного получения обратной связи и помощи. Сами пациенты воспринимают данную программу как возможность быть полезными, и поэтому стремятся преодолевать возникающие трудности без помощников. Уменьшение числа обращений к помощникам больной может оценивать как свой рост, одновременно снижая тем самым влияние стигматизации (Wolfson P., Holloway F., Killaspy H., 2009).

Важным достоинством данного подхода является то, что за счет участия пациентов в программе решается сразу несколько сложных задач. При этом не нужно искусственно создавать реабилитационную среду, пациент включается в реальный трудовой процесс, который лишь несколько переориентируется под его особенности; обществу возвращается трудоспособный человек; больной ощущает себя членом общества, который может приносить пользу, а не быть обузой, снижается риск его опасного поведения.

Аналогом подобного рода вмешательств, на наш взгляд, является обеспечение трудовой занятости пациентов в лечебно-трудовых мастерских (ЛТМ), создаваемых в ряде территорий нашей страны, как при стационарных, так и при внебольничных подразделениях психиатрической службы. В недавнем прошлом такая работа успешно проводилась на протяжении нескольких десятилетий, однако на сегодняшний день число ЛТМ продолжает сокращаться.

Возвращаясь к проведенным сравнительным исследованиям эффективности различных психосоциальных вмешательств в отношении судебно-психиатрических пациентов, следует сказать еще об одном их результате. Не было выявлено различий в эффективности моделей психосоциального лечения, акцентированных на редукции психопатологической симптоматики, и программ, нацеленных на лечение зависимости от психоактивных веществ, от тех, которые были сфокусированы на социальных факторах риска совершения повторных ООД, таких

как нетрудоустроенность и бездомность (Tsemberis S. et al., 2004).

Сказанное определяет востребованность различных форм психосоциальных вмешательств, направленных на ресоциализацию психически больных. Таковой является модель “Housing First”, ее основная задача – выявление бездомных пациентов с криминальным анамнезом и предоставление им различных форм жилья. Авторы данной программы считают, что она приводит к большей результативности, чем другие вмешательства (Tsemberis S., Eisenberg M.E., 2000; Tsemberis S. et al., 2004). Актуальность развития данного направления для отечественной психиатрии не вызывает сомнения, что нашло отражение в нормативных документах. В частности, в действующем Порядке оказания медицинской помощи при психических расстройствах предусмотрено наличие в медицинских организациях психиатрического профиля реабилитационных подразделений, в том числе для психически больных, утративших социальные связи (Приказ Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 г. № 566н).

Широко распространены за рубежом и образовательные программы для пациентов с риском опасного поведения – так называемое “поддерживающее образование”. Так, центр реабилитации психически больных при Бостонском университете оказывает содействие развитию поддерживающего образования в Соединенных Штатах и за их пределами. Опыт программ “поддерживающего образования” для лиц с психическими расстройствами был удачно адаптирован в Нидерландах (Korevaar L. et al., 2000). В Германии психообразовательные программы являются важной частью реабилитации судебно-психиатрических пациентов в амбулаторных условиях с активным привлечением членов их семей (Berninger U., 2000).

В Италии с 1995 г. практикуется другая форма реабилитационной работы – создание групп для путешествий,

куда входят больные молодого возраста. По мнению основателей метода, он способствует развитию у пациентов предприимчивости, установлению дружеских связей, приобретению нового позитивного социального опыта и др. (Cineselli G. et al., 2000).

В Литве, на основе польского опыта, для оказания помощи больным в амбулаторных условиях с 1999 г. организуются психосоциальные реабилитационные лагеря “Проживание с другими” с программой, направленной на восстановление социального функционирования. Проводятся тренинги независимого проживания, формирования коммуникативных компетенций. Пациентов обеспечивают основной информацией о повседневных обязанностях при проживании в обществе, способах поиска работы (Dirzys et al., 2000).

Отдельно можно выделить опыт психосоциальной реабилитации, особенностью которого является делегирование лидерских позиций медицинским сестрам. Так, в Бразилии сестринская помощь включает психосоциальную реабилитацию пациентов, длительно страдающих психическими расстройствами. В качестве основных направлений работы избраны некоторые виды деятельности, традиционно проводимые сестринским персоналом: формирование навыков гигиены; тренинги, стимулирующие телесную и пространственную активность в лечебном учреждении и др. (Kirschbaum D., Tavares C. et al., 2001).

В Израиле под руководством среднего медицинского персонала, психолога и социального работника проводятся сессии групповой психотерапии, которая позволяет пациентам осознать наличие у них проблем и создает мотивацию к поиску решений (Povar G. et al., 2000).

В Норвегии считают необходимым поддерживать в ходе лечения контакт с близкими родственниками и другими значимыми для пациента лицами. Ближайшее социальное окружение играет ключевую роль в информировании больных, а также служит источником мотивации

и ресурсом для лечения и реабилитации лиц с тяжелыми психическими расстройствами (Klepp R. et al., 2000).

Также широко распространенной зарубежной практикой является создание специальных интернет-ресурсов. Примером такого ресурса в Швейцарии является Le Rehabinfo Web (RIW), который предоставляет информацию о новых и уже существующих программах в области реабилитации психически больных. Сайт дает возможность пациентам задавать вопросы специалистам, в том числе и в режиме онлайн видео, обмениваться мнениями и вести дискуссии. На сайте размещено описание методов и программ реабилитации, а также приведены диагностические методики (Favrod J., 2009).

В Финляндии работает Национальный информационный центр, основанный в 1997 г. В структуру Центра входит “горячая линия”, служба информационной интернет-поддержки, включающей данные о различных организациях, оказывающих помощь больным и их родственникам, в том числе реализующих реабилитационные программы. Центр проводит тренинги для специалистов и пациентов, стимулирует специальные службы к внедрению новых технологий и использованию новейших научных разработок. Также в Финляндии работает “клубный дом”, в задачи которого входит психосоциальная реабилитация лиц с хроническими психическими заболеваниями (Koskisuu J. et al., 2000).

Во Франции накоплен 15-летний опыт использования “творческих мастерских”. Приглашенные преподаватели французского языка читают лекции о поэзии, другие специалисты занимаются организацией посещения музеев для групп больных. Пациентам предлагают специализацию в области информатики, ориентируют и мотивируют на обучение ряду профессий через проведение конкурсов (Martin B.Y. et al., 2000).

Следует упомянуть и о тех видах работы, которые используются за рубежом, но не получили распространения в отечественной практике судебно-психиатрической про-

филактики. К ним следует отнести психоаналитическую психотерапию.

Несмотря на сомнения в отношении адекватности применения психоаналитически ориентированной психотерапии в практике оказания помощи больным тяжелыми психическими расстройствами с риском опасного поведения, следует сказать о том понимании задач этого вида вмешательств, которое сложилось, например, во Франции и Англии.

Европейские коллеги приводят следующие доводы в пользу актуальности использования психоаналитической психотерапии в период исполнения ПММХ. По их мнению, психически больные, совершившие правонарушения, часто используют примитивные неосознанные механизмы защиты, которые искажают адекватность восприятия себя и окружающего мира, что может приводить, в частности, к совершению повторных ООД.

Во время осуществления ПЛ необходимо обращать внимание на реакцию, которую вызывает такая категория пациентов у медперсонала. У последних, в свою очередь, актуализируются собственные механизмы защиты, направленные на уменьшение внутреннего беспокойства. Если эти процессы будут оставлены без внимания, они будут уменьшать терапевтический потенциал окружающей среды и эффективность психотерапевтических мероприятий.

Психоаналитически ориентированные психотерапевты работают в тесном контакте с психиатрами и другими профессионалами, осуществляющими психологические вмешательства. Роль психотерапевтов-психоаналитиков, по мнению европейских коллег, заключается в выборе направления оказания помощи. Это подразумевает оценку реабилитационных программ и непосредственное участие в лечении, осуществляемом в индивидуальной и групповой формах. Контролирующая работа предполагает курацию (или супервизию) психотерапевтов или стажеров, других специалистов по реабилитации, а также

анализ психодинамических процессов внутри отделения. Реализуется контроль через клинические встречи, разборы случаев, собрания полипрофессиональной бригады, психоаналитические консультации. Психоаналитическое представление случая может быть полезно при длительных сроках лечения. При этом психотерапевт обращает внимание специалиста и на то, что должно быть обсуждено с пациентами при терапии. Супервизор стремится к поддержанию соответствующего баланса между информированием бригады и обеспечением адекватного уровня конфиденциальности в терапевтическом процессе.

Терапевт-психоаналитик работает главным образом с теми больными, кто совершил агрессивные действия в отношении других и самих себя. Большинство таких пациентов имеют в анамнезе многочисленные неблагоприятные психогенные воздействия. Психотерапевт стремится научить пациентов справляться с неприятными мыслями и эмоциональными состояниями вместо того, чтобы импульсивно реагировать на них; объясняет взаимосвязь между ухудшением психического состояния, обострением заболевания и нарушением поведения, опасным поведением. Работа нацелена на достижение больными более реалистичного восприятия собственной ценности, чувства идентичности, способности создавать и поддерживать более зрелые межличностные отношения (Mace C., Binyon S., 2006; Lucas R., 2006). Психотерапевты оценивают потенциал пациента для участия в тех или иных реабилитационных мероприятиях, описывают неосознаваемые механизмы защиты, бессознательные мысли и фантазии относительно оскорбляющих его ситуаций и форм взаимодействия с другими, оценивают способность переносить различные эмоциональные нагрузки и степень проекции во внешнюю окружающую среду, которая может привести к агрессивным действиям. Также определяется возможность включения больного в психотерапевтические группы.

В нашей стране наряду с комплексным лечением, включающим медикаментозную и трудовую терапию, физиотерапию, культурно-просветительные и досуговые мероприятия, в рамках психосоциальной реабилитации получили развитие следующие виды психосоциальных вмешательств:

- образовательные программы по психиатрии для пациентов и их родственников;
- тренинги по выработке навыков независимого проживания;
- тренинги по развитию социальных навыков – социально приемлемого и уверенного поведения, общения, решения повседневных проблем и т.п.;
- тренинги по развитию навыков управления психическим состоянием;
- группы само- и взаимопомощи пациентов и их родственников, общественные организации потребителей психиатрической помощи;
- тренинги и психокоррекция, направленные на улучшение памяти, внимания, речи, поведения;
- семейная терапия, другие виды индивидуальной и групповой психотерапии (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2002).

В рамках основных видов психосоциальных вмешательств в отношении психически больных с риском опасного поведения целесообразно использовать методы, которые учитывают особенности организации специальных мер профилактики ООД в амбулаторных условиях, а также одну из основных их целей – предупреждение общественной опасности.

К особым задачам психосоциальных вмешательств в отношении такого рода пациентов следует отнести:

- работу с поведенческими навыками, сформировавшимися под влиянием криминальной субкультуры;
- необходимость воздействия на психопатологический симптомокомплекс, определяющий риск опасного поведения;

- выработку рационального отношения к заболеванию и необходимости длительного наблюдения и лечения у участкового психиатра, приема психофармакотерапии;
- формирование терпимого отношения к личностным проявлениям окружающих;
- обучение навыкам законопослушного (в частности, избегающего в отношении провоцирующих ситуаций) поведения и др.

Частью такого рода работы является формирование индивидуальных программ реабилитации, реализация которых направлена на обеспечение превенции опасного поведения конкретного больного с учетом его психопатологических, личностных и социальных характеристик.

Для индивидуализации реабилитационных программ, адаптированных к особенностям пациента, должны быть учтены: стадия заболевания; устойчивость ремиссии; психопатологический механизм ООД; соотношение так называемых позитивных и негативных (дефицитарных) нарушений; степень выраженности расстройств поведения; наличие криминального опыта; устойчивость просоциальных установок, личных ценностей, культурных норм; уровень социальной адаптации; реабилитационный потенциал, провоцирующие ситуации, факторы хронификации болезненного процесса; долгосрочные личные цели больного (Юрьева Л.Н., 1994; Котов В.П., Мальцева М.М., Булыгина В.Г., Каганович Ю.Т., 2004).

Индивидуальная лечебно-реабилитационная работа включает биологическую терапию с использованием современных методов психофармакотерапии, стандартов оказания психиатрической помощи; лечение сопутствующей соматической патологии; психосоциальную терапию с применением психообразования, тренингов коммуникативных, познавательных, социальных навыков, психосоциальную реабилитацию, трудовую терапию и трудоустройство пациентов. Предусматривается применение личносно ориентированной индивидуальной,

семейной и групповой психотерапии, терапии средой; в случае необходимости – лечение зависимости от ПАВ (Булыгина В.Г. и др., 2007; Макушкина О.А., Румянцев В.А., 2013). Значимым направлением работы является оказание помощи в решении вопросов восстановления прав на жилье, поиск утраченных документов, регистрация по месту жительства, восстановление пенсии, пособий, льгот и др.

Важная роль отводится психообразовательным программам, с помощью которых пациентам представляется информация о психических заболеваниях, позволяющая им понять свое состояние, своевременно распознавать и контролировать отдельные болезненные проявления и симптомы, формируется приверженность лечению. Необходимым является достижение адекватного отношения к болезни и умения избегать криминогенные ситуации, выработка социально приемлемого поведения.

Психообразование считается едва ли не самой значимой частью всех реабилитационных мероприятий. Психообразовательные программы ставят перед собой следующие задачи:

- дать пациенту информацию о психическом заболевании, с тем чтобы правильное понимание своего состояния помогло ему своевременно распознавать и контролировать отдельные болезненные проявления и симптомы, и в первую очередь – сдерживать гнев;
- обеспечить психосоциальную поддержку в группе других больных, в которых пациенты могут вырабатывать адекватные поведенческие и коммуникативные навыки совладания со сложными ситуациями (Блэквелл Г., Либерман Р.П., Уэллэйс Ч. Дж., 2001; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А., 2004; Булыгина В.Г., 2007; Thorncroft G., Tansella M., 2004).

Все программы по формированию приверженности лечению также можно отнести к психообразовательным

методам. Формирование комплаентных отношений с медперсоналом и поддержание стойкой приверженности лечению как во время ПЛ, так после его отмены важны не только для снижения риска внутрибольничной агрессии, но и для профилактики совершения больными повторных ООД.

Многие авторы (Cramer J.A., Roy A., Burrell A. et al., 2008) разрабатывали и предлагали стратегии, компонентами которых были психиатрическое просвещение и методы бихевиоральной терапии, направленные на повышение готовности пациентов лечиться. Однако эти методы имели недостаточную эффективность. В связи с чем с 90-х г. XX в. приоритетной и самостоятельной формой работы психолога стало мотивационное интервьюирование. Новый вид вмешательств, названный комплайнс-терапия, продемонстрировал преимущество перед методом психологического консультирования в отношении больных, поступивших на лечение, в том числе в психотическом состоянии. Значительное улучшение таких показателей, как отношение к лечению, критическая оценка своего заболевания, а также готовность лечиться достигалось после 6–7 сеансов и сохранялось спустя 6 месяцев после выписки. По нашему мнению, такой вид вмешательств необходимо применять во время ПЛ с первых дней поступления больного в стационар.

Комплаинс-терапия проводится в несколько этапов. Первый этап направлен на выяснение отношения пациента к лечению. Больным предоставляется основная информация о психопатологической симптоматике, обсуждается необходимость длительного лечения. На втором этапе проводится исследование амбивалентного отношения больного к лечению, при котором следует учитывать следующие установки больного: 1) неправильное представление о лечении – страх развития зависимости, утраты контроля, изменений личности; 2) прежний неблагоприятный опыт лечения и побочные действия лекарственных препаратов в прошлом и в настоящее время;

3) естественно возникающее желание прекратить прием лекарственных препаратов при хорошем самочувствии и др. Основной целью третьего этапа является “декатастрофизация” положения, т.е. уменьшение чувства безнадёжности и отчуждения.

Большинство тренинговых программ призваны сформировать навыки уверенного просоциального поведения, эмоционального регулирования, а также обучить пациентов использовать социально приемлемые способы решения проблем.

В отечественной и зарубежной практике одним из наиболее часто рекомендуемых для работы по профилактике опасного поведения психически больных является поведенческий тренинг (Liberman R.P., 1988; Goldstein P., 2007; Howells K., Day A., 2007; Scott C.L., 2011). Этот вид тренинга направлен на обучение приспособительным умениям, необходимым при столкновении со сложными жизненными ситуациями. Он является скорее курсом обучения, чем серией обычных психотерапевтических занятий (Булыгина В.Г., Мирошниченко Е.М., Шанова А.Ю., Карпова Д.А., 2010; Goldstein A.P., Krasner L., Sol L., 2007).

Вариантом сочетания когнитивных и поведенческих техник является тренинг навыков совладания (Hatfield A.B., Lefley H.P., 1993; Kupper Z., 2000; Bernstein D.P., Arntz A., 2007). Общим положением большинства используемых тренинговых программ совладания для психически больных правонарушителей является обучение:

- распознаванию физиологических признаков возбуждения и использование их как сигнала для применения усвоенной программы решения задач;
- навыкам сдерживания импульсивных агрессивных ответов через самообразование;
- умениям минимизировать враждебные смещения атрибуций (восприятие нейтральных стимулов в качестве угрожающих) при целеполагании и принятии решений;

- навыкам использования мультишаговой социальной стратегии решения задач (Булыгина В.Г., Мирошниченко Е.М., Шанова А.Ю., Карпова Д.А., 2010).

Более специализированные тренинги развития навыков преодоления гнева (Stermac L., 1986; Haddock G. et al., 2004) направлены на решение следующих задач:

- осознание больными причин проявления агрессии;
- формирование умения самостоятельно контролировать частоту вспышек гнева;
- развитие способности определять выраженность ситуационных раздражителей,
- построение личной иерархии таких раздражителей и использование ее для выработки навыков преодоления гнева;
- обучение релаксации, снижающей общий уровень возбуждения и позволяющей проводить тренинг с управляемыми образами;
- реструктурирование когнитивных функций путем смещения фокуса внимания;
- изменение системы поощрений и использование самообучения.

Развитие навыков адаптивного поведения, общения и уверенности в себе отрабатывается путем ролевой игры.

Схожими с вышеописанными методиками являются Программа самообучения (Блэквелл Г., 2001; Kendall P.C., Braswell L., 1982; Eggert L., 1994; Kopelowicz A., Liberman P., 2003) и Программа управления гневом (Wells K.C., Lochman J.E., Lenhart L., 2008). Эти тренинги направлены на формирование аналогичных навыков: самостоятельное “запрещение” больными импульсивных агрессивных ответов через самообразование; обучение принятию социально ориентированных решений; раннее распознавание физиологических признаков возбуждения и напряжения,

использование их как сигнала для реализации усвоенных паттернов поведения; применение мультишаговой “социальной стратегии” решения задач.

В тренинге навыков совладания с гневом (Robinson J., Chagigiorgis H., Marshall L.E., 2011) используются когнитивные и поведенческие техники рационального и эффективного совладания с болезненными проявлениями и переживаниями в различных социальных ситуациях.

При использовании программы Поведенческого копинга и тренинга социальных навыков (Liberman R.P., Eckman T.A., Marder S.R., 1994; Bustillo J.R., Lauriello J., Horan W.P., Keith S.J., 2001) техники направлены на то, чтобы научить пациентов адекватно проявлять гнев и снижать возбуждение. Дополнительно формируются стратегии избегания ситуаций, приводящих к гневу, навыки быстрой смены обстановки, вовлечения в замещающую позитивную деятельность. Параллельно совершенствуются коммуникативные и социальные навыки.

Более универсальным подходом считается тренинг замещения агрессии (Goldstein A.P., 1987; Taylor J.L., Novaco R.W., Gillmer B.T. et al., 2005). В нем сочетаются нравственное образование и структурированный тренинг. Следует отметить, что помимо общих (острые психотические состояния, деменция), существуют дополнительные противопоказания к участию в этом тренинге. К ним относятся демонстрация хорошо спланированной технической агрессии, а не просто гнева; убеждение пациента в том, что его агрессия приносит выгоду, вследствие чего он не хочет менять свое поведение; наличие особых медицинских причин для агрессии (генетические заболевания) (Макушкина О.А., Булыгина В.Г., Стяжкин В.Д., Белякова М.Ю., 2014).

В зарубежной практике принудительного лечения психически больных в 1990-е гг. получило широкое распространение применение когнитивно-поведенческих методов (Birchwood M., Iqbal Z., Jackson C., Hardy K., 2004; Nodel B., West A., 2008). Они использовались для работы

с расстройствами поведения, такими как сексуальное насилие, зависимость от ПАВ и др. Преимуществом таких тренингов было то, что их ведению можно было обучить персонал, не обладающий в полном объеме умениями и знаниями о психологических моделях или методах психотерапии, но который мог быть обучен тому, чтобы строго придерживаться предписанных протоколов ведения когнитивно-поведенческих программ.

Однако в последующем выбор был сделан в пользу внедрения реабилитационных программ, которые обращены к общим проблемам больных, таким как: дефицит социального интеллекта, несформированность навыков социально приемлемого решения проблем, неспособность к эмоционально-волевому контролю и др. (Wallace C.J., Lecomte T., Wilde J., 2001; Warner R., 2010).

Указанные задачи отчасти решаются с помощью социально-психологических тренингов. В зависимости от цели, их можно условно подразделить на 2 типа:

- 1) инструментально-ориентированные тренинги;
- 2) личностно-ориентированные тренинги (тренинги, затрагивающие *Я* каждого члена группы и направленные на глубокие личностные преобразования) (Макушкина О.А., Булыгина В.Г., Стяжкин В.Д., Беякова М.Ю., 2014).

Социально-психологический тренинг поведения (Cann J., Falshaw L., Nugent K. et al., 2003) относится к инструментально-ориентированным тренингам. Он основывается на бихевиоральном направлении в теории личности. Базовые методы социально-психологического тренинга – групповая дискуссия и ролевая игра в различных модификациях и сочетаниях.

Тренинги социальных навыков (Liberman R.P., Eckman T.A., 1994; McFarlane W.R., 2002) – структурированные интерактивные образовательные программы. Эти виды тренингов показаны в случаях нарушения социального функционирования пациентов. Использование их в

работе по профилактике опасных действий психически больных представляется актуальным вследствие высокого уровня их социальной дезадаптации, недостаточности социальных навыков.

Их применение направлено на формирование инструментальных навыков (взаимодействие с различными государственными учреждениями, ведение домашнего хозяйства, проведение свободного времени и т.п.) и навыков межличностного взаимодействия (беседы, дружеских отношений). Обычно такое обучение проводится в группах с использованием образовательных методов, ролевых игр и моделирования ситуаций. Важными вопросами для обсуждения с пациентом являются причины и условия формирования опасного поведения и меры его предупреждения.

Современные зарубежные тренинги социальных навыков основываются на двух моделях: Моторной модели и Модели проблемно-решающего поведения. В моторной модели тренингов сложные социальные виды активности сводятся к более упрощенным формам. Последние являются предметом копирующего научения, что осуществляется с помощью разыгрывания ролей. Затем полученный опыт переносится в естественные условия. Такие тренинговые программы направлены на заучивание социальных форм поведения и доведение их до полного автоматизма в той или иной ситуации, за счет чего достигается профилактика общественной опасности больных.

В модели проблемно-решающего поведения акцент делается на 3 аспектах: навыках расшифровки информации, навыках принятия решения и навыках кодирования (т.е. моторных навыках: содержании речи, невербальных ответах).

Цели и задачи психосоциальной терапии и реабилитации изменяются в процессе оказания помощи конкретному больному с учетом динамики его психического состояния, уровня адаптации, степени риска опасного поведения и др.

К примеру, у лиц, в отношении которых исполняется принудительное лечение и наблюдение у психиатра в амбулаторных условиях, формирование и реализация целей и задач лечения и реабилитации зависят от этапа исполнения ПММХ.

На адаптационно-диагностическом этапе:

- уточняются психиатрический диагноз, особенности клинической картины и течения психического расстройства, психопатологические нарушения, обуславливающие потенциальный риск опасного поведения, психопатологический механизм ранее совершенного ООД;
- проводится диагностика сопутствующей соматической и неврологической патологии, оценка ее возможного влияния на переносимость психофармакотерапии;
- выявляются особенности личности пациента и ситуационные факторы, способствующие совершению ООД;
- определяется характер и степень социальной дезадаптации;
- проводится выбор оптимальных для данного пациента психотерапевтической тактики и форм психосоциального воздействия;
- разрабатывается индивидуальная программа реабилитации.

При разработке ИПР учитываются: психиатрический диагноз; сопутствующая соматическая и неврологическая патология; особенности клинической картины и течения болезненного расстройства, степень выраженности позитивных и дефицитарных расстройств, расстройств поведения, эмоционально-волевых нарушений; факторы хронификации патологического процесса; наличие у пациента криминального опыта; психопатологический механизм ООД; ситуационные факторы, способствующие совершению ООД; особенности личности больного – устойчивость просоциальных установок, личностных ценностей, долго-

срочные личные цели; характер и степень социальной дезадаптации; реабилитационный потенциал.

Задачами этапа интенсивных лечебно-реабилитационных мероприятий являются:

- психофармакотерапия;
- работа по формированию социально приемлемых форм поведения, направленных на профилактику повторных ООД;
- восстановление или коррекция познавательных, эмоционально-волевых, мотивационных функций;
- формирование установки на отказ от употребления психоактивных веществ;
- восстановление или приобретение трудовых навыков, навыков самостоятельного проживания и общения;
- реализация иных мероприятий ИПР, в том числе решение социальных вопросов, работа с родственниками и др.

На этапе стабилизации достигнутого эффекта происходит:

- стойкая редукция болезненной симптоматики;
- восстановление или повышение уровня социально-трудовой адаптации;
- снижение либо полная редукция риска опасного поведения.

На заключительном этапе проводится:

- оценка риска повторности совершения ООД;
- определение тактики дальнейшей поддерживающей биологической и психосоциальной терапии после отмены АПНЛ.

К мероприятиям ИПР относятся:

- психофармакотерапия;
- работа по преодолению болезней зависимости;
- нормализация стиля семейных отношений, семейная терапия;

- психообразование, формирование у пациента ответственности за свое здоровье и поведение, обучение раннему распознаванию признаков начинающегося обострения болезни и совладанию с остаточной психопатологической симптоматикой, формирование приверженности лечению;
- когнитивно-поведенческая терапия;
- тренинги когнитивных и социальных навыков, коммуникативных навыков и навыков межличностного взаимодействия;
- тренинг повышения устойчивости к стрессу;
- тренинги восстановления навыков самообслуживания при решении бытовых вопросов, навыков независимого проживания;
- терапия занятостью, трудовая терапия, тренинг трудовых навыков;
- помощь в решении вопросов восстановления прав на жилье, поиск утраченных документов, регистрация по месту жительства, восстановление пенсии, пособий, льгот и др.

Основой эффективной работы по обеспечению активного диспансерного наблюдения за психически больными с риском опасного поведения, а также исполнения назначенного судом принудительного наблюдения и лечения у психиатра в амбулаторных условиях является мультидисциплинарный подход.

В состав полипрофессиональной бригады входят психиатр, психотерапевт, медицинские психологи, медицинские сестры, специалист по социальной работе, социальный работник, при необходимости – сексолог и другие специалисты.

Психиатр руководит полипрофессиональной бригадой специалистов, осуществляет психофармакотерапию, консультации с врачами других специальностей, контролирует качество оказания специализированной помощи, лечебно-реабилитационного воздействия, обеспечивает профилактику повторных ООД. В его обязанности входит

представление пациента на комиссию для решения вопроса отмены, продления либо изменения вида ПЛ.

Психотерапевт проводит индивидуальную и групповую психотерапию с целью формирования адекватного отношения пациента к его психологическим проблемам. В том числе совместно с психологом обеспечивает проведение тренингов социальных и коммуникативных навыков, независимого проживания; использование антиалкогольных и антинаркотических программ и др.

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 занимается индивидуальной и групповой психотерапией; оказывает психологическую помощь родственникам пациента. Он также оценивает эффективность проведенных форм работы с больным на различных этапах лечебно-реабилитационного процесса.

Главная задача социального работника – организовать индивидуальную и групповую помощь пациентам, направить ее на улучшение их социальной адаптации, коммуникативных навыков. Социальный работник проводит мероприятия по социально-правовой защите пациентов, взаимодействуя с организациями, оказывающими социальную помощь. Совместно с врачом и психологом осуществляет клубную работу, способствует улучшению социального функционирования пациента.

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 недобровольной госпитализации; выполняет иные поручения врача по обеспечению профилактики опасных действий пациентов.

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

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

Основные функции полипрофессиональной бригады:

- диагностика и лечение психических и поведенческих расстройств;
- вовлечение в совместную работу тех или иных специалистов в зависимости от этапа лечебно-реабилитационного процесса;
- психосоциальная терапия и медико–психосоциальная реабилитация с разработкой и реализацией ИПР, включающих восстановление утраченных бытовых и трудовых навыков, навыков самообслуживания и самостоятельного проживания, формирование у пациентов ответственности за свое здоровье и поведение, обучение больных и их родственников раннему распознаванию признаков начинающегося обострения болезни и навыкам совладания с остаточной психопатологической симптоматикой;

- создание для пациентов условий для возможного продолжения обучения, профессиональной подготовки и дальнейшей ресоциализации.

Организация лечебно-реабилитационных мероприятий включает:

- проведение на еженедельных совещаниях полипрофессиональной бригады обсуждения динамики психического состояния пациента в ходе реализации ИПР;
- психообразование пациентов и членов их семей; создание терапевтической среды; тренинги когнитивных и социальных навыков, коммуникативных навыков, навыков независимого проживания, трудовых навыков; использование антиалкогольных и антинаркотических программ; решение социальных вопросов; трудовую терапию в лечебно-производственных (трудовых) мастерских;
- оценку степени общественной опасности пациента, включая анализ клинических (тип течения болезни, ведущий синдром, психопатологический механизм ООД) и социальных (трудовой и семейный статус, характеристика микросоциального окружения) факторов; характера и кратности ООД, личностных и ситуационных факторов, способствующих и препятствующих совершению ООД; злоупотребления алкоголем и ПАВ; данных об эффективности проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Работу членов бригады с пациентом с указанием ее содержания, периодичности встреч, достигнутых результатов целесообразно отражать в медицинской документации. Для документального подтверждения работы специалистов возможно также использовать ИПР, включающую все лечебно-реабилитационные мероприятия с указанием исполнителей, сроков проведения с обязательным ее приобщением к медицинской карте амбулаторного больного.

Полипрофессиональная бригада представляет собой совокупность специалистов разного профиля, совместно занимающихся ведением пациентов, с определенным стилем взаимодействия специалистов между собой и пациентами.

Собрание бригады является ее рабочим органом, и должно проводиться еженедельно. Специалисты бригады работают вместе, объединяя свои знания и умения, отражая виды своего вмешательства и динамику состояния в медицинской карте амбулаторного больного.

Индивидуальное расписание пациента составляется таким образом, чтобы его время было предельно структурировано, насыщено психосоциальными терапевтическими и реабилитационными мероприятиями.

На собраниях бригады необходимо: обсуждать выполнение ИПР и результаты проведенной работы; анализировать текущие проблемы пациента; планировать действия, направленные на решение этих проблем и в целом тактику лечебно-реабилитационного воздействия; определять членов бригады, ответственных за выполнение конкретных действий и сроки их выполнения.

На каждом собрании бригады, как правило, докладчик сообщает об актуальных проблемах пациента. Это может быть специалист по социальной работе, участковый психиатр, медицинская сестра и др. При необходимости на собрание бригады может быть приглашен больной либо те лица из его окружения, от которых зависит решение его проблем.

Работой бригады руководит участковый психиатр. Ему отведена ведущая роль в обеспечении функционирования бригады, контроле качества и эффективности лечебно-реабилитационного воздействия.

Руководитель бригады формулирует цели и задачи работы с пациентом, контролирует их достижение, совместно с другими членами бригады решает вопросы определения ответственных за тот или иной раздел ИПР больного, обсуждает методы лечебно-реабилитационной

работы, формирует у членов бригады представление об их роли и пределах компетенции в курации пациента. На собрании бригады специалисты обмениваются полезной информацией, обсуждают проблемы, возникшие при работе.

На сегодняшний день приведенные выше сведения относительно организации психосоциальной реабилитации психически больных с риском опасного поведения еще не имеют повсеместного применения, региональный опыт работы в данном направлении требует анализа и систематизации.

Примером судебно-психиатрической профилактики, акцентированной на организации психосоциального лечения лиц, состоящих под АДН и находящихся на АПНЛ, является опыт работы специалистов в г. Омске (Иванова А.А., 2007). Важная роль в лечении и реабилитации отводится ими психообразовательной работе с социально-опасными больными, в ходе которой решаются следующие задачи:

- предоставление пациентам информации о психических заболеваниях для понимания своего состояния, позволяющего своевременно распознавать и контролировать отдельные болезненные проявления и симптомы;
- обеспечение психосоциальной поддержки, активация жизненной позиции, повышение социальной компетентности.

Психообразовательная работа проводится психиатром совместно с психологом в закрытых группах численностью 8–10 человек с частотой 1–2 раза в неделю. Каждый цикл состоит из 10 занятий, которые строятся по принципу тематического семинара с элементами социально-поведенческого тренинга. Занятия проводятся по следующим направлениям: ознакомительная часть (знакомство членов группы, разъяснение правил взаимодействия в группе); характеристика нарушений психической деятельности: нарушения восприятия,

мыслительной деятельности, аффективной сферы; виды психических заболеваний: шизофрения, алкоголизм и его стадии, алкогольные психозы, расстройства поведения; основные формы и методы оказания психиатрической помощи; фармакотерапия при психических расстройствах; первые признаки обострения заболевания, последствия несоблюдения лекарственного режима; амбулаторная служба, регулярность обращения к участковым врачам; службы социального обеспечения, правовые последствия правонарушений; Закон РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”.

При составлении и реализации лечебно-реабилитационных программ для больных, находящихся на АПНЛ, учитываются клинические проявления заболевания в соотношении с различными факторами, значимыми при совершении ООД. В программах, разработанных для лиц, совершивших преступление по продуктивно-психотическому механизму, основной упор делается на психофармакотерапию, а социально-терапевтические и психокоррекционные воздействия применяются в качестве дополнительных. Напротив, программы, разработанные для лиц с негативно-личностным механизмом совершения ООД, включают в себя активное использование социально-терапевтических и психокоррекционных методов, которые к концу лечения доминируют над фармакотерапевтическими. Для лиц с психопатоподобными расстройствами широко используются семейная психотерапия и психообразование родственников, для больных с нейрокогнитивным дефицитом, социальной дезадаптацией – тренинги социальных навыков.

В 2012 г. в Омской клинической психиатрической больнице (ОКПБ) им. Н.Н. Солодникова было разработано, апробировано и внедрено в работу несколько тренингов. Медицинские психологи проводят тематические тренинги: “Стратегии сотрудничества” (расширение спектра конструктивных форм поведения при общении и конфликтах), “Радость” (позитивное мировосприятие),

“Трудоустройство” (проработка основных проблем устройства на работу), “Тренинг познавательных процессов”, “Вербальное и невербальное общение” (развитие коммуникативных навыков в повседневной жизни), “Снятие эмоционального напряжения” (обучение методам релаксации), “Зоны межличностного общения” (проработка границ контактов с окружающими).

При работе с пациентами с риском общественно опасного поведения ими также используются: “Семейная психотерапия” (проработка способов решения семейных проблем, моделей семейной жизни, взаимодействия с партнером), “Арт-терапия” (работа с внутренним миром посредством творчества), “Сказкотерапия” (решение жизненных трудностей и проблем путем вымышленного повествования), “Коррекция поведения пациентов посредством мультисенсорного воздействия” и др. (Иванова А.А., Усов Г.М. и др., 2004; Усов Г.М., Иванова А.А., 2006, 2011).

В качестве передового опыта ОКПБ им. Н.Н. Солодниковой следует отметить проработку содержательной и организационной составляющих работы специалистов по социальной работе и создание совместно с Омским университетом системы подготовки и переподготовки указанных кадров. Подготовленные специалисты по социальной работе решают широкий круг задач в рамках своей компетенции. Они проводят социальное обследование пациентов, занимаются организацией досуговых мероприятий, осуществляют консультативную и ряд групповых реабилитационных форм работы с больными, при решении социальных проблем пациентов взаимодействуют с различными организациями. Кроме того, в задачи специалистов по социальной работе входит проведение занятий по программе коррекционных школ, восстановление начальных трудовых навыков, привитие пациентам гигиенических и социальных навыков.

В Краснодарском крае при работе с контингентом больных, находящихся на АПНЛ, в качестве приоритетного направления выбрано психообразование. Данный

вид работы в максимальной степени способствует стимуляции деятельной позиции в преодолении последствий психического заболевания, осознанию ответственности за свое взаимодействие с социальной средой, формированию адекватных стратегий совладания с болезнью, восстановлению нарушенной социальной адаптации и повышению социальной компетентности. В реализуемых реабилитационных программах решаются 2 основные задачи. Первая – это собственно получение информации о психическом заболевании, особенностях его протекания для обеспечения возможности своевременного распознавания и контроля пациентом отдельных болезненных проявлений и симптомов, частичного управления своим заболеванием, его ходом и течением. Вторая задача – обеспечение постоянным источником поддержки и одновременно реабилитационной средой, в которой пациенты могут в защищенных, эмоционально безопасных условиях, вырабатывать конструктивные формы поведения, навыки общения, совладения со сложными ситуациями.

Опыт работы в данном направлении (Цыганков Б.Д. и др., 2007; Чебуракова Т.А., Стрижев В.А., 2009) свидетельствует о том, что в отношении пациентов с риском общественно опасного поведения психообразовательную работу целесообразно проводить в закрытых группах, с фиксированной датой начала и окончания обучающего курса и ограниченным числом участников (8–10 человек). По мнению указанных авторов, группа должна быть однородной по когнитивному уровню пациентов, по возрасту, нозологической принадлежности, этапу заболевания (в одной группе не должно быть больных с первым эпизодом болезни и хроническим течением заболевания). С целью расширения и углубления возможностей работы в группе должны быть представлены различные модели поведения, так как созданная для терапевтических целей группа должна представлять собой хоть и искусственно созданный, но аналог реального общества.

В Казани в 2012 г. были организованы 2 стационара на дому на 60 коек при диспансерно-поликлинических отделениях, в которых развиваются полипрофессиональные методы оказания специализированной помощи. В отношении больных, находящихся на АПНЛ, данная форма работы позволяет осуществлять постоянный мониторинг их состояния и благодаря этому своевременно изменять фармакотерапевтическую тактику (Гурьянова Т.В., Хисамутдинова Ю.М., 2012).

В ГУЗ “Липецкая областная психоневрологическая больница № 1” накоплен значительный опыт реабилитационной работы на базе 2 отделений дневного стационара с использованием интегративной психотерапевтической методики социализации лиц, страдающих психическими расстройствами (Федоров А.В., Федоров Б.А., 2009). Психотерапевтическая работа в рамках данного интегративного подхода представляет собой сочетание когнитивной психотерапии, синергических моделей отношений индивидов в социуме в зависимости от ценностных ориентаций, психодрамы Морено, игровой психотерапии (театр по Lehmann).

Задача психиатра, психотерапевта, по мнению указанных авторов, заключается в создании возможности для каждого участника психотерапевтической группы раскрыть собственный поведенческий потенциал и получить обратную связь, позволяющую пациенту более адекватно понять самого себя, увидеть собственные проблемы и ошибочные установки, идентифицировать эмоциональные и поведенческие негативные стереотипы, проявляющиеся в межличностном взаимодействии, мешающие конструктивному контакту с окружающими.

Для преодоления проблем ресоциализации больных используются методы духовной практики, творческой терапии (пантомима, кукольный театр, библиотерапия, арт-терапия, музыкотерапия, участие пациентов в деятельности лечебно-драматического театра, джаз-театр). С пациентами работают дефектолог, нейропси-

холог, регулярно проводит службы священнослужитель. Активное участие в планировании реабилитационных мероприятий принимает совет пациентов. Сочетание лечебно-реабилитационных и культурных мероприятий позволяет оптимально распределять интенсивность лечебного воздействия между участниками группы.

Психиатрические учреждения Санкт-Петербурга взяли за основу опыт работы психиатрических служб скандинавских стран. В рамках программы Евросоюза ТАСИС был реализован проект международного сотрудничества в области психосоциальной реабилитации, участниками которого выступили сотрудники Санкт-Петербургской городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко (Лиманкин О.В., 2012).

В Тверской области внедрены групповые формы психосоциальной терапии и реабилитации больных, состоящих под активным диспансерным наблюдением. Работа осуществляется на базе кабинета АДН, в штат которого вошли психиатр, психолог, социальный работник и медсестра (Воронова С.А., Васильева Т.М., 2011). Опираясь на положение о том, что дефицит когнитивных функций, нарушение социальных навыков, в том числе навыков общения, обуславливают дезадаптацию больных, авторы считают, что для таких пациентов предпочтительным является использование психообразовательного подхода в сочетании с тренингом социальных навыков (Kendall P.C., Braswell B.L., 1985). Методологическим базисом данной программы является модель проблемно-решающего поведения, согласно которой в процессе решения любой проблемы задействованы: навыки распознавания поступающей информации (перцепция и интерпретация входящих стимулов); навыки принятия решения (оценка возможных поведенческих реакций, риска, выбора наиболее адекватного и подходящего ответа); навыки кодирования (моторные навыки: содержание речи, невербальный ответ).

В психообразовательном модуле обсуждаются темы: “Я в конфликтной ситуации”, “Сущность конфликта и пути его разрешения”, “Проблемы в общении с противоположным полом и родственниками”, “Конфликтные взаимоотношения с близкими людьми”, “Избегание неудачи – как оно проявляется и в чем его причины”, “Анализ своего жизненного пути”, “Постановка жизненных целей”, “Самопознание”, “Невербальное общение”.

В Архангельске проводится групповая психообразовательная работа с социально-опасными пациентами, находящимися под АДН, страдающими личностными расстройствами асоциального и эмоционально-неустойчивого типа, злоупотребляющими алкоголем и наркотическими препаратами. Пациентов данной категории отличают отсутствие критики к собственному состоянию и устойчивые антисоциальные тенденции. Основными задачами реализуемой программы являются: 1) информирование больных о психическом расстройстве с целью повышения их ориентации в симптомах и обучения управлению собственным состоянием; 2) обеспечение психосоциальной поддержки, активация жизненной позиции, повышение социальной компетентности. Занятия строятся по принципу тематического семинара с элементами социально-поведенческого тренинга. Каждый пациент до начала и после завершения занятий проходит тестовый контроль полученных знаний (Сидорова П., Сейкулы Я., 2003).

Для больных, находящихся в группе АДН в амбулаторном подразделении Томской психиатрической больницы, разработана реабилитационная программа, направленная на выработку умения избегать криминальных ситуаций и формирование адекватного отношения к болезни, общественно приемлемого поведения, повышение социальной компетентности и активности пациента, изменение жизненных установок посредством активного вмешательства с использованием процессов манипуляции, управления и регулирования с учетом индивидуально-личностных особенностей (Корнетов Н.А., Агарков А.П., 2005; Бакуртян А.К., 2005).

На базе Московской клинической психиатрической больницы №1 им. Н.А. Алексеева с участием сотрудников ФГБУ “Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского” (Дмитриев А.С., Винникова И.Н., Лазыко Н.В., Морозова М.В., Савина О.Ф., 2006–2013) осуществляется комплексная программа больных шизофренией, находящихся на АПНЛ. Пациенты подразделяются на 2 группы в зависимости от преобладания в клинической картине продуктивных психопатологических расстройств либо негативной симптоматики. Лечение обеих групп пациентов проходит в 3 этапа, однако психокоррекционные задачи и способы их реализации на каждом этапе существенно различаются.

На первом этапе АПНЛ психолог исследует микросоциальные условия жизни больных (наличие семейной поддержки, специфику значимого окружения и референтной группы, вероятность контакта с асоциальными лицами и т.д.), характер увлечений и проведения досуга. На основе этой информации намечаются ближайшие и отдаленные перспективы и цели, а также психокоррекционные мероприятия, проводимые совместно с родными и близкими пациента.

На втором этапе АПНЛ психолог проводит направленные беседы, включающие приемы рациональной психотерапии и психокоррекции, состоящей в закреплении навыков адекватного функционирования в сфере социальных отношений, межличностного общения, возможной трудовой деятельности. Для лиц с продуктивными психопатологическими расстройствами, более сохранных в интеллектуальном и личностном плане, особенно важно выявление содержания и глубины психологических, внутриличностных конфликтов, возникающих в период реадaptации. Действия психолога направлены на совместное обсуждение проблем и переживаний пациента с целью перевода их в ранг осознаваемых. После этого больные участвуют в терапевтических группах.

Для лиц с невысоким интеллектуальным уровнем, ограниченным репертуаром стратегий коммуникации проводится поведенческая психотерапия для восстановления имевшихся ранее навыков адекватного функционирования в реальных жизненных ситуациях, расширения способов реагирования и привития новых форм взаимодействия. Целесообразны коррекционные мероприятия, воздействующие на эмоциональную сферу пациентов, формирующие большую откликаемость и эмоциональную включенность в позитивно окрашенные межличностные взаимоотношения.

Для больных с преобладанием в клинической картине заболевания негативной симптоматики психолог разрабатывает систему мероприятий, направленных на повышение побудительной активности, личную включенность в различные сферы жизнедеятельности, привитие чувства собственной ответственности за происходящее, нивелирование рентных установок. Специфика данного контингента больных требует осторожности и повышенного контроля за эффектом проводимой коррекции. С целью приобретения пациентами позитивно окрашенного эмоционального опыта и самовыражения эффективно использование коррекционных мероприятий с приемами поведенческой, рационально-эмоциональной и арт-терапии.

На завершающем этапе АПНЛ в условиях постоянного взаимодействия врача и психолога основные усилия специалистов направлены на подготовку больных к отмене принудительной меры медицинского характера и перевод их на активное диспансерное наблюдение.

Сравнительный анализ эффективности работы внебольничных подразделений региональных психиатрических служб свидетельствует о том, что применение психосоциальной терапии и реабилитации, мультидисциплинарного подхода способствуют повышению регулярности обследований психически больных, их приверженности проводимой терапии, снижению количества опасных действий, совершаемых этими лицами.

Глава 5

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Приведенная выше информация дает представление об организационных моделях и нормативном сопровождении медицинской деятельности, направленной на профилактику общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами. Вместе с тем эффективная работа в данном направлении требует постоянного совершенствования медицинских технологий с учетом современных тенденций организации психиатрической службы; меняющихся условий социальной среды, оказывающих влияние на криминальную активность пациентов; результатов динамического анализа качества проводимой профилактической работы.

Проведенные в Отделе судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России исследования показали, что больные с риском опасного поведения имеют высокие показатели социальной дезадаптации. Ее динамика в последние десятилетия имела негативный характер.

Так, по результатам сравнительного исследования 400 больных (Макушкина О.А., Симбирцев А.А., 2014), совершивших опасные действия в состоянии невменяемости и находившихся на принудительном лечении в 1987 и 2012 гг. (по 200 пациентов в каждый временной период), отмечено существенное увеличение ($p < 0,01$) количества пациентов без определенного места жительства. В 2012 г. их удельный вес составил 10,0% (1987 г. – 3,5%). Крайне незначительное число общежитий для психически больных, утративших социальные связи, организованных менее чем в 10% территорий нашей страны, а также недостаточное количество мест в психоневрологических

интернатах делают решение проблемы профилактики общественной опасности пациентов, не имеющих постоянного места жительства, весьма затруднительным и должны быть учтены при планировании ресурсного обеспечения региональных психиатрических служб. Организация в субъектах РФ медико-реабилитационных отделений для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи, предусмотренных действующим Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, может стать действенной мерой ресоциализации данной категории пациентов, предупреждения совершения ими опасных действий.

Проведенная в процессе исследования оценка занятости больных до совершения ими ООД показала существенное увеличение ($p < 0,01$) доли не работавших (с 51,0 до 64,5%). Количество пациентов, выполнявших низкоквалифицированные виды труда, снизилось с 27,5% в 1987 г. до 18,0% в 2012 г., число занятых на высококвалифицированных работах также сократилось (с 5,0 до 0,5%).

Закрытие ряда производств, утрата квотированных рабочих мест для лиц, имеющих инвалидность, сокращение реабилитационной базы психиатрической службы с закрытием лечебно-производственных мастерских в большинстве регионов страны негативно отразились на адаптационных возможностях психически больных, и, вероятно, стали дополнительным фактором риска их общественной опасности.

Анализ данных о трудоспособности показал значительное число инвалидов по психическому заболеванию среди лиц, находящихся на принудительном лечении (41,0% в 1987 г. и 43,0% в 2012 г.). При этом обращает на себя внимание возросший удельный вес больных с неоформленной инвалидностью при нарушенной трудоспособности (с 29,0% в 1987 г. до 42,0% в 2012 г.), что является проявлением роста уровня трудовой дезадаптации

данной категории пациентов и требует анализа качества деятельности внебольничных подразделений психиатрической службы. Работа по своевременному представлению больных на медико-социальные экспертные комиссии с целью решения вопроса о трудоспособности – одна из мер профилактики их общественной опасности, факторами риска которой являются отсутствие трудовой занятости и материальное неблагополучие.

Сравнение показателей, характеризующих семейное положение обследуемых, выявило большую долю (более 80,0%) лиц, не состоявших в браке, среди пациентов, совершивших ООД. Произошло значимое ($p < 0,05$) увеличение доли холостых (с 59,5 в 1987 г. до 69,0% в 2012 г.). В то же время существенно ($p < 0,01$) уменьшилось число больных, состоящих в официальном браке.

Проведенный анализ социальных факторов риска в период, предшествующий совершению ООД, подтвердил представленные выше данные относительно высокого уровня социальной дезадаптации и показал превалирование таких факторов, как неблагоприятное социальное положение больного, наличие антисоциального окружения. За 25-летний период увеличилась распространенность таких факторов риска, как неблагоприятные жилищные условия ($p < 0,01$), вынужденная смена места жительства ($p < 0,01$), утрата работы, угроза безработицы ($p < 0,01$), отсутствие перспектив на будущее ($p < 0,01$), конфликтные отношения в семье ($p < 0,05$).

В целом можно утверждать, что адаптационный потенциал лиц, страдающих психическими расстройствами, в большинстве случаев не соответствует социальным и экономическим требованиям современной общественной жизни, определяя возросшую потребность психически больных в социальной помощи и поддержке, психосоциальной реабилитации, необходимой для эффективной профилактики опасного поведения этой категории лиц.

Нозологическая структура больных, совершивших ООД в различные временные периоды, не претерпела

достоверно значимых изменений. Наиболее частыми были расстройства шизофренического спектра, доля которых в 1987 г. и 2012 г. составила 63,5 и 60,0% соответственно. На втором месте по частоте встречаемости находились органические психические расстройства, наблюдавшиеся в 24,5 и 23,5% случаев соответственно. Доля умственной отсталости была равна 4,0% в 1987 г. и 6,0% в 2012 г. ($p>0,05$), эпилепсии – 0,5 и 1,5% ($p>0,05$).

Сравнение показателей, характеризующих типы течения шизофрении, показало значимое ($p<0,01$) увеличение доли пациентов с непрерывным течением заболевания (с 4,5% в 1987 г. до 18,0% в 2012 г.). Отмечено достоверное снижение количества лиц с эпизодическим и рекуррентным типом течения заболевания (с 18,5% в 1987 г. до 7,0% в 2012 г., $p<0,01$).

Обращает на себя внимание выявленный высокий уровень распространенности у больных злоупотребления и зависимости от психоактивных веществ с изменением соотношения их видов в сравниваемые периоды времени – снижением удельного веса злоупотребления и зависимости от алкоголя (с 80,0% в 1987 г. до 68,0% в 2012 г.) и ростом злоупотребления наркотическими средствами (с 10,5 до 31,5%). При этом большая доля пациентов (29,5% в 1987 г. и 44,5% в 2012 г.) имела наследственную отягощенность алкоголизмом одного или обоих родителей. Известно, что злоупотребление ПАВ – значимый фактор риска общественной опасности. Рост распространенности больных хроническими психическими расстройствами требует коррекции проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий, участия в их реализации психотерапевтов, медицинских психологов и использования методик по преодолению зависимости.

Синдромальная характеристика психического состояния в период совершения общественно опасных действий изменилась за счет увеличения частоты встречаемости ($p<0,05$) галлюцинаторно-параноидного синдрома (с 23,0% в 1987 г. до 37,0% в 2012 г.).

Оценка особенностей психического состояния больных, проведенная с использованием принятой в судебной психиатрии научной концепции психопатологических механизмов ООД (Фрейеров О.Е., 1961–1975; Лунц Д.Р., 1969, 1972; Мальцева М.М., Котов В.П., 1995), выявила преобладание “негативно-личностных” механизмов совершения ООД в оба временных периода. Вместе с тем было установлено значительное снижение их доли – с 77,5% в 1987 г. до 62,0% в 2012 г. ($p < 0,05$).

Динамика “продуктивно-психотических” механизмов – тех случаев, когда ООД было обусловлено продуктивными психотическими проявлениями психического расстройства (аффективно-бредовым, параноидным, галлюцинаторно-параноидным синдромами), имела обратный характер. В 2012 г. они были выявлены практически у каждого третьего пациента (38,0%) из числа обследованных. Рост их распространенности в генезе общественной опасности психически больных нуждается в дополнительном научном анализе. Его причинами могут быть недостаточная работа участковых психиатров по диагностике обострений психических расстройств, применению предусмотренных ФЗ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” недобровольных видов психиатрической помощи, несоблюдение принципов диспансерного наблюдения в отношении больных с риском опасного поведения.

Обращает на себя внимание большой (свыше 60,0%) удельный вес ООД, совершенных больными в состоянии опьянения. При этом распространенность правонарушений в алкогольном опьянении снизилась с 71,0% в 1987 г. до 44,0% в 2012 г. В то же время существенно ($p < 0,01$) увеличилась частота совершения ООД в состоянии наркотического опьянения (с 2,0 до 16,0%). Эти данные коррелируют с установленным ростом распространенности у больных зависимости от наркотических веществ.

В процессе исследования установлено, что из общего числа обследованных 172 пациента совершили два и бо-

лее ООД. Таких больных было 78 (39,0% от общего числа обследованных) в 1987 г. и 94 (47,0%) – в 2012 г. Отмечена более выраженная трудовая и семейная дезадаптация этой категории пациентов. Так, в 2012 г. 74,5% из них нигде не работали (1987 г. – 56,4%). При этом только 42,6% имели группу инвалидности (1987 г. – 37,2%). Преимущественное большинство (71,8% в 1987 г. и 72,3% в 2012 г.) пациентов были холосты, порядка 20,0% – разведены. Только 7,7% из числа обследованных в 1987 г. состояли в официальном либо гражданском браке; в 2012 г. таких больных было лишь 6,4%. Значительно увеличилось количество одиноких больных, проживающих отдельно от родственников (с 25,6 до 47,9%).

Отличительной характеристикой больных с рецидивом опасного поведения являлась высокая распространенность перенесенных ими экзогенных вредностей. Наиболее частым (89,7% пациентов в 1987 г. и 72,3% – в 2012 г.) было сочетание неоднократно перенесенных черепно-мозговых травм и злоупотребления либо зависимости от алкоголя, в том числе употребления его суррогатов. Обращает на себя внимание установленный в процессе исследования выраженный рост распространенности злоупотребления несколькими психоактивными веществами (11,5% в 1987 г. и 51,1% в 2012 г.).

Полученные данные подтверждают целесообразность отнесения болезней зависимости к важным предикторам общественной опасности, а также необходимость работы с зависимостями в период исполнения принудительных мер медицинского характера и в последующем – в процессе оказания специализированной помощи во внебольничных условиях.

В целом по результатам научного анализа данных о 172 больных установлены демографические и клинικο-социальные особенности пациентов с рецидивом опасного поведения. В большинстве своем это лица в возрасте 20–39 лет; больные психозом либо органическим психическим расстройством, с ранним дебютом заболе-

вания; с отягощенной алкоголизмом родителей наследственностью; в детском возрасте имевшие нарушения социализации, девиантное поведение; со средним, либо неполным средним образованием; не работающие; испытывающие выраженные материальные затруднения; холостые; не имеющие помощи со стороны родных и близких; неоднократно переносившие травмы головы; злоупотребляющие, либо имеющие зависимость от алкоголя и иных психоактивных веществ. Указанные характеристики не претерпели существенных изменений за 25-летний период.

Полученные результаты дают информацию о предикторах формирования опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами, и могут быть использованы в профилактической деятельности медицинских организаций, оказывающих психиатрическую помощь в амбулаторных условиях.

Изменение социально-трудовой и семейной адаптации больных с общественно опасным поведением обуславливает необходимость соответствующей коррекции лечебно-реабилитационной тактики с обязательным учетом существующих социальных факторов риска ООД. К важным мерам профилактики общественной опасности могут быть отнесены: своевременное определение группы инвалидности, проведение тренингов социального функционирования, бесплатное обеспечение медикаментами в амбулаторных условиях, работа с родственниками, помощь в решении вопросов по защите прав пациентов, а также полипрофессиональное оказание психиатрической помощи.

В связи с возросшей потребностью психически больных в социальной помощи и поддержке необходимо расширить сеть психоневрологических интернатов, медико-реабилитационных отделений для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи, лечебно-производственных мастерских, а также других способов поддержки на различных этапах психосоциальной реабилитации.

Рост распространенности у больных зависимости от психоактивных веществ, увеличивающий риск опасного поведения, требует коррекции проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий с участием психотерапевтов, медицинских психологов и использованием методик по преодолению зависимости.

Увеличение доли продуктивно-психотических механизмов в генезе общественной опасности психически больных указывает на необходимость проведения мер по своевременному выявлению психических расстройств, диагностике их обострений, обеспечению диспансерного наблюдения, применению предусмотренных ФЗ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” недобровольных видов психиатрической помощи и специальных мер профилактики ООД.

Отдельным разделом указанного сравнительного исследования (Макушкина О.А., Симбирцев А.А., 2014) был анализ лечебно-реабилитационной работы, проводимой в отношении больных до совершения ими ООД. Установлено существенное (с 13,5% в 1987 г. до 23,5% в 2012 г.; $p < 0,05$) увеличение доли пациентов, не находившихся под наблюдением в психоневрологическом диспансере. При этом доля больных, охваченных диспансерным наблюдением, уменьшилась за 25-летний период с 51,5% до 46,5%; активным диспансерным наблюдением – с 26,5% до 20,0%.

Выявлено значительное (с 12,5% в 1987 г. до 24,5% в 2012 г. – $p < 0,05$) увеличение числа лиц, ранее не проходивших лечение в психиатрическом стационаре. При этом более чем в 2 раза возросла частота госпитализации пациентов вследствие неадекватного поведения с гетероагрессией (48,5% в 2012 г. против 22,5% в 1987 г., $p < 0,05$).

С учетом того, что из обследованных в 2012 г. пациентов 47,0% неоднократно совершали ООД, столь низкие показатели оказания им специализированной помощи свидетельствуют о нарушении принципов внебольничной судебно-психиатрической профилактики.

В качестве демонстрации роли амбулаторных подразделений в деятельности по профилактике повторного опасного поведения психически больных приведем анализ клинического случая.

Больная С., 1970 года рождения. Наследственность отягощена алкоголизацией родителей. Родилась в Ленинграде, старшей из двоих детей. Раннее развитие без особенностей. В дошкольном возрасте посещала детский сад, тяжелых заболеваний не переносила. Обращала на себя внимание упрямством, неумением ладить с детьми. Взаимоотношения в семье были напряженные. В школу пошла с 7 лет, училась посредственно. Время предпочитала проводить в одиночестве дома, подруг не имела, гулять не любила. С сестрой отношения всегда были напряженные, проявляла к ней агрессию. В возрасте 15–16 лет произошел характерологический сдвиг. Стала черствой и холодной в общении с родителями. Появились новые интересы. Увлеклась эзотерической и религиозной литературой. Дома появились иконы, стала рассуждать на религиозные темы. Увлеклась культурой Вуду, пыталась воспроизводить приемы из этой культуры. Интересовалась “строением мозга выдающихся людей”. С трудом окончила 11 классов, затем медицинское училище.

Непродолжительное время работала медсестрой в реанимационном отделении. Уволилась по собственному желанию, так как стала рассеянной, несобранной, перестала справляться с работой. Уходила из дома, бесцельно бродила по улицам. Нарушился сон, ничего не ела, очень похудела. Высказывания носили неадекватный характер. Заявляла, что “2 месяца как уже умерла, должна снова стать человеком”. Часто аффектировалась, стала проявлять физическую агрессию к сестре и отцу. Заявляла, что перенесла инсульт. 14.06.2003 г. возникло психомоторное возбуждение, избивала сестру и мать.

Скорой психиатрической помощью была госпитализирована в ПБ, где находилась с 14.06.2003 г. по 10.10.2003 г. В приемном покое была возбуждена, внутренне напряжена, тревожна. Кричала, что она “колдунья”, “превратила в себя другого человека через ментальный канал”. Сообщала, что перенесла инсульт и клиническую смерть. Испытывала путаницу мыслей,

“поэтому ей трудно говорить”. При поступлении в отделение в беседе была малопродуктивна из-за выраженных расстройств мышления в виде аморфности, паралогичности. Заявляла, что видела себя со стороны, считала, что у нее сгущение крови. Во время госпитализации ей была определена II группа инвалидности по психическому заболеванию. В дальнейшем на фоне лечения состояние улучшилось, но была эмоционально тускла, бездеятельна, критика была частичная. Поставлен диагноз: “Шизофрения, простая форма”.

После выписки первое время принимала поддерживающую терапию, пыталась работать посудомойкой. Через полгода прекратила принимать лечение, состояние ухудшилось, стала напряженной, злобной, расстроился сон, испытывала страх, тревогу. Вновь проявила агрессию к матери и была госпитализирована в ПБ, где находилась с 04.09.2004 г. по 01.12.2004 г. В приемном покое не удерживалась на месте, сопротивлялась осмотру, кричала, кусалась. Не понимала причины госпитализации. В отделении была крайне формальна при контакте. Во время беседы не сидела спокойно, часто кривлялась, переходила на крик. Мышление было аморфное, разорванное, паралогическое, аутистическое. Речь непоследовательная, ускоренная. То говорила о пьянстве отца и изменении своего состояния в этой связи, то о грубости персонала, то о “моральном унижении покончившего с собой сожителя”. Бреда, обманов восприятия не выявлено. На фоне лечения нейрорептиками состояние улучшилось. Выписана под динамическое наблюдение ПНД с диагнозом “Шизофрения, простая форма, обострение”.

После выписки не могла справляться даже с простой работой, сидела дома, ни с кем не общалась. Была бездеятельной, отмечались расстройства сна. С мая 2005 г. вновь состояние ухудшилось, была госпитализирована в ПБ, где находилась на лечении с 23.05.2005 г. по 27.07.2005 г. с диагнозом: “Шизофрения, простая форма. Апатобулический дефект”. При поступлении была тревожной, напряженной, импульсивной. Мышление с выраженными структурными нарушениями. Заявляла, что скоро умрет, “дыхание останавливается, сердце не бьется...”. Была ипохондрична, продуктивному контакту недоступна. Оформленных бредовых идей не обнаруживала. На фоне проводимого лечения стала достаточно спокойной, упорядоченной. Исчезли агрессивные тенденции.

С ноября 2005 г. отказалась от поддерживающей терапии. Вновь стали нарастать злость, чувство внутреннего напряжения, нарушился сон. 04.12.2005 г. в ходе ссоры с сестрой нанесла ей удар ножом в область жизненно важных органов. В отношении нее было возбуждено уголовное дело. С места преступления была госпитализирована в ПБ, где находилась с 04.12.2005 г. по 28.12.2005 г. В приемном покое была несколько сонлива от введенной врачами скорой помощи литической смеси. Заявила, что “я плохо сплю... сестра сделала меня другой или стала другим человеком”. Громко кричала, требовала отпустить домой, “не имеете права держать здесь... я отомстила отцу за то, что не приходил ко мне в больницу... хочу умереть сама... хочу на кладбище...”. В отделении была недоступна контакту, не отвечала на вопросы или ответы носили характер “мимо”. Мышление было паралогичное, разорванное, амбивалентное, разноплановое. Обманы восприятия отрицала. Эмоционально была неадекватна, волевая активность снижена. 28.12.2005 г. была переведена в отделение стационарной СПЭ с диагнозом: “Шизофрения, простая форма”.

25.01.2006 г. больная была освидетельствована ССПЭ. Цели экспертизы не осмысливала. Во время беседы была крайне напряжена, тревожна. На вопросы отвечала быстро. Лицо маскообразно, голос маломодулированный. Речь была напористая, непоследовательная, сумбурная. Заявила, что отомстила сестре за то, что та не пришла навестить ее в больницу, отцу – “потому что алкоголик, не заботился обо мне в детстве...”. Здесь же спонтанно заговорила о своем сожителе, который “нравственно унизил, так как отравился азалептином, который дала ему для успокоения... так ему и надо... ненавижу...”. О близких говорила враждебно, холодно, иногда с ненавистью, “все равно убью”. Мышление было ускоренного темпа, аморфное, паралогическое, с элементами разорванности, аутистическое. В высказываниях звучали бредовые идеи отношений, воздействия. Обманы восприятия отрицала, не производила впечатление галлюцинирующей. Эмоционально была неадекватна, холодна, монотонна. Критические способности были нарушены. В отделении была напряженной, негативистичной, раздражительной. Постоянно находилась на грани физической агрессии к соседям по палате. Длительное время сохраняла напряженный аффект злости. Была назойливой

с требованием выписки. Себя считала психически здоровой: “Мне надо устраиваться на работу медсестрой...”. На фоне лечения нейролептиками стала доступнее в отношении переживаний. Рассказала, что в 17 лет почувствовала изменение своего Я. “Утратила внутреннюю свободу, появились трудности мыслить... все путалось в голове... Потом как озарение было в клинической смерти... видела ангела-хранителя, Господа Бога ... ангел-хранитель оказался предателем... Бог послал в ад, в темноту ... шла по черному туннелю... а потом кипела в чане ... ужас был...”. Рассказала, что испытывает открытость мыслей и вмешательство “в душевную жизнь других людей... Сестра сделала другим человеком”.

По данным психологического исследования были выявлены выраженные признаки структурных нарушений мыслительной деятельности в виде актуализации латентных признаков предметов, искажения обобщения, неадекватности ассоциативных связей, смысловых соскальзываний, снижения целенаправленности процессов мышления. В структуре личности на первом плане – своеобразие восприятия и мышления, аффективная неустойчивость, нестойкость мотивационных тенденций, недоверчивость, раздражительность, ригидность установок, склонность к построению труднокорректируемых концепций, внешнеобвинительная направленность реагирования агрессивными тенденциями. Комиссия пришла к заключению, что С. страдает хроническим психическим расстройством в форме параноидной шизофрении с эмоционально-волевым дефектом. По своему психическому состоянию она не могла осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Ей было рекомендовано принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа.

На основании постановления суда от 28.03.2006 г. С. была признана невменяемой. Находилась на принудительном лечении в ПБ с диагнозом: “Шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентное течение, эмоционально-волевой дефект” с 30.01.2006 г. по 23.05.2008 г. При поступлении к беседе была безразлична. На вопросы отвечала спокойно, односложно. Категорически отрицала наличие агрессивных тенденции: “сестра сама виновата, она ко мне приставала, я расстроилась, замахнулась на нее ножом, а она схватилась рукой за нож, поэтому и порезала ее”. Актуальных бредовых

идей не высказывала. Обманов восприятия выявлено не было. Была склонна к резонерству. В отделении на фоне проводимой терапии галоперидолом в поведении была упорядочена, держалась обособленно. В беседе была формальна. Актуальной психопатологической продукции не отмечалось. Эмоционально была выхолощена.

В мае 2006 г. пыталась совершить побег, в чем в последующем очень раскаивалась. В дальнейшем за все время пребывания в отделении режим не нарушала. Постепенно стала более общительной, помогала медперсоналу по уходу за больными. На протяжении последнего года до выписки в поведении была упорядочена, старалась избегать конфликтных ситуаций, высказывала реальные планы на будущее, собиралась после выписки устраиваться на работу. Переживала алкоголизацию родителей, а так же то, что сестра не приходила к ней на свидание. Мать регулярно навещала ее, с ней она мирно и доброжелательно общалась, к сестре никаких идей мщения, угроз не высказывала. Отмечалось эмоционально волевое снижение, структурные расстройства мышления в виде паралогичности, резонерства, амбивалентности.

19.05.2008 г. принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа было изменено на принудительное лечение в амбулаторных условиях в ПНД по месту жительства. 26.05.2008 г. она была взята на амбулаторное принудительное лечение. В поведении была упорядоченной, эмоционально тусклой, обострения психотической симптоматики не отмечалось. В дальнейшем многократно госпитализировалась в ПБ (с 06.2009 г. по 24.07.2009 г.; с 05.12. 2009 г. по 15.03.2009 г.; с 02.07.2010 г. по 18.08.2010 г.; с 13.02.2011 г. по 04.05.2011 г.) в связи с агрессивными тенденциями по отношению к близким, бредовыми идеями отношения, воздействия.

При госпитализации с 13.02.2011 г. по 04.05.2011 г. проявляла агрессию к родителям, высказывала бредовые идеи преследования, считала, что “родители не настоящие, а подставные, настоящие закопаны на кладбище”. Сестру обвиняла в том, что та лишила ее работы. Критики к переживаниям не было. При поступлении была тревожна, напряжена. Активно высказывала бредовые идеи преследования, заявляла, что ее родные мать и отец генетики, отец был профессором. Люди, с которыми живет сейчас, выжили настоящих родителей из

квартиры и убили их, сейчас подделываются под ее настоящих родителей. Считала, что сестра также не настоящая. Говорила, что сестра убила одну из пациенток, когда она (пациентка) раньше работала в медицинском учреждении. Якобы сестра влила в дыхательную трубку раствор сальбутамола. Заявляла, что в связи с этим ее регулярно вызывали в суд и последний раз в суде угрожали расстрелом. Заявляла, что сестра хотела отравить ее, вместо витаминов подложила удобрение. Мышление было непоследовательным, паралогичным. Наличие “голосов” отрицала, галлюцинаций не было. Эмоционально выхолощена. Критики к состоянию нет. На фоне лечения состояние постепенно стабилизировалось, продуктивная симптоматика была купирована. Выписана под наблюдение ПНД с диагнозом: “Шизофрения параноидная, параноидный синдром” и рекомендацией приема поддерживающей терапии.

С 06.03.2012 г. по 10.07.2012 г. вновь находилась на стационарном лечении в ПБ с диагнозом: “Шизофрения параноидная форма. Параноидный синдром”. На фоне отказа от приема поддерживающей терапии состояние изменилось в течение 3 дней: стала взбудораженной, агрессивной, ударила мать табуреткой, набрасывалась на отца. Требовала 400 000 тыс. рублей отдать врачу ПНД, что бы он освободил ее от принудительного лечения. Шантажировала, что если ей не дадут денег, то она всех обольет бензином и подожжет. В приемном покое была напряжена, негативистична, но на лечение согласна. Переживания полностью не раскрывала. В отделении была тревожна, взбудоражена, разговаривала на повышенных тонах, речь была ускорена. Данные направления отрицала. Заявляла, что все, что написано – “вранье”, родственники на нее наговорили. Говорила, что действительно требовала у родителей деньги, но это была шутка. Наличие “голосов” категорически отрицала. Высказывала негативное отношение к родителям и сестре, обвиняла их в употреблении алкоголя, в плохом отношении. Считала, что они хотят от нее избавиться, лишить жилплощади. Мышление было непоследовательное, паралогичное, критики к состоянию не было. Высказывала идеи отношений в адрес окружающих. Отмечался эпизод психомоторного возбуждения, когда она била по столу кулаком, была требовательна, не поддавалась вербальной коррекции. В дальнейшем режим отделения не нарушала, включалась в трудовые процессы (помогала

в буфете). Отмечались изменения личности процессуального характера, была подчиняема, бредовых идей не высказывала, обманы восприятия не обнаруживала. Была доброжелательно настроена в адрес родителей. На свиданиях с матерью вела себя удовлетворительно, была амбивалентна в высказываниях относительно планов на будущее, то высказывала планы о дальнейшем обучении, то говорила “посижу на инвалидности”, то о работе “горничной”. Мышление было непоследовательное, без агрессивных и аутоагрессивных тенденций. В отделении общалась избирательно, эмоционально выхолощена. Выписана под наблюдение ПНД в сопровождении матери с рекомендацией приема поддерживающей терапии.

Со слов подэкспертной, в течение недели до правонарушения работала посудомойщицей в ресторане. Ранее бросалась с ножом на отца, но он заявление в милицию не писал. 31.07.2012 г. родители злоупотребляли алкогольными напитками, взяли у больной деньги на спиртное. На этом фоне произошел конфликт. С. взяла кухонный нож и нанесла отцу не менее 4 ударов в шею и спину, от чего наступила его смерть. 01.08.2012 г. больная сама обратилась в приемный покой ПБ и была госпитализирована, 06.08.2012 г. она была переведена в СИЗО с диагнозом: “Шизофрения параноидная, обострение”. Была привлечена к уголовной ответственности по ч.1 ст.105 УК РФ, в ходе следствия 27.09.2012 г. ей была проведена стационарная СКППЭ. Комиссия пришла к заключению, что С. страдает шизофренией параноидной с непрерывным типом течения, рекомендовалось признать ее невменяемой и направить на принудительное лечение в психиатрический стационар специализированного типа. Постановлением суда от 10.12.2012 г. С. была освобождена от уголовной ответственности, ей было назначено принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа.

Приведенный пример клинического наблюдения отражает сложность и ответственность предупреждения опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами, значение внебольничных подразделений психиатрической службы в его обеспечении.

Общественная опасность пациентки определялась наличием как продуктивной, так и негативной психо-

патологической симптоматики, выраженной прогрессивностью заболевания. Следует отметить, что, несмотря на неоднократные госпитализации в психиатрический стационар, наблюдение участковым психиатром, имевшаяся у больной психопатологическая симптоматика, социальные факторы риска, нашедшие отражение в медицинской документации, не были в достаточной степени оценены с точки зрения ее потенциальной общественной опасности. Таковыми являлись высказывания больной о намерении причинить вред, об убийстве родственников, с которыми она совместно проживала, стойкие бредовые идеи отношения. В дальнейшем у пациентки на фоне прогрессивности болезненного процесса, нарастания негативной симптоматики с выраженной эмоциональной измененностью, отсутствием критики к болезненному состоянию и переживаниям появилось стойкое негативное отношение к родителям и сестре.

При наличии указанных расстройств и высказываний, отсутствии критики к заболеванию и переживаниям, приверженности к лечению, до совершения первого опасного деяния (нанесение телесных повреждений сестре) имеющееся у С. хроническое психическое расстройство было диагностировано как “простая шизофрения”, меры специальной профилактики опасного поведения (установление активного диспансерного наблюдения) в отношении нее не были применены.

Следует помнить, что применение специальных мер профилактики – установление за пациентами без криминального анамнеза, но склонных по психическому состоянию к совершению опасных действий активного диспансерного наблюдения – является действенной мерой их профилактики. Как уже было сказано выше, данный вид наблюдения регламентирует периодичность осмотров участковым психиатром, контроль соблюдения врачебных рекомендаций, взаимодействие с органами полиции по обеспечению должного наблюдения за больными. Включение С. в группу АДН еще до совершения

первого ООД было бы целесообразно в целях первичной профилактики ее опасного поведения.

Совершение С. как первого, так и повторного опасного действия (нанесение телесных повреждений сестре, убийство отца) было обусловлено как болезненными переживаниями (бредовыми идеями отношения, нарушением критических способностей, выраженной патологией эмоционально-волевой сферы), так и неблагоприятными социальными факторами (алкоголизацией родителей, провоцирующим поведением потерпевшего).

Наряду со значением специальных мер профилактики опасных действий, данный клинический пример подчеркивает востребованность мультидисциплинарного подхода к оказанию помощи больным с риском опасного поведения. Без работы по психообразованию с формированием у пациентки приверженности лечению, проведения длительной поведенческой психотерапии, работы с родственниками как в период принудительного лечения в психиатрическом стационаре, так и в амбулаторных условиях, предупреждение совершения С. повторных опасных действий представляется затруднительным.

В целом на сегодняшний день необходимо совершенствовать мероприятия как первичной, так и вторичной профилактики ООД, что определяет необходимость исполнения нормативных требований к формированию группы АДН и обеспечению порядка данного вида наблюдения, а также контроля качества профилактической деятельности внебольничных подразделений психиатрической службы.

Глава 6

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Существенной составляющей повышения качества и эффективности работы по профилактике опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами, во внебольничных условиях является ее информационное обеспечение и организация мониторинга.

К основным задачам такого мониторинга относятся: изучение динамики общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами, и показателей деятельности медицинских организаций, оказывающих психиатрическую помощь в амбулаторных условиях; оценка качества превенции опасных действий психически больных; обеспечение информационной поддержки изменений нормативно-правового регулирования, законодательных инициатив, направленных на повышение эффективности профилактической работы.

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

Действующая система контроля качества работы по профилактике опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами, включает *государственный контроль*, осуществляемый судами, прокуратурой, аппаратом Уполномоченного по правам человека; *ведомственный контроль*, проводимый федеральными органами исполнительной власти (МЗ РФ, Росздравнадзор) и органами исполнительной власти субъектов РФ; *внутренний*

контроль, обеспечиваемый заведующими отделениями, заместителями главного врача, врачебными комиссиями медицинских организаций и *вневедомственный контроль*, участниками которого являются медицинские ассоциации, общества защиты прав потребителей медицинских услуг и иные общественные организации.

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

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

При оценке необходимо сопоставлять ресурсное обеспечение профилактической работы с действующим Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, который, как известно, регламентирует перечень структурных подразделений психиатрической службы, а также положения о них, их оснащение и штатные нормативы.

К примеру, действующий в настоящее время Порядок (утв. Приказом Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 г. № 566) предусматривает наличие в медицинских организациях кабинетов активного диспансерного наблюдения и амбулаторного принудительного лечения; отделений медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях; лечебно-производственных мастерских; медико-реабилитационных отделений для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов,

утративших социальные связи. Указанные структурные подразделения имеют непосредственное отношение к обеспечению качества работы по профилактике ООД психически больных в амбулаторных условиях. Их отсутствие в региональных психиатрических службах и крупных медицинских организациях психиатрического профиля свидетельствует о недостаточном ресурсном обеспечении процесса оказания психиатрической помощи, в том числе в сегменте внебольничной превенции опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами.

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

Анализ результата включает сопоставление фактически достигнутых показателей деятельности по профилактике общественной опасности с научно обоснованными критериями ее эффективности. К значимым критериям, позволяющим оценить результативность внебольничной профилактики, относятся: количество опасных действий, совершенных лицами, страдающими тяжелыми психическими расстройствами, проживающими на территории обслуживания медицинской организации; показатели совершения ООД больными, находящимися под АДН и на АПНЛ; структура и численность группы АДН; полнота реализации индивидуальных программ реабилитации; показатель повторности ООД; а также длительность временного периода, в течение которого больные не совершали ООД после отмены принудительного лечения. Важным для оценки качества является также мнение пациентов о деятельности службы, удовлетворенность оказываемой помощью, качество их жизни.

В настоящее время большая часть показателей, позволяющих оценить эффективность профилактики опасных действий психически больных, включена в официальную статистическую отчетность, ежегодно предоставляемую органами управления здравоохранения субъектов Российской Федерации в Минздрав России. Их анализ дает информацию о силах и средствах, которыми располагают медицинские организации, оказывающие психиатрическую помощь в амбулаторных условиях, основных направлениях этой деятельности и ее эффективности.

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

Ниже в качестве примера представлены результаты научного анализа результатов мониторинга деятельности психиатрической службы страны по предупреждению общественно опасных действий психически больных во внебольничных условиях.

Использованы данные Государственных статистических отчетов за 2006–2014 гг. по России и субъектам Российской Федерации: “Сведения о контингентах больных с психическими расстройствами, находящихся под активным диспансерным наблюдением и на принудительном лечении” (отчетная форма № 36-ПЛ). Проанализированы также общие психиатрические отчеты (отчетная форма №10 “Сведения о заболеваниях психическими расстройствами и расстройствами поведения...”, отчетная форма №36 “Сведения о контингентах психически больных”) в части показателей, имеющих отношение к профилактике опасных действий психически больных.

За период с 2006 по 2014 гг. количество ООД, совершенных больными с тяжелыми психическими рас-

стройствами, исключаящими вменяемость, уменьшилось на 14,4%. Несмотря на позитивную динамику этого показателя, результаты мониторинга позволяют сделать вывод о наметившейся в последние годы тенденции к некоторому снижению активности работы внебольничных подразделений психиатрической службы по первичной профилактике опасных действий психически больных.

Произошло уменьшение (на 17,4% – с 376,5 на 100 тыс. населения в 2006 г. до 311,0 на 100 тыс. населения в 2014 г.) числа впервые выявленных лиц с психическими расстройствами. Обращает на себя внимание значительное снижение показателей выявления шизофрении (на 28,5%) и умственной отсталости (на 29,4%).

Сократился контингент пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением участкового психиатра – соответствующий показатель уменьшился на 13,7% (с 1240,3 на 100 тыс. населения в 2006 г. до 1070,5 на 100 тыс. населения в 2014 г.).

Анализ применения предусмотренных Законом РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” недобровольных видов помощи выявил незначительный рост показателя недобровольных госпитализаций (с 41,6 на 100 тыс. населения в 2006 г. до 44,4 на 100 тыс. населения в 2014 г.). Показатель недобровольных освидетельствований больных имел выраженную отрицательную динамику. Его сокращение составило 37,3% (с 5,04 на 100 тыс. населения в 2006 г. до 3,16 на 100 тыс. населения в 2014 г.).

Настораживающим является ежегодное уменьшение числа лиц, находящихся под активным диспансерным наблюдением в психиатрической службе. Исследование динамики данного показателя свидетельствует о его снижении в среднем по РФ за 9 лет на 13,7%. Этот факт может быть связан как с уменьшением количества пациентов, представляющих потенциальную опасность, так и с недостаточным вниманием участковых психиатров к данной проблеме.

Как было сказано в главе 2 настоящей монографии, при решении вопроса о необходимости установления за больным активного диспансерного наблюдения особое значение имеет оценка риска общественно опасного поведения. На трудность адекватной индикации такого рода пациентов указывают результаты анализа показателей официальной статистики. Согласно данным, полученным из отчетов психиатрических учреждений, в 2014 г. в целом по России под АДН состояло 50 095 человек. Интенсивный статистический показатель количества потенциально опасных больных, включенных в группу АДН, в 2014 г. был равен 34,4 на 100 тыс. населения. Его значение имело существенные различия в части территорий РФ (11,6 на 100 тыс. населения в Саратовской области; 13,0 – в Курганской области; 17,5 – в г. Санкт-Петербург и 124,3 – в Калужской области; 108,0 – в Оренбургской области). Столь выраженная диспропорция данного показателя вызывает сомнения в полноте исполнения в части субъектов РФ норм приказа МЗ РФ и МВД РФ от 30.04.1997 г. № 133/269 и свидетельствует об отсутствии единообразия в оценке потенциальной опасности психически больных.

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. В 2014 г. в среднем по РФ таких больных было 76,0% в структуре группы АДН. Лица, ранее не совершавшие ООД и находившиеся под АДН по решению комиссии врачей-психиатров в связи с наличием у них симптомов, обуславливающих потенциальную опасность, составляли соответственно 24,0%.

Хотя в целом по стране число таких больных в группе АДН в последние годы несколько увеличилось, в части территорий подобная динамика отсутствует. В 2014 г. в 31 регионе их доля была меньше 10,0%, а в 20 субъектах РФ составляла менее 5,0%. В указанных случаях можно

констатировать не вполне удовлетворительную работу внебольничных подразделений региональных психиатрических служб по первичной профилактике ООД.

Наряду с наличием вопросов, требующих своего решения на территориальном уровне, мониторинг работы амбулаторных подразделений психиатрической службы страны по профилактике опасных действий психически больных за период 2006–2014 гг. свидетельствует о позитивной динамике показателей, характеризующих ее эффективность. Значительно (на 27,6%) уменьшилось число пациентов, совершивших в течение года ООД, и при этом находившихся под наблюдением участковых психиатров. В группе АДН это сокращение было еще более существенным и составило 46,3%, что свидетельствует о повышении качества профилактической работы.

В 2014 г. из числа больных, в отношении которых исполнялись ПММХ, 32,2% находились на принудительном наблюдении и лечении у психиатра в амбулаторных условиях. В 2006 г. этот показатель был значительно меньше и составлял лишь 22,0%. Перевод больных на АПНЛ после принудительного лечения в стационаре все в большей степени предшествует принятию судом решения об отмене ПММХ, что во многом определяет указанную динамику показателя. На сегодняшний день данный вид ПЛ занимает важное место в деятельности медицинских служб, осуществляющих профилактику ООД психически больных. Однако результаты мониторинга свидетельствуют о наличии субъектов РФ, в которых АПНЛ имеет крайне ограниченное применение (Новгородская, Ивановская, Омская области и др.), несмотря на наличие данного вида ПЛ в УК РФ с 1996 г.

Анализ числа повторных ООД, совершенных в период проведения АПНЛ, подтверждает значительную положительную динамику этого показателя в целом по стране. Повторное ООД в течение 2014 г. в РФ совершили 479 больных, или 4,1% от среднегодового числа пациентов, находившихся на АПНЛ, что значительно меньше, чем

в 2006 г. (10,4%). В первую очередь это можно объяснить повышением качества лечебно-реабилитационной работы участковых психиатров.

В последние годы наблюдается увеличение продолжительности пребывания больных на АПНЛ. В 2014 г. она составила 656,2 дня, что значительно (на 46,6%) больше показателя 2006 г. (447,7 дней). Сопоставив приведенные данные, можно расценить увеличение срока пребывания на АПНЛ как один из факторов, способствующих повышению его эффективности.

К сожалению, указанные показатели имеют выраженные территориальные различия. К примеру, величина средней длительности пребывания больного на АПНЛ колеблется от нескольких месяцев до 5 и более лет в различных субъектах РФ. Необходимо, чтобы продолжительность исполнения ПЛ определялась эффективностью проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий, достижением редукции общественной опасности больного, это обуславливает важность применения адекватных клинических критериев отмены АПНЛ, проведения ведомственного контроля качества его исполнения, что исключит возможность столь выраженных региональных диспропорций показателей. Целесообразно также создание региональных регистров пациентов, находящихся на АПНЛ, их наличие позволит проводить оценку адекватности и эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий в отношении конкретного больного.

В целом результаты проведенного мониторинга качества и эффективности работы психиатрической службы страны по внебольничной профилактике опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами, свидетельствуют о наличии некоторой позитивной динамики ряда показателей, ее характеризующих. За период с 2006 по 2014 гг. уменьшилось количество ООД, совершенных лицами с тяжелыми психическими расстройствами, признанных в судебном порядке невменяемыми на

период совершения противоправных деяний; снизились показатели их повторности.

Наряду с определенными успехами имеют место значительные территориальные различия в ресурсном обеспечении и качестве профилактической работы, что ежегодно находит отражение в данных государственной отчетности и подтверждает наличие проблем в организации системы судебно-психиатрической профилактики в части регионов.

Нельзя признать удовлетворительными темпы организации кабинетов активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения. Их наличие в крупных ПНД является необходимым условием эффективной профилактики опасных действий психически больных.

Фактом, вызывающим беспокойство, можно считать также некоторое снижение активности деятельности внебольничных подразделений психиатрической службы по профилактике ООД психически больных. Об этом, в частности, говорит ежегодное уменьшение контингента пациентов, находящихся под активным диспансерным наблюдением, сокращение количества недобровольных освидетельствований. Опыт взаимодействия с психоневрологическими диспансерами, анализ медицинской документации лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших ООД, свидетельствует также об актуальности проблемы оценки потенциальной опасности больных при решении вопроса о целесообразности применения специальных мер профилактики.

С учетом изложенного, важными направлениями оптимизации внебольничной судебно-психиатрической профилактики могут стать: дальнейшее совершенствование ее нормативной правовой базы и организационно-методического обеспечения, обновление профильных ведомственных приказов; регламентация требований к организации и ресурсному обеспечению работы по профилактике опасных действий психически больных в

субъектах РФ и контроль их исполнения. По-видимому, главным психиатрам территорий и федеральных округов необходимо переосмыслить социальное значение данной проблемы, проводить самостоятельный мониторинг и оценку качества профилактической работы психиатрических служб на региональном уровне; инициировать разработку региональных межведомственных целевых программ по предупреждению ООД психически больных.

Перспективным также представляется формирование комплексной структурированной *процедуры оценки риска опасного поведения у больных тяжелыми психическими расстройствами* с использованием клинического и статистического методов, применение которой будет способствовать повышению качества оценки, ее объективизации и доказательности. Реализация предложенных мер позволит повысить эффективность работы по профилактике опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами.

Глава 7

ВОПРОСЫ ОЦЕНКИ РИСКА ОБЩЕСТВЕННОЙ ОПАСНОСТИ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ⁵¹

Проблема влияния психических расстройств на формирование опасного поведения, оценка его риска и разработка мер медицинской профилактики сохраняет свою актуальность для психиатрического сообщества, что отчасти определяется резонансными правонарушениями, участниками которых были психически нездоровые лица, а также сохраняющимся высоким процентом их повторности. Ее решение требует дальнейшей научной проработки с формированием единообразной стратегии действий, понятных и выполнимых специалистами психиатрической службы.

Лица с тяжелыми психическими расстройствами, исключаящими вменяемость, ежегодно совершают порядка 1% от числа преступлений, повлекших возбуждение уголовного дела в нашей стране. Многочисленные исследования специалистов ГНЦССП им. В.П. Сербского показали, что сам факт наличия психического расстройства не является “фатальной причиной” совершения ООД, однако именно эти расстройства становятся медицинским критерием невменяемости и в них причина того, что лишает больного возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими (Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В., 1999; Кондратьев Ф.В., 2006).

Проблема оценки риска опасного поведения психически больных является одной из центральных в деятельности участкового психиатра. Участковый психиатр должен соизмерять риск совершения больным обществен-

⁵¹ Настоящая глава подготовлена по материалам публикаций С.В. Полубинской (2008–2015 гг.), О.А. Макушкиной (2014–2016 гг.).

но опасного деяния при решении вопроса о целесообразности применения в отношении него специальных мер профилактики, в частности – о включении его в группу активного диспансерного наблюдения либо выведении из нее. В его обязанности входит решение вопроса о сохранении либо отсутствии риска общественной опасности пациента, находящегося на АПНЛ, так как именно это определяет достижение указанной в ст.98 УК РФ цели исполнения ПММХ и возможность отмены, изменения либо продления принудительного лечения.

Совершение лицами с психическими расстройствами действий, в результате которых причиняется серьезный физический вред другим людям, зачастую рассматривается как один из показателей неэффективности деятельности психиатрической службы. В этой связи врачам-психиатрам и иным специалистам, участвующим в оказании психиатрической помощи, следует уделять специальное внимание оценке риска такого поведения пациентов. Данный прогноз необходим для планирования индивидуально ориентированных лечебно-реабилитационных мероприятий и служит целям первичной и вторичной психиатрической профилактики.

Оценка риска совершения общественно опасных действий представляет значительные трудности, поэтому ее разработкой занимаются специалисты многих стран. Критериями, служащими мерой такой оценки, являются факторы риска опасного поведения. Знание этих критериев важно для медицинских работников, чья деятельность связана с определением потенциальной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами.

В этой связи в зарубежной литературе на протяжении многих лет обсуждается проблема раннего выявления признаков, позволяющих предвидеть возможность совершения больным общественно опасных действий. Один из первых наборов критериев был опубликован в США (Burgess P., 1928). Первая немецкая прогностическая таблица восходит к 1936 г. После Второй мировой войны

и до 70-х гг. включительно были проанализированы обширные массивы данных с целью дать характеристику потенциального правонарушителя. Такого рода списки включали самый разный объем критериев – от 3, а именно ночное недержание мочи, истязание животных и поджоги, до списков более чем из 80 пунктов. В зарубежной литературе известны 3 различных подхода, с помощью которых может вырабатываться прогноз.

Интуитивный подход. Им пользуются судьи, которые на основании своих общих теоретических познаний и субъективного опыта должны решить, какое наказание или освобождение от него представляется оправданным или имеющим смысл в зависимости от деликта и личности правонарушителя.

Статистический подход. Он основан на эмпирических исследованиях, которые выявляют такие факторы, которые статистически коррелируют с высокой рецидивностью или рассматриваются экспертами как индикаторы высокой рецидивности.

Клинический подход. На основании тщательного анамнестического исследования больного, включая анамнез заболевания и делинквентности, производится экстраполяция из прошлого через настоящую ситуацию в будущее.

Судебные психиатры предпочтение отдавали так называемому клиническому криминальному прогнозу, который на первый план выводит индивидуальный прогностический опыт и как можно более тщательное обследование.

Начиная с 70-х гг. способность психиатров вырабатывать криминальный прогноз критически пересматривалась. При этом исследователи ссылались, прежде всего, на катamnестические данные, указывая, что при формулировании прогноза психиатры в 3 раза чаще ошибались, чем оказывались правы (Steadman H.J., 1983; Rusche J., 2003). Однако, несмотря на критику, были предприняты исследования, в которых была сделана попытка прояс-

нить связь между насилием и психическим заболеванием. На основании этих исследований и разработанного при их проведении инструментария было улучшено качество прогностических методик. При этом прогностическими методиками, ориентированными на критерии, считаются такие, которые не только позволяют надежно получать отдельные переменные, но и подвергать их методически отточенным взвешиванию и расчету, чтобы получить прогностическую модель.

В то время как прежде вопросы об оценке риска формулировались следующим образом: “Кто совершит рецидив?”, “Какова вероятность совершения рецидива?” и “Какие факторы риска мы можем выделить в данном случае?”, сегодня вопросы должны формулироваться несколько иначе: “У кого, когда, при каких обстоятельствах, в какой форме произойдет рецидив деликта, и как можно его предотвратить?”. Различие состоит в том, что учитываются как индивидуальные признаки, которые выражаются в таких например, связанных с личностью факторах риска, как диссоциальность, заболевание, криминальное прошлое, так и временное измерение. Следует ли ожидать рецидив, например, сразу же после выписки? При этом вопрос охватывает также и ситуативную обусловленность потенциального рецидива (при каких обстоятельствах?), а именно, следует ли его опасаться уже в учреждении, или же при ослаблении режима, или только когда больной предоставлен полностью самому себе, или же только в специфических кризисных ситуациях. Наконец, ставится необходимый вопрос об адекватном вмешательстве для предотвращения рецидива – какого рода терапия и какая степень контроля достаточны, чтобы предотвратить возможный рецидив.

Н. Недопил (1997–2008) предложил 3 различных оценочных концепции.

1. Идеографическая концепция, при которой в основание оценки кладется привычная (наработанная) форма поведения, склонная к повторению.

2. Номотетическая концепция, согласно которой, эмпирические знания, полученные в большом числе исследований, применяются к отдельному случаю. Эта концепция лежит в основе применяемого сегодня прогностического инструментария, основанного на эмпирических исследованиях. Но и этой концепции одной все же часто оказывается недостаточной и она едва ли делает возможным индивидуальный прогноз.

3. Концепция ведущей гипотезы, которая основана на разработке индивидуальной гипотезы генеза деликта. При этом необходимо установить специфические факторы риска, которые лежат в основе гипотезы. Ценную помощь в этом оказывает прогностический инструментарий (методики). Затем следует проверить, продолжают ли сохраняться факторы риска в данном отдельном случае, насколько они актуальны и, при необходимости, насколько они компенсированы протективными факторами. При этом выработка прогноза становится процессом, который позволяет применить эмпирическое знание к отдельному случаю.

В большом числе публикаций указывается, что такого рода методики позволяют достичь большей точности в прогнозе криминального рецидива, чем клинические методы, при условии их применения профессионалами. В последние годы было собрано и сведено в каталоги большое число критериев, которые должны позволить улучшить прогностическую оценку деликвентного и, особенно, агрессивного или сексуально девиантного поведения. При этом оказывается, что клинический опыт и эмпирические исследования позволяют получить по меньшей мере сравнимые предикторы в широком диапазоне. Почти во всех методиках преобладают анамнестические и объективно устанавливаемые данные.

В научном сообществе накоплен большой материал относительно определения факторов риска опасных действий психически больных. К ним относят: гендерную принадлежность (Hiday V.A., Swartz M.S., Swanson J.W. et

al., 1998; Dean K., Walsh E., Mortan P., Tyrer P., Creed F. et al., 2006), молодой возраст, проблемы формирования личности в детском возрасте, виктимизацию (Lehman A.F., Linn L.S., 1984; Cascardi M., Mueser K.T., De Giralomo J. et al., 1996; Brekke J.S., Prindle C., Bae S.W., Long J.D., 2001; Silver E., 2002; Wallace C., Mullen P.E., Burgess P., 2004; Teplin L.A., Mc Clelland G.M., Abram K.M., Weiner D.A., 2005), наличие личностного расстройства, опыта участия в насильственных действиях в различной роли (преступника, жертвы, свидетеля), отсутствие жилья, сексуальную активность, молодой возраст проявления криминального поведения (Elbogen E., 2009; и др.), социальную и экономическую дезадаптацию, особенности совершения ООД (Swanson J.W., Holzer C.E., Gangu V.K., Jono R.T., 1990; и др.), низкий образовательный уровень (Link B.G., Andrews H., Cullen F.T., 1992; и др.), а также неблагоприятное социальное окружение и место проживания (Silver E., Mulvey E.P., Monahan J., 1999), индивидуальные личностные особенности (ценностная ориентация, потребностно-мотивационная сфера) (Кондратьев Ф.В., 2006), создание вокруг личности, имеющей психическое расстройство, негативной обстановки, в том числе вследствие переоценки опасности для общества и др.

Важнейшим фактором, определяющим повышение риска совершения опасных действий, является употребление психоактивных веществ, в первую очередь алкоголя и наркотиков (Fulwiler C., Grossman H., Frobes C., Ruthazer R., 1997; Wallace C., Mullen P.E., Burgess P., 2004; и др.). Отказ от лечения или несоблюдение лечебных предписаний также являются значимыми факторами риска. Высказывается мнение о том, что несоблюдение режима лечения и употребление психоактивных веществ представляют собой главные причины общественной опасности больных.

Признанным фактором риска опасного поведения считается патологический склад личности (Monahan J., 2002; и др.), наличие таких черт как агрессия, ригидность,

возбудимость, мстительность и др. Личность больного рассматривается центральным фактором в формировании детерминанты социально приемлемого или социально опасного поведения психически больных многими исследователями – психиатрами, психологами и криминологами (Антонян Ю.М., Гульдман В.В., 1991; Кондратьев Ф.В., 2006). При этом влияние психопатологии оценивается с позиции возможного блокирования, извращения или ограничения свободы личности и “возможности организовать ее адекватно ситуации” (Кондратьев Ф.В., 2006).

Факторы риска общественной опасности исследователи систематизируют по основаниям, как связанным с клинико-психопатологическими особенностями заболевания, личностью больных, так и с социальными, географическими и иными условиями их жизнедеятельности (Link B.G., Andrews H., Cullen F.T., 1992; Silver E., Mulvey E.P., Monahan J., 1999; Swanson J.W., Swartz M.S., Essock S.M. et al., 2002; и др.).

В зависимости от подхода, взятого за основу в той или иной исследовательской работе по оценке факторов риска, авторы выделяют различное их количество и разные группы. К примеру, в исследовании, проведенном по инициативе Фонда Mac Arthur, для оценки риска рассматривалось более 100 факторов (Monahan J., 2002).

По мнению J. Monahan (1984), наилучшими предикторами проявления насилия среди психически больных являются те же демографические факторы, что и в группе психически здоровых преступников; один из самых слабых факторов риска – диагноз. Данную точку зрения разделяли J. Bonta, K. Hanson, M. Law (1998), указывая, что более важными критериями для предсказания риска опасного поведения, по сравнению с нозологической принадлежностью, являются такие факторы, как совершение актов насилия в прошлом, алкоголизм или наркомания, семейные проблемы (Bonta J., Hanson K., Law M., 1998). Однако другие исследователи отмечали наличие связи между частотой насильственных преступлений и опреде-

ленным психиатрическим диагнозом (Taylor P., 1982; Binder R. & McNeil D., 1988).

По существу в настоящее время нет четкого понимания ведущего предиктора опасных действий психически больных: психическое расстройство, личность или условия жизнедеятельности? Возможно, ответ на данный вопрос лежит в плоскости ситуационного анализа: в зависимости от ситуации меняется значимость этих групп факторов в генезе опасного деяния. И это во многом определяет сложность решения проблемы оценки риска опасного поведения, так как, несмотря на возможность определения основного паттерна поведения конкретной личности, многообразие ситуаций, в которых может оказаться больной и вариабельность ответа на них его психики, значительно затрудняет точность прогноза относительно потенциального риска совершения ООД.

Определение потенциального риска опасного поведения больного, как уже было сказано, является неотъемлемой частью повседневной деятельности участкового психиатра. Отечественные психиатры предлагали различные способы его оценки (Шумаков В.М., 1979; Кондратьев Ф.В., 1984, 1987; Котов В.П., Мальцева М.М., 2001, 2005; Иванова А.А., 2007; Булыгина В.Г. и др., 2012; Кузнецов Д.А., 2013; Макушкина О.А., 2014–2015; и др.). При этом указывалось на целесообразность исходить из ряда клинических и социально-психологических признаков, характеризующих того или иного пациента. Имелись в виду, в частности, данные анамнеза о направленности социальной (антисоциальной) активности пациента, уровне его социально-трудовой адаптации (дезадаптации), его личностных особенностях, а также ряде клинико-динамических проявлений заболевания. Самостоятельное значение придавалось характеру совершенного ООД и, особенно, клиническим проявлениям психического расстройства в период принятия решения о потенциальной общественной опасности пациента.

В советский и постсоветский периоды исследователи в данной области предлагали проводить количественную оценку 2 показателей: вероятности и тяжести ожидаемого деяния (Шишков С.Н., 1987; Котов В.П., Мальцева М.М., 1995). Однако надо сказать, что эти показатели далеко не всегда идут параллельно.

Предполагалось, что каждый из них целесообразно оценивать по 5-балльной шкале. При этом для оценки опасности деяния использовалась градация тяжести преступлений, приведенная в УК РФ. В соответствии с этим все ООД могут быть оценены в баллах: 0 – неопасные деяния, 1 – деяния небольшой тяжести, 2 – средней тяжести, 3 – тяжкие, 4 – особо тяжкие.

Была предложена также следующая градация для ранжирования вероятности ООД: 0 – отсутствие вероятности ООД; 1 – малая вероятность, 2 – условная вероятность, 3 – безусловная вероятность (т.е. возникающая только в определенной ситуации), 4 – высокая вероятность ООД.

Суммарный индекс общественной опасности больного с учетом оценки его в баллах по 2 рассмотренным параметрам выражался как среднее арифметическое между ними. Если прибегнуть к математическому языку, то сказанное можно выразить следующей формулой.

$$O = \frac{T + B}{2}, \quad \text{где}$$

O – степень (индекс) общественной опасности больного,

T – тяжесть прогнозируемого деяния в баллах,

B – вероятность его совершения в баллах.

К больным с минимальной общественной опасностью, приближающейся к нулю, не рекомендовалось применять принудительные меры медицинского характера. К таким лицам относились больные с индексом общественной опасности, не превышающим единицы (от 0 до 1).

Следующий интервал (от 1 до 1,5) соответствовал применению наиболее мягкой из принудительных мер медицинского характера – амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра.

Более высокие показатели “О” были связаны со стационарным принудительным лечением. Если у пациента, находящегося на стационарном принудительном лечении, индекс общественной опасности достаточно долго держался в интервале от 1 до 1,5, в соответствии с данной методикой он подлежал переводу на АПНЛ. Наоборот, если у диспансерного больного этот индекс превышал 1,5, его следовало либо госпитализировать в недобровольном порядке, либо перевести на один из видов принудительного лечения в стационаре, если же индекс стойко держался на уровне ниже 1, больной подлежал выведению из группы АДН и прекращению АПНЛ.

При кажущейся простоте данной методики, она не имела повсеместного применения, возможно, из-за ряда вопросов, возникавших у специалистов относительно оценки используемых в ней показателей, отсутствия описанных авторами четких критериев и алгоритма вынесения суждения о величине вероятности совершения ООД, а также о возможности вынесения суждения о тяжести прогнозируемых опасных деяний особенно у пациентов, которые ранее их не совершали. На сегодняшний день нам не известны результаты катamnестических исследований относительно точности прогноза общественной опасности больных с использованием приведенной формулы.

Сложившаяся в нашей стране практика оценки риска опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами, в том числе при определении необходимости установки за ними активного диспансерного наблюдения, основывается на использовании преимущественно клинического подхода в соответствии с дифференциацией потенциально опасных пациентов по клинико-социальным особенностям.

Факторы, значимые в генезе общественной опасности больных, как правило, подразделяют на группы нозологических (клинико-психопатологических), личностных и социальных. В качестве клинико-психопатологических факторов риска опасного поведения рассматриваются: массивность и выраженность продуктивной психопатологической симптоматики, приводящей к нарушениям поведения; персонифицированные бредовые переживания, особенно сопровождающиеся аффективной напряженностью; значительная прогрессиентность заболевания с нарушением критических способностей; нонкомплайентность пациента; злоупотребление алкоголем, наркотиками и иными ПАВ; наличие психопатоподобных состояний с повышенной возбудимостью и конфликтностью, упорными антисоциальными установками и криминальной активностью, с расторможенностью влечений, имеющих асоциальную направленность; высокая агрессивность с низким самоконтролем и неспособностью к опосредованию своих действий даже в нейтральных ситуациях; депрессивные состояния с бредовыми идеями самообвинения и др.

К значимым социально-психологическим факторам риска отнесены: социальная дезадаптация (отсутствие семьи, работы или низкий профессиональный уровень, жилищно-бытовая неустроенность, материальная необеспеченность); конфликтные отношения в семье, провоцирующее поведение лиц ближайшего окружения; повторность противоправного деяния как до, так и после начала заболевания; адаптация в антисоциальной среде с игнорированием посещения участкового психиатра, отказ от лечения или несоблюдение врачебных предписаний; нарушения больничного режима при прежних госпитализациях и др.

При этом в процессе вынесения психиатрами решения о потенциальной общественной опасности больного доминирующим является клинический подход. В частности, в соответствии с действующей Инструкцией, утвержденной

приказом МЗ России и МВД России от 30 апреля 1997 г. №133/269 “О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами”, в группу лиц, подлежащих активному диспансерному наблюдению по причине их склонности к общественно опасным действиям, рекомендуется включать больных, совершивших в течение жизни ООД, а также пациентов, представляющих потенциальную опасность в силу наличия у них болезненных симптомов, обуславливающих склонность к совершению общественно опасных действий. В Инструкции отсутствует указание на необходимость анализа и оценки иных факторов риска опасного поведения.

По поводу применения неструктурированной клинической оценки для принятия решения о потенциальной опасности больного существуют противоположные точки зрения – от констатации низкой надежности метода по причине возможного субъективизма специалистов, наличия различий в их подготовке и клиническом опыте; стремления к “перестраховке” и “переоценке” риска опасности; недостаточного спектра критериев; низкой валидности метода; невозможности воссоздания процесса принятия решения и проверки его точности (Monahan J., 1992; Link B.G., Andrews H., Cullen F.T., 1992; Webster C.D., Harris G.T., Rice M.E. et al., 1994) до признания преимущества метода клинического наблюдения над другими (Brekke J.S., Prindle C., Bae S.W., Long J.D., 2001; Silver E., 2002).

При доминировании клинико-психопатологического подхода к оценке риска опасного поведения психически больных социальные факторы риска, а также личность больного, структура и иерархия мотивов, самооценка и уровень притязаний, особенности реагирования, агрессивность, критические способности и способность к самоконтролю, саморегуляции далеко не всегда анализируются специалистами при принятии решения о потенциальной опасности. Между тем патология личности

рассматривается в качестве одного из ведущих факторов риска насилия большим числом исследователей; научно обоснованным является взаимодействие расстройства психики с личностными особенностями больного и ситуационными факторами в генезе опасных действий психически больных (Мальцева М.М., Котов В.П., 1995; Кондратьев Ф.В., 2006).

Это определяет необходимость использования комплексного подхода к оценке риска опасного поведения с участием, наряду с психиатрами, медицинских психологов в части определения патопсихологических особенностей психической деятельности больного, выявления тенденций к агрессивным, насильственным поступкам, соответствующих эмоционально значимых чувственных переживаний с квалификацией их аномального, асоциального вектора направленности. То же касается выявления в процессе сексологического исследования расстройств сексуального предпочтения, парафильного синдрома, рецидивности поступков и актуальных идеаторных переживаний, фантазий, которое в совокупности с соответствующими клиническими, патопсихологическими характеристиками предопределяют заключение о потенциальной опасности больного как при производстве СПЭ, так и в ситуации продления или изменения ПММХ.

Оценка риска и предупреждение насильственных действий лиц, страдающих психическими расстройствами, во внебольничных условиях являются актуальными задачами психиатрических служб и в России, и за рубежом. И отечественные, и зарубежные психиатры испытывают потребность в достаточно надежных методиках оценки риска такого поведения, которые облегчали бы принятие экспертных и клинических решений. И если в нашей стране рассматриваемая проблематика до сих пор не получила в науке широкого распространения, то в зарубежных странах научные исследования в этой области давно и активно развиваются, что привело к появлению целого ряда формализованных прогностических инструментов.

В зарубежной литературе, посвященной оценке и прогнозу будущего насилия со стороны лиц с психическими расстройствами, обращает на себя внимание разнообразие используемых исследовательских подходов и методов – от неструктурированных клинических обследований до математизированных методик с использованием статистически значимых показателей. В качестве маркеров опасного поведения в подобных исследованиях обычно используются клинические (диагноз психического расстройства, его тяжесть, динамика и т.п.) и социально-демографические (пол, возраст, расовая или этническая принадлежность и др.) характеристики входящих в выборку лиц. Дополнительными признаками нередко выступают случаи проявления насилия в прошлом, употребление алкоголя, наркотических средств или иных психоактивных веществ, наличие или отсутствие семейной и социальной поддержки, личностные (психологические) особенности лица (к примеру, эмоциональная неустойчивость, раздражительность, импульсивность, снижение способности контролировать гнев и т.п.), наличие ситуации стресса и целый ряд других показателей.

Точность прогноза опасности, основанного только на клинических характеристиках и субъективных суждениях специалистов, давно подвергалась сомнению зарубежными исследователями. Кроме того, отмечалась и склонность психиатров опасность переоценивать. Указывалось, что традиционно психиатры оценивают риск насилия, используя индивидуальные клинические характеристики пациентов, отбирая факторы риска, исходя из своих знаний и опыта, и основывая выводы об опасности на собственных оценках, при этом факторы риска зависят от профессиональных представлений и могут существенно отличаться от случая к случаю⁵².

⁵² См.: Monahan J. A Jurisprudence of Risk Assessment: Forecasting Harm among Prisoners, Predators, and Patients// Virginia Law Review. – 2006. – Vol.92. – No.3. – P. 405-406.

Говоря о ранних исследованиях, посвященных точности клинических прогнозов насилия, ведущий американский специалист по рассматриваемой проблеме Д. Монахан отмечал, что в отношении психически больных госпитализированных пациентов, совершавших акты насилия в прошлом и потому рассматриваемых специалистами как более опасные по сравнению с другими больными, “психиатры и психологи точны не более чем в одном из трех прогнозов насилия на период более нескольких лет”⁵³.

Однако в 1993 г. были опубликованы результаты американского исследования, показавшего, что клинический прогноз будущего насилия обладает большей точностью, чем принято считать⁵⁴. Исследователи просили врачей-психиатров и медицинских сестер оценить вероятность будущего насилия в отношении пациентов, оказавшихся в отделении неотложной психиатрической помощи крупной психиатрической больницы. Группа больных (мужчины и женщины, всего 357 человек) и контрольная группа, сопоставимая с первой по возрасту, расе, полу и правовым основаниям для госпитализации, в дальнейшем опрашивались во время нахождения вне психиатрического учреждения каждые 2 месяца в течение 6 месяцев. Участников исследования спрашивали об их насильственном поведении, изменениях в жизненных обстоятельствах и продолжении лечения. Дополнительными источниками информации служили люди, названные участниками исследования как лица, которые знают, что с ними происходит (чаще всего, члены семьи), а также официальные документы, в которых отражались сведения о насильственных действиях, приведших к аресту или новой госпитализации.

В результате 53% пациентов, которых врачи-психиатры и медицинские сестры оценили как вероятно опасных,

⁵³ См.: Monahan J. Ibid. – P. 406.

⁵⁴ См.: Lidz C.W., Mulvey E.P., Gardner W. The accuracy of predictions of violence to others // JAMA. – 1993. – Vol. 269. – No.8. – P. 1007-1011.

действительно совершили акты насилия после выписки. Из больных, не вызвавших опасений медицинских работников, такое поведение продемонстрировали 36%.

Исследование показало, что точность клинических прогнозов не зависит от возраста и расы, однако отличается применительно к полу пациентов. Так, медицинские работники прогнозировали, что насилие во внебольничных условиях совершат 45% мужчин и только 22% женщин, однако реально такое поведения наблюдалось у 42% мужчин и 46% женщин⁵⁵. Отсюда был сделан вывод, что вероятность будущего насилия со стороны женщин медицинскими работниками недооценивается.

Кроме того, было установлено, что врачи, определяя факторы, которые могут ускорять проявления насилия или, напротив, им препятствовать, обращают внимание прежде всего на обстоятельства, связанные с лечением, в частности, на то, ухудшится ли психическое состояние пациента и будет ли лечение им продолжено. Также, по мнению авторов исследования, медицинские работники, оценивая риск насилия, преувеличивали роль медикаментозного лечения и употребления наркотиков⁵⁶.

Для улучшения точности клинического прогноза были предложены методики, названные “структурированными профессиональными суждениями” (SPJ – structured professional judgment). Наиболее известным инструментом из этой группы является Шкала оценки риска насилия-20 (HCR-20 – Violence Risk Assessment Scheme). При создании инструмента применялся математический метод шкалирования, а его название происходит от наименования 3 подшкал, объединяющих исторические (анамнестические) (Historic), клинические (Clinical) и

⁵⁵ См.: Monahan J., Steadman H.J. Violence Risk Assessment: A Quarter Century of Research // In: Lynda E.Frost, Richard J. Bonnie (Eds) The Evolution of Mental Health Law. – Washington, DC: American Psychological Association, 2001. – P. 200-201.

⁵⁶ См.: Mulvey E.P. Assessing the Likelihood of Future Violence in Individuals with Mental Illness: Current Knowledge and Future Issues // Journal of Law and Policy. – 2005. – Vol.13. – Iss.2. – P.633-634.

относящиеся к управлению рисками (Risk Management) признаки, а также общего числа таких признаков (20).

В инструменте выделены маркеры риска насилия, относящиеся к прошлому, настоящему и будущему. Прошлое отражено в 10 исторических признаках (акты насилия в прошлом, ранний возраст совершения первого акта насилия, нестабильность межличностных отношений и др.). К настоящему относятся 5 клинических признаков (отсутствие критики, негативные установки, активная симптоматика большого психического расстройства, импульсивность, отрицательное отношение к лечению). Будущему посвящены 5 ситуационных факторов, которые могут либо усугублять риск проявления насилия, либо этому препятствовать (недостаточная осуществимость планов, подверженность дестабилизирующим факторам, недостаток личной поддержки, несоблюдение лечебных рекомендаций, стресс).

Каждый признак оценивается в баллах – 0 (отсутствует), 1 (частично или возможно присутствует), 2 (присутствует), которые потом суммируются специалистом, применяющим инструмент. В результате создается персональный оценочный профиль данного субъекта и выводится общий балл, отражающий риск насилия.

Первая версия инструмента была опубликована в 1995 г.⁵⁷, вторая – в 1997, а третья – в 2013⁵⁸. В третьей версии HCR-20 факторы риска были обновлены, многие из них получили новые названия.

Некоторые признаки были детализированы и улучшены, например, H1 – насилие в прошлом, C2 – имеющиеся насильственные идеи и намерения, R1 – будущие проблемы с профессиональной помощью и планами. В частности,

⁵⁷ Webster C.D., Eaves D., Douglas K.S., Wintrup A. The HCR-20 Scheme: The Assessment of Dangerousness and Risk (Version 1). Burnaby, Canada: Mental Health Law and Policy Institute, Simon Fraser University and Forensic Services Commission of British Columbia, – 1995.

⁵⁸ Douglas K.S., Hart S.D., Webster C.D., Belfrage H. HCR-20 V3: Assessing Risk for Violence – User Guide. Burnaby, Canada: Mental Health Law and Policy Institute, Simon Fraser University. – 2013.

в признаке Н1 появились “подпризнаки”, уточняющие возраст, когда проблемы проявились (детский, т.е. 12 лет и младше, подростковый, охватывающий период от 13 до 17 лет, и взрослый, включающий 18 лет и старше). С помощью указания на характер расстройства – психотическое расстройство, большое расстройство настроения, иное большое психическое расстройство – был уточнен и признак Н6.

Также детализированы клинические признаки, например, С1 (имеющиеся проблемы с критикой – в отношении психического расстройства, риска насилия, нуждаемости в лечении) и С4 (имеющиеся проблемы со стабильностью – аффективные, поведенческие, когнитивные). В подшкале, относящейся к будущему, был уточнен показатель R4 – будущие проблемы с ответом на лечение или надзор (соблюдение режима, ответная реакция). Кроме того, на основе проведенных исследований некоторые показатели фактически полностью обновились (к примеру, Н2 – история проблем с иными видами анти-социального поведения, Н9 – история проблем с насильственными установками, С4 – имеющиеся проблемы со стабильностью). Эти и другие новации третьей версии HCR-20 подкрепили практическую направленность этой методики на выработку лечебных планов пациентов с индивидуализированными лечебно-реабилитационными мероприятиями по управлению риском насилия⁵⁹.

Прогностическая способность HCR-20 проверялось в многочисленных исследованиях. Авторы этого инструмента постоянно отслеживают исследования и результаты его применения с целью его дальнейшего совершенствования⁶⁰.

⁵⁹ Подробнее о третьей версии HCR-20 см.: Douglas K.S., Hart S.D., Webster C.D., Belfrage H., Guy L.S., Wilson C. Historic-Clinical-Risk Management-20 (HCR-20 V3): Development and Overview // *International Journal of Forensic Mental Health*. – 2014. – Vol.13. – Iss.2. – P. 93-108.

⁶⁰ Последние по времен и публикации с описанием их результатов (в частности, 242 эмпирических исследования, включая 9 проверок третьей версии) см.: Douglas K.S., Shaffer C., Blanchard A.J.E., Guy L.S., Reeves K., & Weir

Надо отметить, что для проверки возможности прогнозировать проявления насилия в будущем авторы как этого, так и других формализованных инструментов с помощью математических (вероятностных) методик строят прогнозную модель отнесения случайно выбранной личности к категории представляющих риск насилия. При этом авторы вводят понятие прогностической точности, хотя по смыслу правильнее было бы называть этот показатель прогностической силой. Термин “точность” затушевывает характер оценок, при которых показатель, равный 0,5, означает абсолютно случайный выбор (как подбрасывание монетки), что делает бессмысленным разговор о точности, равной 0,5. Поскольку точность прогноза, равная 1, практически недостижима, авторы методик (как и использующих эти методики исследований), главным образом ориентируются на показатели прогностической силы, большие или меньшие, чем 0,75 (медиана между 0,5 и 1).⁶¹

Так, точность (сила) прогноза будущего проявления насилия в зависимости от психиатрического диагноза стала предметом британского исследования судебно-психиатрических пациентов, выписанных из психиатрических больниц с усиленным режимом безопасности между декабрем 1992 г. и 30 сентября 2001 г.

Выборка составила 996 пациентов мужского пола со средним сроком пребывания в больнице 436 дней, средний возраст в момент выписки – 37,7 года. По расовой и этнической принадлежности больные распределились следующим образом: 69,2% – белые, 21,6% – чернокожие из стран Карибского региона или африканского происхождения, 2,4% – азиатского происхождения, 1,5% – смешанной этнической принадлежности, а в отношении

J. HCR-20 violence risk assessment scheme: Overview and annotated bibliography. HCR-20 Violence Risk Assessment White Paper Series, #1. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University. – 2014.

⁶¹ См.: Douglas K. S., Shaffer, C. Blanchard, A. J. E. Guy, L. S. Reeves K., & Weir J. Op. cit. P.32-33.

5,2% этническая принадлежность не была установлена. Психиатрические диагнозы были выставлены в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (ICD-10) (F00–F99).

Информация, используемая в исследовании, была получена из медицинских и иных документов, включая данные официальной уголовной статистики. Период наблюдения составлял 2 года после выписки из больницы, и авторам удалось получить необходимые сведения о 890 бывших пациентах, из которых 173 человека (19,4%) были повторно осуждены и 101 человек (11,3% от общего числа) – за насильственные преступления. К примеру, диагноз “шизофрения” был поставлен 568 бывшим пациентам (63,8%), из которых 89 были вновь осуждены, включая 49 – за насильственные преступления. Из больных с диагнозом “расстройство личности” (160 человек или 18%) повторно осужденных было 46, в том числе 33 – за деяния, связанные с насилием. Среди имевших диагноз наркологического расстройства (116 человек или 13%) вновь были осуждены 44, среди которых 21 – за насильственные преступления.

С помощью статистических методов анализа соотношения между правильно и ложно предсказанными новыми осуждениями исследователи установили, что такие диагнозы, как расстройство личности или наркологическое расстройство, повышают вероятность нового осуждения, в то время как диагноз шизофрении эту вероятность уменьшает. В исследовании отмечено, что такой прогноз значительно сложнее для расстройств, характеризующихся импульсивным поведением, например, для расстройств личности.

Кроме того, было установлено, что в целом признаки, относящиеся к подшкалам истории и управления рисками, являются лучшими предикторами нового осуждения, в том числе и за насильственные деяния, чем клинические переменные. Так, очерченные показатели прогностической силы инструмента в целом и 3 входящих в

него подшкал (исторической, клинической и управления рисками) составили соответственно 0,73; 0,72; 0,55 и 0,70. В отношении риска любого осуждения эти показатели были 0,69; 0,69; 0,51 и 0,68 соответственно. Таким образом, HCR-20 в целом, а также 2 его подшкалы были оценены авторами этого исследования как статистически значимые для прогноза насильственного поведения в отношении всех психических расстройств, чего нельзя было сказать о клинической подшкале⁶².

В другом британском исследовании проверялись прогностические возможности HCR-20 в целом и входящих в него подшкал применительно к проявлявшим насилие больным мужского пола, оказавшимся после выписки из стационара под интенсивным внебольничным наблюдением. В выборку вошли 70 бывших пациентов судебно-психиатрической больницы с усиленным режимом безопасности, средний срок пребывания в которой составлял 24 месяца. Наиболее распространенными диагнозами среди этой группы были шизофрения (73%) и расстройство личности (26%). Кроме того, почти половина наблюдавшихся (44%) злоупотребляли наркотиками.

Оценочные профили по HCR-20 составлялись на основе информации, полученной из документов на момент выписки. За период нахождения бывших пациентов во внебольничных условиях (в среднем 59 месяцев) исследователи собирали информацию о новых осуждениях, повторных помещении в обычные и судебно-психиатрические стационары и сообщениях об актах насилия, полученных от самих больных и их близких, а также зафиксированных в документации специалистов, осуществлявших интенсивное внебольничное наблюдение. Среди актов насилия отражалось насилие сексу-

⁶² См.: Gray N.S., Taylor J., Snowden R.J. Predicting Violence Using Structured Professional Judgment in Patients with Different Mental and Behavioral Disorders // *Psychiatry Research*. – 2011. – Vol. 187. – Iss.1-2. – P.248-253; см. также: Gray N.S., Taylor J., Snowden R.J. Predicting Violence Reconvictions Using HCR-20 // *British Journal of Psychiatry*. – 2008. – Vol.192. – Iss.5. – P.384-387.

альное, случаи избиения, удушения и иных подобных действий, включая нападения с оружием, приведшие к причинению физического вреда потерпевшим.

В исследовании была установлена существенная прогностическая сила HCR-20 в целом в отношении повторных помещений в психиатрические стационары (0,85), совершенных актов насилия, информация о которых была получена от пациентов и их близких (0,76), а также рецидива преступлений (0,71). При этом прогностическая способность всех 3 подшкал в отношении новых госпитализаций составила от 0,65 до 0,78 с максимальным показателем, полученным по исторической подшкале⁶³.

Для планирования лечебно-реабилитационных мероприятий при амбулаторном наблюдении представляет интерес изучение 108 судебно-психиатрических пациентов в Нидерландах, из которых 44 совершили насильственные преступления и 64 – сексуальные насильственные правонарушения. В исследовании сравнивались оценки по 2 инструментам – HCR-20 и SAPROF⁶⁴ – до и после проведения стационарного лечения. Целью авторов являлось изучение взаимовлияния положительных изменений в факторах риска и защитных факторах, и успешной реинтеграции бывших пациентов в общество.

Средний срок нахождения больных, включенных в выборку, в психиатрических учреждениях составлял 5,65 года, а средний возраст при выписке – 33,2 года.

⁶³ См.: Dolan M., Khawaja A. The HCR-20 and Post-discharge Outcome in Male Patients Discharged from Medium Security in the UK // *Aggressive Behavior*. – 2004. – Vol. 30. – Iss.6. – P. 469-483.

⁶⁴ Структурированная оценка защитных факторов для риска насилия (the Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk – SAPROF) – разработанный голландскими судебными психиатрами инструмент, включающий 17 преимущественно динамических признаков, распределенных по 3 шкалам (внутренние, мотивационные и внешние факторы). Инструмент может использоваться в дополнение к методикам оценки риска для повышения точности прогноза будущего насилия (см.: de Vogel V., de Vries Robb'e M., de Ruiter C., Bouman Y.H. A Assessing Protective Factors in Forensic Psychiatric Practice: Introducing the SAPROF//*International Journal of Forensic Mental Health*. – 2011. – Vol.10. – Iss.3. – P.171-177).

Большинство больных имели диагноз расстройства личности (66%) и примерно у 15% было диагностировано психотическое расстройство, например, шизофрения. У 68% обследованных имелась история злоупотреблений наркотиками. Минимальный срок наблюдения после выписки составлял 12 месяцев, максимальный – 11 лет. В течение года после выписки за насильственные преступления были осуждены 6 человек, а за максимальный период наблюдения – 33.

В целом исследование подтвердило хорошие прогностические качества обоих использованных инструментов и при краткосрочном, и при долгосрочном наблюдении. Те пациенты, которые в наибольшей степени изменились за время лечения, продемонстрировали существенно более низкий уровень рецидива насилия после выхода из больницы. Исследование также показало, что изменения в признаках, включенных в HCR-20, улучшают качество долгосрочного прогноза по сравнению с краткосрочным, правда, в незначительной степени. Эти данные расходятся с результатами других исследований, свидетельствующих, напротив, о большей точности краткосрочных прогнозов.

В то же время авторы обратили внимание на определенные ограничения, связанные с дизайном исследования и особенностями включенных в выборку пациентов. Эти ограничения требуют аккуратности в распространении полученных результатов на другие группы психиатрических пациентов. Так, описанное исследование носило ретроспективный характер, и сведения о пациентах были получены из медицинской документации, а не с помощью специальных обследований. Данные о рецидиве насильственных преступлений собирались из полицейской документации, которая может не в полной мере отражать все случаи насильственных проявлений. И, наконец, выборку составила группа лиц с высоким риском насилия и преобладанием пациентов с расстройствами личности, проходивших длительное лечение в судебно-психиатрических стационарах.

Авторы пришли к выводу о необходимости дальнейших исследований динамических факторов риска опасного поведения, а также защитных факторов с участием других категорий лиц с психическими расстройствами⁶⁵. Использование в прогнозах оценок защитных факторов, наряду с факторами риска, может не только помочь в улучшении прогностической способности самих методик, но и будет способствовать повышению эффективности лечебных и реабилитационных программ, направленных в конечном счете на психиатрическую профилактику.

В другом распространенном исследовательском подходе к оценке риска насилия, называемом в зарубежной литературе актуарным, применяются математические и статистические методы. “Чисто актуарный метод включает в себя использование эмпирически взвешенных факторов риска, основанных на данных группы, которые, когда применяются к индивидуальным правонарушителям, определяют риск будущего насилия”⁶⁶. Прогноз, таким образом, строится на использовании факторов риска опасного поведения, установленных в эмпирических исследованиях и обладающих статистической значимостью. Как пишут канадские исследователи Г.Т. Харрис и М.Е. Райс, “актуарные оценки отличаются от неактуарных методов в том, что они разработаны с помощью специальных проверок отношений между составляющими их показателями и результатом, и они комбинируют переменные с целью увеличения прогностической точности и эффективности”⁶⁷.

⁶⁵ Подробнее см.: de Vries Robb'e M., de Vogel V., Douglas K.S., Nijman H.L. Changes in Dynamic Risk and Protective Factors for Violence During Inpatient Forensic Psychiatric Treatment: Predictive Reduction in Postdischarge Community Recidivism // *Law and Human Behavior*. – 2015. – Vol.39. – No.1. – P.53-61.

⁶⁶ Fabian J.M. A Literature Review of the Utility of Selected Violence and Sexual Violence Risk Assessment Instruments // *The Journal of Psychiatry and Law*. – 2006. – Vol. 34. – P.311.

⁶⁷ Harris G.T., Rice M.E. Characterizing the Value of Actuarial Risk Assessments // *Criminal Justice and Behavior*. – 2007. – Vol.34. – No.12. – P.1638.

Разработанные на основе этого подхода формализованные инструменты, как и методики, относящиеся к категории структурированных профессиональных суждений, позволяют оценить вероятность опасного поведения субъекта, но с использованием статичных показателей. При этом важно отметить, что придание какому-либо признаку роли фактора риска не означает, что он является причиной опасного поведения. В подобных исследованиях устанавливается лишь корреляция определенного параметра (переменной) с таким поведением при условии, что данный фактор ему предшествует.

Одним из широко применяемых актуарных инструментов является Руководство по оценке риска насилия (Violence Risk Appraisal Guide – VRAG), разработанное на основе анализа данных в отношении 618 мужчин, страдающих психическими расстройствами и обвиняемых в тяжких преступлениях, которые находились в 1965–1980 гг. в психиатрическом учреждении с максимальным режимом безопасности в канадской провинции Онтарио⁶⁸. Целью авторов исследования было создание инструмента с широкой областью применения, пригодного для прогноза рецидива насилия не только в отношении судебно-психиатрических пациентов, но и для иных лиц, совершающих тяжкие преступления.

Именно поэтому выборка состояла из двух групп пациентов. Около половины из них (286 человек) были помещены в психиатрическое учреждение для краткосрочного освидетельствования до суда и в дальнейшем приговорены к тюремному заключению. Другая часть выборки (332 человека) – это пациенты, проходившие в этом учреждении лечение, в том числе и после успешной защиты со ссылкой на невменяемость (*insanity defense*). Всем лицам, включенным в выборку, уголовные обвинения предъявлялись не в первый раз, и 85% из них инкримини-

⁶⁸ См.: Harris G. T., Rice M. E., Quinsey V. L. Violent recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical prediction instrument // *Criminal Justice and Behavior*. – 1993. – Vol. 20. – No. 4. – P. 315-335.

ровалось, по меньшей мере, 1 насильственное преступление. Кроме того, исследователи отбирали пациентов для обеих групп по нескольким критериям, включающим, в частности, сходство предъявленных обвинений, одинаковый возраст с точностью до 1 года и 12-месячный период между совершенными преступлениями.

В дальнейшем все лица, вошедшие в выборку, были либо выписаны из названного психиатрического учреждения или переведены в учреждения открытого типа, либо освобождены из тюрем. Рецидив насилия определялся исследователями как “любое последующее уголовное обвинение в насильственном преступлении (от нападения до преднамеренного убийства)”, зафиксированное в полицейском досье⁶⁹.

Группы больных наблюдались в течение 81,5 месяца после освобождения, в результате чего было установлено, что 191 человек (31%) совершили новые насильственные преступления, а 427 – нет. Далее в процессе исследования по множеству показателей сравнивались уже эти новые группы, в результате чего были выделены 12 переменных для включения в итоговый инструмент оценки риска насилия.

Отобранные характеристики охватывали историю детства, уголовные обвинения во взрослом возрасте, демографические признаки и психиатрические диагнозы, включая оценку по пересмотренному Опроснику для выявления психопатии (PCL-R)⁷⁰, которая, как

⁶⁹ Harris G.T., Rice M.E. Op. cit. – P.1638.

⁷⁰ Опросник был разработан канадским психологом R.D.Hare. Первоначальная версия состояла из 22 пунктов, пересмотренная версия включает в себя 20 пунктов. R.D. Hare также является соавтором PCL: SV (Опросник для выявления психопатии: скрининговая версия). Хотя Опросник широко распространен и является стандартным инструментом в исследовательской и клинической практике, на его возможности прогнозировать и тем более объяснять преступное поведение в зарубежной литературе существуют и иные точки зрения (см., например: Martens W.H.J. The Problem with Robert Hare's Psychopathy Checklist: Incorrect Conclusions, High Risk of Misuse, and Lack of Reliability // *Medicine and Law*. – 2008. – Vol. 27. – P. 449-462; Walters G.D. The Trouble with Psychopathy General Theory of Crime // *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. – 2004. – Vol.48. – No.2. – P.133-148).

было установлено, имела наибольший вес. Следом в порядке уменьшения ассоциации с рецидивом насилия в итоговом документе расположились: плохая адаптация в начальной школе; диагноз расстройства личности по DSM-III⁷¹; совершение преступления в молодом возрасте; расставание с любым биологическим родителем до 16-летнего возраста; неудача предыдущего условного освобождения; совершение в прошлом преступлений, не связанных с насилием. Далее, значимыми показателями были названы следующие характеристики субъекта и его деяния: никогда не состоял в браке, не имел диагноза “шизофрения” по DSM-III, причинил потерпевшему менее значительные травмы, имел проблемы с употреблением алкоголя, потерпевшей не была женщина⁷².

Большинство актуарных инструментов оценки риска насилия с целью повышения их прогностической точности отрабатываются на новых выборках, зачастую отличных по своим характеристикам от первоначальной. Так, прогностическая пригодность VRAG проверялась в нескольких десятках исследований на непересекающихся выборках, в разных странах⁷³ и с различными сроками наблюдения за лицами, включенными в исследование (от 12 недель до 10 лет). К примеру, исследование, проведенное в Великобритании, показало, что с помощью VRAG достаточно хорошо прогнозируются и насильственные, и иные правонарушения, однако число прогнозируемых деяний превысило число реально совершенных и документально зафиксированных⁷⁴.

⁷¹ Diagnostic and Statistical Manual (Руководство по диагностике и статистике психических расстройств) разрабатывается и публикуется Американской психиатрической ассоциацией (APA). Третье издание было опубликовано в 1980 г. С 2013 г. действует DSM-V.

⁷² См.: Harris G.T., Rice M.E. Op. cit. – P.1639.

⁷³ См.: Rossegger A., Endrass J., Gerth J., Singh J.P. Replicating the Violence Risk Appraisal Guide: A Total Forensic Cohort Study // PLOS One. – 2014. – Vol. 9. – Iss.3:e91849/ www.plosone.org.

⁷⁴ См.: Snowden R.J., Gray N.S., Taylor J., Mac Culloch M.J. Actuarial prediction of violent recidivism in mentally disordered offenders // Psychological Medicine. – 2007. – Vol.37. – P. 1539-1549.

Сами авторы инструмента проверяли его пригодность на иных выборках судебно-психиатрических пациентов⁷⁵, а также на лицах, совершивших сексуальное насилие⁷⁶, и пациентах, находящихся в психиатрических больницах в “гражданском” порядке⁷⁷. Они предложили и специальный инструмент для оценки риска сексуального насилия – Руководство по оценке риска для сексуальных преступников (Sex Offender Risk Appraisal Guide–SORAG)⁷⁸. Однако в литературе отмечалось, что инструмент потерял в эффективности, когда стал применяться для прогноза не любого вида насилия, а именно насилия сексуального⁷⁹. В 2013 г. М. Райс и Г. Харрис предложили пересмотренную версию Руководства по оценке риска насилия (VRAG-R)⁸⁰.

Среди актуарных инструментов оценки риска насилия внимание также следует обратить на методики, разработанные группой авторов в результате Mac Arthur Risk Assessment Study. Первым этапом исследования стало изучение распространенности насильственного поведения во внебольничных условиях. Выборка включала более 1000 пациентов (мужчин и женщин в возрасте от 18 до 40 лет), выписанных из острых отделений психиатричес-

⁷⁵ См. например: Harris G.T., Rice M.E., Cormier C.A. Prospective Replication of the Violence Risk Appraisal Guide in Predicting Violent Recidivism Among Forensic Patients // *Law and Human Behavior*. – 2002. – Vol.26. – No.4. – P.377-394.

⁷⁶ См.: Rice M.E., Harris G.T. Cross-Validation and Extension of the Violence Risk Appraisal Guide for Child Molesters and Rapists // *Law and Human Behavior*. – 1997. – Vol. 21. – No.2. – P.231-241.

⁷⁷ См.: Harris G.T., Rice M.E., Camilleri J.A. Applying a Forensic Actuarial Assessment (the Violence Risk Appraisal Guide) to Non forensic Patients // *Journal of Interpersonal Violence*. – 2004. – Vol.19. – No.9. – P.1063-1074.

⁷⁸ Quinsey V.L., Rice M.E., Harris G.T. Actuarial prediction of sexual recidivism // *Journal of Interpersonal Violence*. – 1995. – Vol. 10. – No.1. – P.85-105.

⁷⁹ См. подробнее: Fabian J.M. Op. cit. – P.330-331.

⁸⁰ Rice M.E., Harris G.T., Lang C. Validation of and Revision to the VRAG and SORAG: The Violence Risk Appraisal Guide-Revised (VRAG-R) // *Psychological Assessment*. – 2013. – Vol.25. – No.3. – P.951-965.

ких больниц⁸¹. Следующей целью авторов исследования стало выделение различных факторов риска, которые могли бы использоваться в клинической практике для прогнозирования будущего насилия.

На втором этапе в выборку вошли 939 пациентов, выписанных из психиатрических учреждений и наблюдавшихся в течение 20 недель во внебольничных условиях. Средний возраст изучаемой группы составлял 29,9 года, 57,3% из них были мужчины, 32,4% пациентов госпитализировались в недобровольном порядке. Первичные психиатрические диагнозы распределялись следующим образом: 41,9% – депрессия, 17,3% – шизофрения или шизоаффективное расстройство, 14,1% – биполярное расстройство и 21,8% – расстройство, связанное с употреблением алкоголя или наркотиков. Информация об актах насилия собиралась из официальных полицейских и медицинских документов, а также из бесед с пациентами и их близкими⁸².

Оценивались 134 параметра потенциального риска насильственного поведения в отношении окружающих, объединенные в 4 группы. В первую группу были включены факторы “предрасполагающие”, такие как возраст, пол, раса, социальное положение, личностные особенности, в частности, импульсивность и способность контролировать свой гнев и т.п. Вторую группу составили “исторические” переменные (история семьи, предыдущие госпитализации, проявления насилия в прошлом, факты привлечения к уголовной ответственности и др.). В третью группу вошли такие “контекстуальные” переменные, как наличие социальной поддержки, круга

⁸¹ См.: Steadmen H.J., Mulvey E.P., Monahan J., Robbins P.C., Appelbaum P.S., Grisso T., Roth L.H., Silver E. Violence by People Discharged From Acute Psychiatric Inpatient Facilities and by Others in the Same Neighborhoods // Archives of General Psychiatry. – 1998. – Vol.55. – P. 393-401.

⁸² См.: Steadman H.J., Silver E., Monahan J., Appelbaum P.S., Robbins P.C., Mulvey E.P., Grisso T., Roth L.H., Banks S. A Classification Tree Approach to the Development of Actuarial Violence Risk Assessment Tools // Law and Human Behavior. – 2000. – Vol.24. – No.1. – P. 85-86.

общения, ситуации стресса, а также обладание оружием. В четвертой группе оказались “клинические” факторы – диагноз и симптоматика психического расстройства, злоупотребление алкоголем и наркотиками, уровень функционирования пациента в обществе. Исследователи не выявили однозначной преобладающей роли той или иной группы факторов риска, что привело их к выводу о необходимости учитывать их взаимодействие для более точного прогноза насильственного поведения как на уровне индивида, так и на уровне группы.

Для разработки самой методики авторы использовали метод классификации на основе построения дерева классов (дендрограммы)⁸³. Этот метод позволяет получить многочисленные комбинации различных факторов риска с целью помещения лиц, входящих в выборку, в группу тех, кто представляет высокий или, напротив, низкий риск будущего насилия. В этой методике только первый вопрос является общим для всех лиц, подлежащих оценке. Другие же задаваемые вопросы зависят от ответов на предыдущие в отличие от обычно применяемых стандартизированных интервью, требующих ответов на все вопросы от всех участников. Такой подход, который авторы называли итерационным классификационным деревом (Iterative Classification Tree – ICT), с помощью комбинаций факторов риска делает итоговую оценку более индивидуализированной и, соответственно, точной⁸⁴.

Используя только факторы риска, сведения о которых были доступны из историй болезни или ежедневной психиатрической практики, исследователи смогли отнести каждого из пациентов к одной из 5 категорий риска (распространенность насильственного поведения

⁸³ “Дерево”, “дендрограмма” – термины математической теории графов.

⁸⁴ См. подробнее: Steadman H.J., Silver E., Monahan J., Appelbaum P.S., Robbins P.C., Mulvey E.P., Grisso T., Roth L.H., Banks S. Op. cit. – P. 86-95; см. также: Monahan J., Steadman H.J., Appelbaum P.S., Robbins P.C., Mulvey E.P., Silver E., Roth L.H., Grisso T. Developing a Clinically Useful Actuarial Tool for Assessing Violence Risk // British Journal of Psychiatry. – 2000. – Vol.76. – P.312-319.

в течение 20 недель после выписки из стационара составила для этих групп 1, 8, 26, 56 и 76% соответственно). Исследование также показало, что подавляющее большинство изученных пациентов оказалось в группе с самым низким риском (37 против 7% из группы самого высокого риска)⁸⁵.

На основе описанной методики авторы разработали также интерактивную компьютерную программу, названную Классификация риска насилия (The Classification of Violence Risk – COVR). Программа предназначена для использования в клинической практике при оценке риска насилия в течение нескольких месяцев после выписки пациентов из психиатрических стационаров⁸⁶.

Прогностическая способность COVR проверялась, в частности, в Швеции. В исследовании опрашивались пациенты 2 психиатрических стационаров г. Стокгольма (331 человек), а также их близкие через 10 и 20 недель после выписки (лично и по телефону). Использовались и данные из национальной системы регистрации преступлений. Также сравнивались результаты оценки риска насилия, полученные с использованием этого инструмента, и число реально совершенных актов насилия. Прогностическая сила инструмента была оценена авторами как 0,77, что позволило им сделать вывод о точности прогноза насилия для этого инструмента, сопоставимой с другими методиками. При этом отмечался относительно низкий уровень насилия в Швеции в целом и связанные с этим трудности прогноза для психиатрических пациентов⁸⁷. Изменение исследовательской задачи на проверку точности COVR применительно к прогнозу в зависимости

⁸⁵ Monahan J. A Jurisprudence of Risk Assessment: Forecasting Harm among Prisoners, Predators, and Patients. – P.412-413.

⁸⁶ Об этапах создания программы и основных вопросах, возникающих при ее применении, см.: Monahan J., Steadman H.J., Appelbaum P.S., Grisso T., Mulvey E.P., Roth L.H., Robbins P.C., Banks S., Silver E. The Classification of Violence Risk // Behavioral Sciences and the Law. – 2006. – Vol.24. – P.721-730.

⁸⁷ Sturup J., Kristiansson M., Lindqvist P. Violent Behaviour by General Psychiatric Patients in Sweden – Validation of Classification of Violence

от пола бывших пациентов показало, что возможности инструмента в этом отношении практически одинаковы (0,76 для мужчин и 0,78 для женщин)⁸⁸.

На сегодняшний день наиболее применяемым зарубежными специалистами инструментом оценки риска насилия является HCR-20. Только вторая версия проверялась более 200 раз в 25 странах⁸⁹. Недавний опрос специалистов в области психического здоровья, проведенный в 44 странах, подтвердил, что HCR-20 – самый используемый инструмент оценки риска из всех так называемых “структурированных профессиональных суждений” и актуарных методик.

В исследовании было опрошено 2135 специалистов в области психического здоровья, средний возраст – 43,9 года и средняя продолжительность практической деятельности – 15,9 года. 60,3% респондентов составляли женщины. По специальностям участники исследования распределились следующим образом: 889 человек (41,6%) – психологи, 368 человек (17,2%) – психиатры, 622 человека (29,1%) – медицинские сестры, 256 человек (12,0%) – иные специалисты (социальные работники, офицеры службы пробации и др.).

За последние 12 месяцев примерно половину времени все специалисты занимались клинической деятельностью, чаще всего в судебно-психиатрических больницах (17,5%), в процессе частной практики (15,0%) и в исправительных учреждениях (12,7%). Наиболее распространенными дополнительными видами профессиональной занятости для опрошенных было выполнение административных обязанностей (22,0%) и преподавание (13,2%), а иссле-

Risk (COVR) Software // Psychiatry Research. – 2011. – Vol. 188. – Iss.1. – P.161-165.

⁸⁸ См.: Sturup J., Monahan J., Kristiansson M. Violent Behavior and Gender of Swedish Psychiatric Patients: A Prospective Clinical Study // Psychiatric Services. – 2013. – Vol.64. – No.7. – P. 688-693.

⁸⁹ См.: Douglas K.S. Introduction to the Special Issue of the HCR-20 Version 3 // International Journal of Forensic Mental Health. – 2014. – Vol.13. – Iss.2. – P.91.

дованиями занимались лишь 7,2% из них. По условиям опроса респонденты сообщали об использовании формализованных инструментов для оценки риска насилия, а также управления таким риском и его мониторинга, если данный инструмент применялся более чем в половине проведенных специалистом оценок за последний год.

Из респондентов, сообщивших об использовании рассматриваемых инструментов, большинство применяли их в целях оценки риска (1134 человека из 1266 опрошенных, указавших цель применения, или 89,6%). 869 респондентов (68,6%) пользовались такими инструментами при выработке планов управления риском, а 499 специалистов (39,4%) – для мониторинга этих планов. Надо заметить, что среди тех, кто пользовался формализованными методиками для оценки риска, получили информацию о точности своих оценок в 36,5% случаев.

В результате исследования было установлено, что число респондентов, применявших HCR-20, составило: для оценки риска 588, для управления риском – 453 и для мониторинга – 237 человек. Для сравнения, VRAG в тех же целях использовали 151, 97 и 55 специалистов соответственно, а COVR – 37, 33 и 28 опрошенных⁹⁰.

Популярность HCR-20 как инструмента, относящегося к структурированным клиническим оценкам, вполне объяснима. Использование в оценке динамических факторов риска позволяет специалисту проявить профессиональное усмотрение, которого его лишают актуарные инструменты. Как отмечается в профессиональной литературе, этот метод “является эффективной попыткой преодолеть разрыв между клиническими и актуарными подходами путем объединения обеих методик в структурирован-

⁹⁰ Singh J.P., Desmarais S.L., Hurducas C., Arbach-Lucioni K., Condemarin C., Dean K., Doyle M., Folino J.O., Godoy-Cervera V., Grann M., Mei Yee Ho R., Large M.M., Nielsen L.H., Pham T.H., Rebocho M., Reeves K.A., Rettenberger M., de Ruiter C., Seewald K., Otto R.K. International Perspectives of the Practical Application of Violence Risk Assessment: A Global Survey of 44 Countries // *International Journal of Forensic Mental Health*. – 2014. – Vol.13. – P.193-206.

ное профессиональное руководство для клинической практики”⁹¹.

Несмотря на распространенность в практике, формализованные инструменты оценки риска насилия, прежде всего актуарные, подвергаются серьезной критике, в частности, в отношении допустимости использования данных, полученных в результате статистических исследований при прогнозе насилия в индивидуальных случаях. “В центре дискуссии вопрос о том, в какой мере актуарная оценка риска, рассчитанная на уровне группы, применима – морально, логически или математически – к любому конкретному индивиду, относящемуся к этой группе”⁹².

Некоторые авторы с помощью математических методов доказывают непригодность актуарных инструментов для прогноза насильственного поведения в отношении конкретного человека⁹³ и приходят к выводу, что актуарные инструменты оценки риска не могут распознать вероятность будущего насилия на индивидуальном уровне “с какой-либо разумной степенью точности или определенности”⁹⁴.

Так, изучение уровня насилия среди лиц, классифицированных с помощью 9 самых распространенных в практике формализованных инструментов, среди которых были VRAG и HCR-20, как представляющие высокий риск, показало, что рассчитанный уровень насилия среди этих лиц различался и между использованными инструментами, и внутри них. Более высокий уровень

⁹¹ Doyle M., Dolan M. Predicting Community Violence from Patients Discharged from Mental Health Services // *British Journal of Psychiatry*. – 2006. – Vol. 189. – Iss.6. – P.520.

⁹² Scurich N., Monahan J., John R.S. Innumeracy and Unpacking: Bringing the Nomothetic / Idiographic Divide in Violence Risk Assessment // *Law and Human Behavior*. – 2012. – Vol. 36. – No.6. – P.548.

⁹³ См., например: Hart S.D., Michie C., Cooke D.J. Precision of Actuarial Risk Assessment Instruments: Evaluating the ‘Margin of Error’ of Group v. Individual Prediction of Violence // *British Journal of Psychiatry*. – 2007. – Vol.190. – Iss. 49. – P.60-65.

⁹⁴ Hart S.D., Cooke D.J. Another Look at the (Im-)precision of Individual Risk Estimates Made Using Actuarial Risk Assessment Instruments // *Behavioral Sciences and the Law*. – 2013. – Vol. 31. – No.1. – P.81.

насилия для рассматриваемой группы прогнозировался в тех исследованиях, где такой риск оценивался выше и для пациентов, не попавших в группу высокого риска. Также риск насилия увеличивался, когда коэффициент насилия среди населения в целом был выше, что учитывалось в исследовании, а также когда использовались методики, относящиеся к категории структурированных профессиональных суждений, и когда в исследовании была меньшая доля лиц мужского пола. Последний результат совпадает с другими данными, согласно которым мужской пол не является столь значимым фактором риска насилия для лиц с психическими расстройствами, в отличие от населения в целом, и выступает аргументом в пользу высказанной в зарубежной литературе точки зрения о недооценке распространенности насилия среди женщин, имеющих проблемы с психическим здоровьем⁹⁵.

Авторы данного исследования, собравшие информацию о 13045 лицах (57 выборок), наблюдавшихся в 47 независимых исследованиях в 13 странах, пришли к выводу о необходимости аккуратности в использовании оценок риска, полученных с помощью формализованных методик, особенно в тех случаях, когда такие оценки могут повлиять на решения, касающиеся индивидуальной свободы и общественной безопасности (к примеру, о госпитализации в обычные или судебно-психиатрические стационары, выписке из таких стационаров или продолжительности внебольничного наблюдения)⁹⁶.

Другие авторы обращают внимание на то, что оценка риска имеет смысл не сама по себе, а лишь тогда, когда приводит к действиям, которые могут уменьшить будущий вред. Однако исследований, содержащих доказа-

⁹⁵ См.: Dean K., Walsh E., Moran P., Tyrer P., Creed F., Byford S., Burns T., Murray R., Fahy T. Violence in women with psychosis in the community: prospective study // *British Journal of Psychiatry*. – 2006. – Vol. 188. – Iss. 3. – P.264-270.

⁹⁶ См.: Singh J. P., Fazel S., Gueorguieva R., Buchanan A. Rates of violence in patients classified as high risk by structured risk assessment instruments // *British Journal of Psychiatry*. – 2014. – Vol. 204. – Iss.3. – P.180-187.

тельства такой пригодности оценок риска, крайне мало по сравнению с множеством публикаций о статистических аспектах таких оценок⁹⁷.

В зарубежной литературе также обсуждаются последствия некорректной оценки риска для конкретного лица. С одной стороны, неправильный прогноз относительно высокого риска индивида может привести к ограничению его прав, в частности, к недобровольной госпитализации. Ярлык “представляет высокий риск” также имеет эффект стигматизации со всеми вытекающими из этого последствиями для человека. С другой стороны, неточный прогноз относительно низкого риска насилия в отношении пациента, который после выписки из психиатрического стационара насилие проявляет, может иметь весьма неблагоприятные последствия и для специалиста, и для медицинского учреждения, где он работает⁹⁸.

И все же критика существующих инструментов оценки риска не приводит к отказу от их использования в клинической практике. При этом в литературе указываются направления новых исследований, которые могли бы способствовать созданию иных, прогностически более точных методик. Одни авторы полагают, что пора сменить направление исследований и перейти от прогнозирования насилия к изучению его причин и предупреждению их проявления⁹⁹. По мнению других авторов, новые исследования следует направить на совершенствование уже имеющихся методик прогноза насилия, особенно в краткосрочной перспективе, а также на прояснение механизмов корреляции факторов риска и насильственного

⁹⁷ См.: Ward T., Large M. Little Evidence for the Usefulness of Violence Risk Assessment // *British Journal of Psychiatry*. – 2013. – Vol.202. – Iss.6. – P.468.

⁹⁸ Подробнее см.: Miller S.L., Brodsky S.L. Risky Business: Addressing the Consequences of Predicting Violence//*Journal of American Academy of Psychiatry and Law*. – 2011. – Vol.39. – P. 396-401.

⁹⁹ См.: Skeem J.L., Monahan J. Current Directions in Violence Risk Assessment // *Current Directions in Psychological Science*. – 2011. – Vol. 20. – No.1. – P.38-42.

поведения и на повышение клинической полезности актуарных инструментов¹⁰⁰.

А пока специалистам, работающим с актуарными и иными инструментами прогноза риска насилия, надо иметь в виду, что все они имеют определенную прогностическую ценность, но не сильно отличаются по своей эффективности¹⁰¹, поэтому результаты формализованных оценок не должны использоваться в качестве единственного или основного доказательства при принятии клинических и иных, имеющих юридически значимые последствия, решений.

В качестве отечественного опыта применения методики HCR-20 (Оценка риска насилия; Версия 2) приводим результаты обследования пациентов, в отношении которых исполнялись принудительные меры медицинского характера в психиатрическом стационаре специализированного типа (Макушкина О.А., Жарова Е.Н., Буравцов К.А., 2016).

С использованием официального перевода с английского языка второй версии HCR-20 (Кристофер Д. Вебстер, Кевин С. Даллас, Дерек Ивз, Стивен Д. Харт; пер. с англ.: М.В. Леонтьевой, В.В. Ручкина, 2009) были обследованы 59 больных, экскульпированных судами по фактам совершения ООД, и находившихся на принудительном лечении. Из них 28 женщин и 31 мужчина.

Наиболее распространенными у обследованных были расстройства шизофренического спектра (61,02%). Доля органических психических расстройств и умственной отсталости в их нозологической структуре была практически равнозначна и составляла 16,95 и 11,86% соответственно. Иные психические расстройства (острое полиморфное психотическое расстройство, синдром за-

¹⁰⁰ См.: Buchanan A. Risk of Violence by Psychiatric Patients: Beyond the "Actuarial Versus Clinical" Assessment Debate//Psychiatric Services. – 2008. – Vol.59. – P.184-190.

¹⁰¹ Подробнее см.: Yang M., Wong S.C.P., Coid J. The Efficacy of Violence Prediction: A Meta-Analytic Comparison of Nine Risk Assessment Tools // Psychological Bulletin. – 2010. – Vol.136. – No.5. – P.740-767.

висимости от психоактивных веществ и др.) имели место у 8,47% пациентов.

Как уже было сказано выше, в руководстве по проведению оценки риска насилия (HCR-20) представлено 3 блока основных признаков, относящихся к прошлому, настоящему и будущему обследуемого. Каждый отдельный признак оценивается по 3-балльной шкале (0, 1, 2).

Первый блок – “анамнестические признаки” (H) включает 10 факторов. Максимальная сумма баллов по данному блоку составляет 20. По мнению разработчиков методики, именно анамнестические факторы являются “лучшими прогностическими показателями” риска насилия. В процедуре оценки данному блоку придается значение, равное сумме признаков в отношении 2 других блоков.

Второй блок HCR-20 обозначен как “клинические признаки” (C), состоит из 5 параметров, которые оцениваются на основании клинического анализа психического состояния испытуемого в период исследования. Максимально возможный суммарный балл по данному блоку равен 10.

Третий блок “факторы управления риском” (R) основан на прогнозировании способности приспособления обследуемого к будущим обстоятельствам. Авторы HCR-20 отмечают возможность разделения данного блока признаков на 2 ситуации определения риска насилия: “внутри” – в стенах учреждения, в котором находится испытуемый на момент исследования, и “вне” – с учетом его возвращения в общество. Как в первом, так и во втором варианте, максимально возможный суммарный результат по данному блоку составляет 10 баллов.

Оценка перечисленных факторов в процессе обследования больных проводилась в 3 этапа: 1. Анализ анамнестических сведений до поступления на принудительное лечение. 2. Клиническая беседа, наблюдение, оценка психического статуса. 3. Оценка социального статуса и возможности адаптации после отмены принудительного лечения.

Общая оценка по HCR-20 всех обследованных больных была равна 1288 баллам, что составило в среднем 21,83 балла на одного пациента.

Суммарный балл по блоку анамнестических признаков – 683 (53,02% от суммы общей оценки по 3 блокам). Наиболее высокую оценку в данном блоке имели признаки Н1 (насилие в прошлом) и Н6 (выраженное психическое расстройство) (табл. 1). Оба признака не меняли своего значения у больных в процессе исполнения принудительных мер медицинского характера.

Таблица 1

Схема подсчета баллов по блоку анамнестических признаков и их процентные соотношения

Признаки	Оценка признака в баллах	Доля от суммарного балла по данному блоку (%)
Н1 насилие в прошлом	102	14,93
Н2 молодой возраст на момент первого эпизода насилия	56	8,2
Н3 нестабильность взаимоотношений	68	9,96
Н4 проблемы с трудоустройством	74	10,83
Н5 проблемы, связанные со злоупотреблением алкоголем	72	10,54
Н6 выраженное психическое расстройство	90	13,17
Н7 психопатия	33	4,83
Н8 проблемы адаптации в раннем возрасте	62	9,08
Н9 расстройство личности	60	8,78
Н10 нарушение требований надзора в прошлом	66	9,66
Суммарный балл	683	100

Проведение оценки и последующая ее интерпретация применительно к прогнозу вероятности риска опасного поведения больных имели определенные затруднения в отношении таких признаков данного блока, как Н1 – “насилие в прошлом” и Н2 – “молодой возраст на момент первого эпизода насилия”, так как часть обследованных пациентов не имели в анамнезе эпизодов насилия, но совершали общественно опасные действия, которые не несли потенциальной опасности для человека.

Анамнестические признаки Н3 – “нестабильность взаимоотношений” и Н4 – “проблемы с трудоустройством” имели неоднозначную оценку у лиц с тяжелыми психическими расстройствами, лишаящими индивида возможности работать, способности формировать и поддерживать стабильные длительные отношения. В качестве примера можно привести больных с умеренной или тяжелой степенью умственной отсталости либо шизофренией с неблагоприятным типом течения болезненного процесса. Такие пациенты, кроме выраженных нарушений способности к труду и общению с окружающими, имеют нарушения критических способностей, большей части из них определена группа инвалидности. Факт рассмотрения признаков Н3 и Н4 в качестве факторов риска их общественной опасности вызывал некоторые сомнения с учетом особенностей социализации указанной категории больных.

Факторы Н5 – “проблемы, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами” (имели место у 55,9% обследованных больных), Н7 – “психопатия” (оценивался с использованием шкалы PCL-R), Н9 – “расстройство личности” и Н10 – “нарушение требований надзора в прошлом” были информативными для прогноза степени вероятности опасного поведения у лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, о чем свидетельствуют результаты катamnестического наблюдения за больными в процессе их пребывания в стационаре после обследования.

Анамнестические признаки являлись статичными и не меняли своего значения вне зависимости от продолжительности и эффективности проведенной лечебно-реабилитационной работы. У обследованных пациентов, в отношении которых было принято решение об отмене ПММХ в стационаре специализированного типа, общая оценка по блоку анамнестических признаков НСR-20 превышала таковую у больных, находившихся на принудительном лечении менее года (табл. 2).

Таблица 2

Результаты оценки риска опасного поведения у больных, находившихся на принудительном лечении, с использованием НСR-20

Показатели	Длительность ПЛ менее года	Длительность ПЛ более года	Больные с решением об отмене ПММХ в стационаре специализированного типа
Общая сумма баллов по НСR-20	24	23	21
Доля анамнестических признаков	50%	52,17%	57,14%
Доля клинических признаков	20,80%	21,74%	19,05%
Доля факторов управления риском	29,20%	26,09%	23,8%

При этом суммарная оценка этого блока признаков составляла 50% и более от величины общей оценки больных по НСR-20, что затрудняло анализ достижения цели принудительного лечения и возможность его отмены. В данной связи, на наш взгляд, блок анамнестических признаков не может являться определяющим при решении вопроса об отмене либо продлении ПММХ. Однако его анализ способствует более полной оценке факторов риска опасного поведения.

Блок “клинические признаки” шкалы HCR-20 дает возможность получения динамической информации и представляет особый интерес ввиду важности психопатологических проявлений в генезе опасного поведения лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами.

Суммарная оценка по данному блоку у обследованных больных была равна 282 баллам – 21,89% от общей суммы по HCR-20. Максимальные значения имели факторы С1 (недостаточно критическое отношение к себе) и С3(активная психопатологическая симптоматика психического расстройства) (табл. 3).

Таблица 3

Схема подсчета баллов по блоку клинических признаков и их процентные соотношения

Признаки	Оценка признака в баллах	Доля от суммарного балла по данному блоку (%)
С1 недостаточно критическое отношение к себе	97	34,39
С2 негативные установки	32	11,35
С3 активная психопатологическая симптоматика психического расстройства	54	19,14
С4 импульсивность	51	18,08
С5 отрицательное отношение к лечению	48	17,03
Суммарный балл	282	100

Ни один из обследованных пациентов, находившихся на принудительном лечении, не получил оценку по признаку С1, равную 0 баллов. Порядка 13% больных с формальной критикой к имеющемуся заболеванию, совершенному правонарушению имели оценку в 1 балл. Ее значение не изменялось в процессе лечения у пациентов,

страдающих тяжелыми психическими расстройствами, клинико-динамические особенности которых определяли отсутствие критики к своему состоянию, наличие психического расстройства либо ее формальный характер.

Информативными при оценке риска опасного поведения больных, находящихся на принудительном лечении, были клинические признаки СЗ – “активная психопатологическая симптоматика психического расстройства”, С2 – “негативные установки”, С4 – “импульсивность” и С5 – “отрицательное отношение к лечению”.

Как показывает клинический опыт, в ситуации принятия решения об отмене либо продлении исполнения ПММХ, блок клинических признаков может быть расширен ввиду важности клинико-психопатологических факторов в формировании опасного поведения больных тяжелыми психическими расстройствами и необходимости проведения их динамической оценки с учетом, в том числе, дефицитарных нарушений. Целесообразным представляется как увеличение количества анализируемых признаков, так и величины их суммарной оценки.

Анализ клинических прогностических показателей допускает вывод о том, что их оценка может быть проведена специалистами психиатрами либо комплексно с привлечением клинических психологов. В противном случае можно говорить о подмене профессиональных компетенций при использовании подобной методики специалистами немедицинского профиля.

Третий блок НСР-20 – “факторы управления риском” направлен на прогнозирование адаптации обследуемых к будущему изменению обстоятельств, что предполагает некоторую гипотетичность проводимой оценки в силу разнообразия дестабилизирующих и стрессорных факторов, значимых в генезе опасного поведения психически больных, и чрезвычайной сложности долгосрочного прогноза их воздействия.

Суммарная оценка по блоку факторов управления риском у обследованных пациентов составила 323 бал-

ла – 25,08% от суммы общей оценки по трем блокам HCR-20.

Максимальные значения имели факторы R1 (недостаточная осуществимость планов), R2 (подверженность дестабилизирующим факторам) и R4 (несоблюдение лечебных рекомендаций) (табл. 4).

Таблица 4

**Схема подсчета баллов по блоку факторов управления риском
и их процентные соотношения**

Признаки	Оценка признака в баллах	Доля от суммарного балла по данному блоку (%)
R1 недостаточная осуществимость планов	76	23,53
R2 подверженность дестабилизирующим факторам	71	21,98
R3 недостаток личной поддержки	57	17,65
R4 несоблюдение лечебных рекомендаций	70	21,67
R5 стресс	49	15,17
Суммарный балл	323	100

Большая часть обследованных были одиноки либо находились в конфликте с родственниками и близкими людьми, которые не могли взять часть ответственности за выполнение лечебных рекомендаций, а также за создание благоприятных условий для дальнейшей реабилитации. Данный факт оказывал влияние на значения признаков из блока “факторы управления риском”.

Объективно оценивая практику организации психиатрической помощи в стране, следует заметить, что при анализе признака R1 (недостаточная осуществимость планов) целесообразно определить доступность внеболь-

ничной психиатрической помощи с учетом отдаленности места жительства обследуемого от психоневрологического диспансера либо кабинета психиатра центральной районной больницы, наличие специалистов для проведения психосоциальной реабилитации после отмены принудительного лечения.

Эффективная реабилитационная работа, направленная на формирование у больных социально приемлемых форм поведения, приверженности лечению, повышение уровня самоконтроля, отказ от приема алкоголя и психоактивных веществ может способствовать изменению круга общения с криминального на просоциальный, избавлению от болезней зависимости, соблюдению врачебных рекомендаций. Это определяет динамику факторов R2 (подверженность дестабилизирующим факторам) и R4 (несоблюдение лечебных рекомендаций) в процессе исполнения ПММХ. Ее оценка необходима при отмене либо продлении принудительного лечения, в том числе с позиций анализа эффективности лечебно-реабилитационной работы как важной меры профилактики повторного противоправного поведения больных после выписки с ПЛ.

Оценка фактора R5 (“стресс”) представляла определенные сложности с учетом необходимости долгосрочного прогнозирования. Важными компонентами ее проведения являлись анализ особенностей реагирования больного на психогению в период исполнения ПММХ, определение уровня самоконтроля и иных индивидуальных психологических особенностей, а также актуальности возможных фрустрирующих ситуаций после выписки с ПЛ.

Результаты проведенного обследования свидетельствуют о важности факторов “управления риском” при оценке степени вероятности опасного поведения после отмены ПММХ, а также о значении социальных условий, с которыми столкнется больной; особенностей организации внебольничной психиатрической помощи; доступности психосоциальной реабилитации.

Итоговый анализ общей оценки по HCR-20 выявил отсутствие различий в ее значении между пациентами, находившимися на ПЛ менее года, и больными с более длительными сроками принудительного лечения (табл. 2). У лиц, в отношении которых было принято решение об отмене ПММХ вследствие улучшения их психического состояния и снижения риска опасного поведения, отличие по данному показателю было незначительным.

У всех обследованных больных преобладала доля “анамнестических признаков”, которые, как уже было сказано выше, статичны. Изменения в оценке “факторов управления риском” были незначительны, что во многом обусловлено нехваткой ресурсов социальной и семейной поддержки, наличием большого количества дестабилизирующих факторов, воздействующих на больных после отмены ПЛ и рядом других моментов, влияние на которые со стороны сотрудников медицинской организации, исполняющей ПММХ, может быть весьма ограниченным. “Клинические признаки”, доля которых в структуре общей оценки по HCR-20 у всех 3 подгрупп пациентов была минимальна, являлись наиболее динамичными, их оценка изменялась на различных этапах лечения (табл. 2).

В качестве иллюстрации к представленному анализу, приведем следующий пример. Больная, которой по заключению психиатров рекомендовался перевод из отделения специализированного типа в психиатрический стационар общего типа, имела общую оценку по HCR-20, равную 26 из возможных 40 баллов. Из них 54% баллов приходилось на анамнестические признаки. В то же время оценка риска у пациентки, поступившей на принудительное лечение менее полугода назад, составляла 22 балла, 59% из которых приходилось на анамнестические признаки. Данные больные отличались в оценках по факторам из блока клинических признаков: С3 – “активная психопатологическая симптоматика психического расстройства” и С5 – “отрицательное отношение к лечению”, наличие которых является противопоказанием для отмены прину-

длительного лечения с использованием принятого для этих целей в нашей стране клинико-психопатологического подхода.

Сказанное является свидетельством того, что применение HCR-20 у больных с тяжелыми психическими расстройствами, находящихся на принудительном лечении, имеет вспомогательное значение при принятии решения об отмене ПММХ и является дополнением к клинико-психопатологическому методу оценки состояния и клиническому наблюдению.

В целом, по мнению авторов, ввиду важности клинико-психопатологических факторов в формировании опасного поведения больных тяжелыми психическими расстройствами, основой прогнозирования вероятности совершения повторных опасных действий в ситуации отмены либо продления исполнения принудительных мер медицинского характера, в том числе и АПНЛ, являются клинико-психопатологическое обследование и наблюдение.

Использование HCR-20 структурирует процедуру оценки степени риска опасного поведения больных; способствует более полному анализу анамнестических данных, а также объективизации факторов управления риском, которые необходимы при принятии решения о продлении либо отмене принудительных мер медицинского характера.

Ее применение требует взвешенного подхода в отечественной психиатрии, так как данная методика направлена на определение риска насилия и не предполагает прогнозирования степени вероятности совершения иных противоправных действий. В рамках уголовного права и в законодательстве о психическом здоровье ряда стран опасное поведение психически больных означает такие действия, которые характеризуются применением или угрозой применения насилия, включая причинение телесных повреждений, как правило, другим лицам (Shah S.A., 1978). При этом возможность назначения

принудительного лечения больным, совершившим имущественные правонарушения, не предусмотрена.

Под опасностью психически больного в нашей стране понимают такое психическое состояние, при котором психопатологические проявления обуславливают неправильное, неадекватное существующей ситуации поведение, в результате чего может быть нанесен физический или имущественный ущерб окружающим или самому больному. Принятый в отечественной психиатрии термин “общественная опасность” включает в себя широкий круг правонарушений, предусмотренных Особенной частью УК РФ и не ограничивающийся только насильственными действиями. Согласно действующему уголовному законодательству, при назначении и продлении принудительных мер медицинского характера необходимо соизмерять связь имеющегося у больного психического расстройства с “возможным причинением им иного существенного вреда либо с опасностью для себя и других лиц” (ч.2 ст.97 УК РФ).

Вышесказанное должно быть учтено при оценке степени риска повторного опасного поведения больных, в отношении которых исполняются принудительные меры медицинского характера.

Таким образом, при принятии решения об отмене либо продлении ПММХ, в том числе и во внебольничных условиях, наиболее значимыми по-прежнему остаются клиническое обследование пациента и наблюдение с оценкой актуальных переживаний, психопатологических синдромов, эффекта психофармакотерапии, продолжительности ремиссии, восстановления навыков социального функционирования, прогноза и критики.

При подготовке комиссионного заключения для последующего рассмотрения и решения вопроса об отмене ПММХ судами целесообразно объединение усилий в определении прогноза относительно потенциального риска опасного поведения больного подготовленных специалистов в области психиатрии с опытом проведения

принудительного лечения и медицинских психологов, ориентированных в данном профиле деятельности. При этом методика HCR-20 может рассматриваться как дополнительный метод оценки риска насилия.

Актuarные методики оценки риска насилия, равно как и HCR-20 не нашли широкого применения в нашей стране. Их анализ позволяет сделать вывод о том, что перечень используемых клинических признаков нельзя признать исчерпывающим для оценки опасности у лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, с учетом многообразия возможных психопатологических факторов, значимых в генезе опасного поведения этих лиц. Вместе с тем применение статистически значимых критериев, четкого алгоритма оценки, которому должен следовать специалист при проведении исследования, можно отнести к факторам, обеспечивающим сопоставимость результатов, повышающим объективность оценки.

В целом анализ научно-исследовательских работ о факторах риска и возможности прогнозирования совершения общественно опасных действий лицами с тяжелыми психическими расстройствами свидетельствует о том, что в настоящее время у специалистов отечественной и зарубежной практик отсутствует единая методология проведения оценки риска потенциальной опасности, позволяющая гарантировать точность прогноза.

Абсолютная его точность пока представляется недостижимой в силу сложной обусловленности и порой непредсказуемости опасного поведения этой категории больных, а также необходимости формирования долгосрочного прогноза. К примеру, врачу вряд ли удастся предсказать совершение импульсивных действий на фоне помрачения сознания или иных опасных действий под влиянием императивных галлюцинаций, но оценка потенциальной опасности конкретного пациента – одна из важных задач специалистов психиатрической службы. Ее решение требует наличия инструмента для проведения

такой оценки и обоснования достоверности полученных результатов.

Современная модель оценки риска предполагает не абстрактный прогноз будущего ООД психически больного, а связь прогнозирования с целым рядом сопутствующих обстоятельств, при наличии или отсутствии которых общественная опасность конкретного пациента определяется с высокой степенью вероятности.

Существуют методики психологической диагностики, использование которых при проведении комплексных (психолого-психиатрических) судебных экспертиз и комиссионных освидетельствований в процессе исполнения принудительных мер медицинского характера может повысить объективность и точность оценки потенциального риска опасного поведения, аргументированность заключений, выносимых в отношении лечения, профилактики и реабилитации психически больных.

К таковым относятся: Шкала оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS), Опросник ВСК (волевой уровень самоконтроля), цветовой тест Люшера, Классификация ценностей по Леонтьеву, Методика Томаса-Килманна по конфликтному образу действий.

Заслуживает внимание также использование проективных методик (таких как тест руки Вагнера), при выполнении которых испытуемые отвечают на неоднозначные и неструктурированные стимулы, что позволяет выявлять их потребности, особенности эмоционального реагирования, конфликтность.

С позиции перспективы важно формирование комплексной структурированной процедуры оценки потенциального риска опасного поведения у больных тяжелыми психическими расстройствами с использованием клинического и статистического методов, многоосевого принципа с систематизацией факторов риска опасного поведения по нескольким основаниям — клинические, личностные, патопсихологические, социальные и адаптационные.

Формирование такой процедуры оценки риска возможно путем:

- разработки единого регламента оценки опасного поведения больных тяжелыми психическими расстройствами;
- структурирования клинического подхода с выделением и описанием перечня психопатологических критериев потенциальной опасности больного;
- определения стандартизированной батареи психологических тестов с целью оценки потенциальной опасности больного психологами;
- применения методики оценки риска с использованием факторов риска, обладающих статистической значимостью.

Эффективное решение проблемы оценки риска и профилактики общественно опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами, невозможно без конструктивного междисциплинарного взаимодействия психиатров и клинических психологов.

Процедура оценки может иметь определенные особенности в зависимости от поставленных задач и ситуации. К примеру, при определении потенциальной опасности больного для себя или других лиц с целью решения вопроса о продлении либо отмене принудительного лечения необходимым является анализ динамических показателей, свидетельствующих об изменении клинко-психопатологической, патопсихологической и социальной характеристик пациента, в то время как в иных ситуациях проведение такого анализа менее значимо.

Использование структурированного подхода, многокомпонентной процедуры скрининга потенциального риска опасного поведения больных тяжелыми психическими расстройствами, основанного на единых критериях и применении регламента оценки риска, будет способствовать повышению эффективности прогноза, его объективизации и доказательности. Таким образом мы

приблизимся к решению одной из основополагающих системных задач судебно-психиатрической профилактики. Работа по созданию системы комплексной оценки общественной опасности психически больных в целях повышения эффективности превенции и психосоциальной реабилитации проводится специалистами отдела судебно-психиатрической профилактики ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России.

* * *

Совершенствование сложившегося к настоящему времени порядка предупреждения опасных действий психически больных необходимо осуществлять с комплексным развитием внебольничных форм профилактики. На сегодняшний день накоплен большой опыт работы в данном направлении, требующей своего дальнейшего развития и оптимизации.

Судебные психиатры неоднократно указывали на широкие возможности внебольничных служб по осуществлению профилактических мероприятий в отношении психически больных с опасным поведением. В зависимости от этапов развития судебной психиатрии менялся подход к организации мер по предупреждению ООД лиц с психическими расстройствами.

Данный вид деятельности требует специальной подготовки врачей-психиатров, расширения их познаний в области оценки риска потенциальной общественной опасности больных и эффективных мер по ее профилактике, а также создания в структуре психиатрических учреждений новых организационных форм, специально предназначенных для проведения такой работы. Все эти вопросы до настоящего времени не решены на должном уровне, о чем косвенно свидетельствует стабильное на протяжении ряда лет число общественно опасных действий, совершаемых лицами с психическими расстройствами, значительные показатели их повторности.

Авторы выражают надежду на то, что представленные сведения относительно деятельности амбулаторных медицинских подразделений по предупреждению опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами, будут востребованы как организаторами психиатрических служб, так и психиатрами, медицинскими психологами, иными специалистами, помогут повысить качество данной работы, будут способствовать развитию и совершенствованию психиатрической службы страны.

Л и т е р а т у р а

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.: Речь, 2008. – 280 с.

Агарков А.А., Бакуртрян А.К. История развития психотерапии взрослых в Томской областной клинической психиатрической больнице / Сибирский психологический журнал. – 2005. – № 22. – С. 44-48.

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.

Айсаев А.Т. Эффективность принудительных мер медицинского характера по данным отдаленного катамнеза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004. – 23 с.

Альфарнес С.А., Булыгина В.Г. Структурно-динамические процедуры оценки риска насилия с помощью HCR-20 и V-RISK-10 // Российский психиатрический журнал. – 2009. – № 6. – С. 12-19.

Антонян Ю.М., Гульдан В.В. Криминальная патопсихология. – М.: Наука, 1991. – 248 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. – М.–СПб., 2004. – 352 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.

Болдуева М. Е. Отдаленный катамнез больных шизофренией, совершивших повторные общественно опасные деяния // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 2. – С.19-22.

Бугрова Е.И. Несоблюдение режима внебольничной психофармакотерапии больными шизофренией: клинико-социальные и экономические аспекты: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 24 с.

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. Психосоциальная реабилитация во время принудительного лечения в психиатрическом стационаре // Российский психиатрический журнал. – 2006. – №2. – С. 12-17.

Булыгина В.Г., Абдраязкова А.М. Цели психосоциальной реабилитации во время принудительного лечения в психиатрическом стационаре // Российский психиатрический журнал. – 2006. – №2. – с.23-27.

Булыгина В.Г. Особенности диагностической и коррекционной работы в психиатрическом стационаре (отечественный и зарубежный опыт) // Российский психиатрический журнал. – № 6. – 2007. – С.4-11.

Булыгина В.Г. Роль клинической психологии в профилактике ООД психически больных // Психология и право. – № 1. –2010.

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 “ГНЦССП 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 Росздрава”, 2010. – 39 с.

Булыгина В.Г. Измерение рисков насилия в судебной психиатрии // Психологическая наука и образование. – 2011. – №1. (Электронный ресурс – <http://psyjournals.ru>).

Булыгина В.Г., Воронин В.С., Каганович Ю.Т. и др. Психокоррекционные мероприятия в практике принудительного лечения психически больных: Руководство для врачей / Под ред. В.Г. Булыгиной. – М.: ФБГУ “ГНЦ ССП им. В.П. Сербского” Минздравсоцразвития РФ, 2012. – 350 с.

Былим И.А. Основные направления реформирования региональной службы психического здоровья (клинико-социальное и экономическое обоснование): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2011. – 47 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. Вопросы предикции общественно опасных действий больных психозами на современном этапе // Российский психиатрический журнал. – 2008. – №3. – С.4-9.

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.

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.

Волчкова Т.Ф. Лечение и реабилитация больных психозами в условиях дневного стационара. Методические рекомендации // Психическое здоровье. – №6. – 2012. – С. 3-12.

Воронина Н.С., Котова Т.А. Первый опыт работы социальных педагогов в Орловской психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением // Актуальные вопросы клинической, социальной и судебной психиатрии / Под ред. В.Д. Стяжкина. – СПб., 2001. – С. 47-50.

Воронова С.А., Васильева Т.М. Динамические показатели навыков проблемно-решающего поведения у больных психозами, совершивших ООД и состоящих на активном диспансерном наблюдении // Психология и право. – №3. – 2011.

Герасимова С.М. Повторные общественно опасные действия больных психозами, совершаемые под влиянием продуктивной психопатологической симптоматики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1972. – 21 с.

Гиндикин В.Я. Клинико-статистические материалы к сравнительной характеристике психопатий и психопатоподобных состояний психозов и органического генеза: Автореф.дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1973. – 44 с.

Голланд В.Б., Казаковцев Б.А., Котов В.П. и др. Законодательные основы исполнения принудительных мер медицинского характера. – М., 2014. – 191 с.

Гурович И.Я., Зайцев Д.А., Артамонов А.А. О динамике показателей специального учета и принудительного лечения психически больных // Вопросы реабилитации психически больных совершивших общественно опасные действия. – М., 1989. – С.42-47.

Гурович И.Я. Комментарий к законодательству Российской Федерации в области психиатрии. – М., 1997. – С.188-195.

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

Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. М.: Медпрактика. – М., 2002. – 180 с.

Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Общественно-ориентированная психиатрическая служба (служба с опорой на сообщество) // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 1. – С. 5-10.

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

Гурович И.Я. Состояние психиатрической службы в России и направления ее развития к психиатрии с опорой на сообщество // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. И.Я. Гуровича, О.Г. Ньюфельда. – М.: Медпрактика, 2007. – С. 44-56.

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.

Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Психиатрическая служба в России в 2006–2011 гг. // Динамика показателей и анализ процессов развития. – М., 2012.

Гурьянова Т.В., Хисамутдинова Ю.М. Роль амбулаторного принудительного наблюдения и лечения в профилактике повторных общественно опасных действий лиц с психическими расстройствами в Республике Татарстан // Сборник тезисов Всероссийской научно-практической конференции “Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России”. – Казань, 2012. – С.16-17.

Давыдов К.В. Больные шизофренией с повторными госпитализациями (клинико-социальная характеристика и комплексная внебольничная психиатрическая помощь после выписки из стационара): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 22 с.

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.

Дианов Д.А., Абрамов С.В. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра как мера профилактики рецидива ООД психически больных // Профилактика общественно опасных действий лиц с тяжелыми психическими расстройствами во внебольничных условиях. – Тверь, 2006. – С.43-48.

Дианов А.С. Вопросы клиники и принудительного лечения больных непрерывнотекущей шизофренией с психопатоподобным синдромом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1978. – 18 с.

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

Дмитриев А.С., Винникова И.Н., Оспанова А.В. и др. Дифференцированная психофармакотерапия больных шизофренией и органическими заболеваниями головного мозга в период проведения амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра // Российский психиатрический журнал. – 2006. – №3. – С.59-63.

Дмитриев А.С., Винникова И.Н., Лазько Н.В. Лечебно-реабилитационные мероприятия в отношении больных с психопатоподобными расстройствами в условиях амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра // Профилактика общественно опасных действий лиц с тяжелыми психическими расстройствами во внебольничных условиях. – Тверь, 2006. – С.120-127.

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

Дмитриев А.С., Винникова И.Н., Лазько Н.В. и др. Терапевтические и реабилитационные аспекты принудительного лечения больных шизофренией с преобладанием в клинической картине негативных расстройств // Российский психиатрический журнал. – 2012. – №5. – С. 76-81.

Дмитриев А.С., Морозова М.В., Савина О.Ф., Винникова И.Н. Социально-психологические факторы, влияющие на эффективность принудительного лечения на различных этапах его реализации // Психическое здоровье. – 2012. – №9. – С.55-61.

Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В. Психопатология и агрессивное поведение // Материалы XIII съезда психиатров России 10–13 октября. – М., 2000. – С.204-205.

Дмитриева Т.Б., Иммерман К.Л., Качаева М.А., Криминальная агрессия женщин с психическими расстройствами: Монография. – Изд. 2-е, перераб., доп. – Медицина, 2003. – 248 с.

Дмитриева Т.Б. Проблемы и перспективы судебно-психиатрической службы в Российской Федерации // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 2. – С.4-9.

Дукорский В.В. Оптимизация сроков принудительного лечения через оценку риска совершения повторных общественно опасных деяний. – Электронный ресурс – <http://www.bsmu.by/files/mj/4-2011>.

Дукорский В.В., Скугаревская Е.И. Оценка риска насилия как часть психиатрической практики. – Электронный ресурс. – <http://www.bsmu.by/files/mj/4-2013>.

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

Заика В.Г., Бакуменко И.В., Агафонов С.К. Некоторые аспекты реабилитации при проведении амбулаторного принудительного лечения // Материалы XIV съезда психиатров России. – М., 2005. – С. 304-305.

Замер М. Динамика опасности психически больных и условия их лечения // Социальная и клиническая психиатрия. – М., 1994. – С. 71-76.

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

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

Зеневич Г.В. Актуальные задачи дальнейшего усовершенствования внебольничной психиатрической помощи // Новые формы организации психиатрической помощи и диспансеризации больных. – Курск, 1984. – С.45-48.

Иванова А.А. Амбулаторное принудительное лечение больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (клинико-социальный и реабилитационный аспекты) – Дис. ... канд. мед. наук. – Томск – Омск, 2007. – 243 с.

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

Игонин И.А., Клименко Т.В. Реабилитационно-терапевтическая программа для принудительного лечения лиц, совершивших ООД в состоянии алкогольного психоза // Принудительное лечение в психиатрическом стационаре: Руководство для врачей / Под ред. В.П. Котова. – М., 2001. – С.158-170.

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., Булыгина В.Г., Макушкина О.А. Принципы осуществления психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий в практике принудительного лечения // Сборник материалов областной научно-практической конференции “Вопросы психотерапии и психосоматических расстройств”. – Пенза, 2012. – С. 131-133.

Казаковцев Б.А., Макушкина О.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в системе судебно-психиатрической профилактики // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием “Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России” и научно-практическая конференция “Современные проблемы социальной и клинической сексологии”, тезисы / Под ред. проф. Н.Г. Незнанова, проф. К.К. Яхина. – СПб. – 2012. – С.312-313.

Казаковцев Б.А., Макушкина О.А., Булыгина В.Г. Полипрофессиональная бригада в практике принудительного лечения // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. проф. В.В. Вандыша. – М.: ФГБУ “ГНЦССП им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2013. – Вып. 10. – С. 62-74.

Казаковцев Б.А., Макушкина О.А., Булыгина В.Г., Букреев Н.В. 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.

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

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

Клименко Т.В. Психопатоподобные состояния шизофренического и травматического происхождения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1985. –24 с.

Климчук В.А. Тренинг внутренней мотивации. – СПб.: Речь, 2006. – 76 с.

Колошина Т.Ю., Трусь А.А. Арт-терапевтические техники в тренинге: характеристики и использование: Практическое пособие для тренера. – СПб.: Речь, 2010. – 189 с.

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

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

Кондратьев Ф.В. общественно опасные действия психически больных (анализ формирования опасных тенденций и причин их реализации) // Материалы Первого съезда психиатров социалистических стран. – М., 1987. – С.351-357.

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. Особенности диагностирования шизофрении у больных, совершивших общественно опасные деяния: Пособие для врачей. – М., 2006. – 54 с.

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

Копытин А.И. Арт-терапия психических расстройств. – СПб.: Речь, 2011. – 368 с.

Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. – СПб., 1991. – Т. 1. – С. 8-15.

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

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

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

Котов В.П., Мальцева М.М. Некоторые дискуссионные аспекты проблемы общественной опасности // Психиатрия и общество. – М., 2001. – С.255-269.

Котов В.П., Абрамов С.В., Березанцев А.Ю. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра лиц с тяжелыми психическими расстройствами: Методические рекомендации. – М., 2003. – 24 с.

Котов В.П., Мальцева М.М. Клинические аспекты первичной профилактики опасных действий психически больных // Профилактика общественно опасных действий лиц с тяжелыми психическими расстройствами во внебольничных условиях. – Тверь, 2006. – С. 37-43.

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

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

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

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

Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Аристова Т.А. Функциональный диагноз при эндогенных психических заболеваниях: Пособие для врачей. – СПб.: СПб НИИПИ им. В.М. Бехтерева, 2011. – 37 с.

Кристофер Д. Вебстер, Кевин С. Даллас, Дерек Ивз, Стивен Д. Харт Оценка риска насилия. HCR-20; Версия 2 / Под ред. О.А. Пономарева: Пер. с англ. – Вильнюс: Изд. ЗАО “Котет”, 2009. – 94 с.

Кудрявцев И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. – М., 1999. – 495 с.

Кудрявцев И.А., Дозорцева У.Г., Симоненкова М.Б. Применение проективных методов для психологического исследования аномалий влечения // Проблема расстройств влечений в судебно-психиатрической практике. – М., 1991. – С. 17-24.

Лиманкин О.В. Актуальные проблемы внедрения реабилитационных технологий в практику психиатрических учреждений // Социальная и клиническая психиатрия. – СПб., 2012. – Т. 22. – № 3. – С. 99-105.

Линдеманн М. Лечение неизлечимых. Наброски по поводу голландского долгосрочного пилотного проекта “Фельдихт” // *Rertand Psychiatric*. – 2001. – Vol.19. – P.21-26.

Лунц Д.Р. О психопатологических механизмах опасных действий больных психозами и условиях, способствующих их реализации // *Профилактика общественно опасных действий, совершаемых психически больными*. – М., 1972. – С. 5-9.

Литвинцева М.С. Роль бредовых идей в общественно опасном поведении больных психозами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1977. – 16 с.

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

Макушкина О.А., Яхимович Л.А. Основные принципы деятельности медицинских служб по внебольничной профилактике общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2012. – № 6. – С. 35-41.

Макушкина О.А., Яхимович Л.А., Голланд В.Б. Активное диспансерное наблюдение как мера профилактики ООД в работе внебольничных подразделений психиатрической службы // *Судебно-психиатрическая профилактика в Российской Федерации: Аналитический обзор*. – М., 2012. – С. 33-42.

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

Макушкина О.А., Румянцев В. А. К вопросу обеспечения качества судебно-психиатрической профилактики во внебольничных условиях // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2013. – №2 (77). – С.35-40.

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

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

Макушкина О.А., 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., Булыгина В.Г., Стяжкин В.Д., Белякова М.Ю. Современный опыт психосоциальных вмешательств в практике принудительного лечения: Аналитический обзор. – М.: ФГБУ “ГНЦССП им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2014. – 107 с.

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

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

Макушкина О.А. Прогнозирование риска общественной опасности у лиц с психическими расстройствами: проблемы, отраслевые задачи // Российский психиатрический журнал. – 2015. – № 4. – С. 56-66.

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

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

Мальцева М.М., Котов В.П., Абрамов С.В. Роль психоневрологического диспансера в профилактике опасных действий психически больных // Актуальные вопросы клинической социальной и судебной психиатрии. – СПб., 2001. – С. 82-83.

Мальцева М.М. Психопатологические механизмы ООД больных с психическими расстройствами: Руководство по судебной психиатрии. – М., 2004. – Ч.V, Гл. 36. – С. 433-443.

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.

Медицинская и судебная психология. Учебное пособие / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Ф.С. Сафуанова. – М.: Генезис, 2004. – С. 99-123.

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

Морозов Г.В. Задачи профилактики ООД и дифференцированные принципы лечения и социальной реабилитации психически больных: Тезисы докладов 6-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. – М., 1975. – Т. 1. – С. 412-416.

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

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 психическими заболеваниями // Российский психиатрический журнал. – 2011. – №3. – С.4-9.

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

Мохоныко А.Р., Шукина Е.Я. Клинико-эпидемиологический анализ психически больных, совершивших общественно опасные действия // Психиатрия и общество. – М., 2001. – С. 275-288.

Назарова Н.В. Особо опасные агрессивные действия психически больных в аспекте их профилактики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1990. – 28 с.

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

Недопил Н. Опасны ли психически больные? (Мифы и факты) // Российский психиатрический журнал. – 2001. – №3. – С.4-11.

Недопил Н. Основания для заключения о вменяемости // Социальная и клиническая психиатрия. – 1992. – Т.2. – №1. – С.42-47.

Никонов В.П. Дифференцированная профилактика опасного поведения больных психическими заболеваниями во внебольничных условиях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1993. – 19 с.

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

Оспанова А.В. Клиника и терапия психопатоподобных и аффективно-бредовых расстройств на этапах принудительного лечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004. – 24 с.

Открытый диалог в психиатрической практике Баренц-региона / Под ред. П.И. Сидорова, Я. Сейкулы. – Архангельск: СГМУ, 2003. – С. 368.

Подольский Г.Н. Клинико-социальная характеристика психически больных со стойким опасным поведением и принципы дифференцированной профилактической работы с ним: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1995. – 21 с.

Полубинская С.В. Опасность лиц, страдающих психическими расстройствами, в исследованиях и практике // Независимый психиатрический журнал. – 2008. – №1. – С. 19-23.

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

Постановление Конституционного Суда РФ от 21 мая 2013 г. №10-П по делу о проверке конституционности частей второй и четвертой статьи 443

Уголовно–процессуального кодекса Российской Федерации в связи с жалобой гражданина С.А. Первова и запросом мирового судьи судебного участка № 43 города Кургана. – Официальный интернет–портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 23.05.2013, Российская газета от 29 мая 2013 г., СЗ РФ. – 2013. – № 22. Ст.2861.

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. № 566 “Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения”. – Российская газета. – 2012. – 25 июля.

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, 2009. – 672 с.

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

Руженков В.А., Боева А.В. и др. Некоторые аспекты психологической коррекции отношения к болезни больных психозами // Правовые и этические проблемы психиатрической помощи, материалы научно-практической конференции. – Москва, 2009. – С. 152-153.

Румянцева Г.М. Предупреждение общественно опасных действий больных психозами: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1988. – 45 с.

Русина В.В. Качаева М.А. Клинические и социальные факторы риска криминальной агрессии женщин с органическими непсихотическими психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. – 2009. – № 2. – С. 8-12.

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.

Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Эффективные программы профилактики зависимости от наркотиков и других форм зависимого поведения. – М., 2004. – 103 с.

Сторожакова Я.А. Роль специалиста по социальной работе и социального работника полипрофессиональной бригады, оказывающей психиатрическую помощь // Профилактика ООД лиц с тяжелыми психическими расстройствами во внебольничных условиях. – Тверь, 2006. – С. 87-100.

Стяжкин В.Д., Тарасевич Л.А. Современные реабилитационные программы в условиях принудительного лечения психически больных // Актуальные вопросы клинической, социальной и судебной психиатрии / Под ред. В.Д. Стяжкина. – СПб., 2001. – С. 20-21.

Тихоненко В.А. Комментарий к законодательству Российской Федерации в области психиатрии. – М., 1997. – С. 169-182.

Уайтли Дж. С. Свобода и принуждение. Пристальный взгляд на судебную психиатрию // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – Т.6, №4. – С.119-130.

Усов Г.М. Недобровольная госпитализация в психиатрический стационар: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. –Новосибирск, 2002. – 19 с.

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.

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

Усов Г.М., Иванова А.Л. Принципы вторичной профилактики особой общественной опасности больных шизофренией // Психическое здоровье. –2011. – № 1. – С. 60-65.

Усюкина М.В., Корнилова С.В. Оценка общественной опасности больных эпилепсией // Проблемы профилактики общественно опасных действий психически больных. – М.:Троицкое, 2007. – С. 156-159.

Федоров А.Е., Федоров БА. Использование интегративной психотерапевтической методики в реабилитации психически больных/ Материалы научно–практической конференции” “Правовые и этические проблемы психиатрической помощи” – М.: Из-во ЗАО Юстицинформ, 2009. – С.193-195.

Фергаген Д. Проблемы больничной психиатрической помощи в Нидерландах // Социальная и клиническая психиатрия. – 1991. – №1. – С. 47-50.

Фопель К. Групповая сплоченность. Психологические игры и упражнения: Пер. с нем. – М.: Генезис, 2010. – 330 с.

Фрейеров О.Е. Об источниках общественно опасных деяний больных шизофренией в дефектных состояниях и некоторые особенности судебно-психиатрической экспертизы таких больных // Материалы четвертого съезда невропатологов и психиатров. – Киев, 1967. – Т.3. – С. 101-103.

Цыганков Б.Д., Король И.С., Чебуракова Т.А., Особенности оказания психосоциальной помощи больным шизофренией в рамках мультидисциплинарного подхода к терапии и реабилитации такой категории пациентов: Методическое пособие. – Краснодар, 2007.

Чебуракова Т.А., Стрижев В.А. К вопросу о психосоциальном лечении в аспекте психообразовательной работы с больными шизофренией// Правовые и этические проблемы психиатрической помощи: материалы

научно-практической конференции / Под ред. В.С. Ястребова. – М.: Юстицинформ, 2009. – С. 195-197.

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.

Шестернин С.Л. Российско-шведский опыт сотрудничества в области психосоциальной реабилитации // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи (в двух томах) / Под ред. О.В. Лиманкина. – СПб.: Ковчег, 2009. – Т. II. – С. 361-367.

Шишков С.Н. Проблемы совершенствования российского законодательства в области судебной психиатрии // Судебная психиатрия. Методические и организационные проблемы современной судебно-психиатрической практики / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2004. – Вып. 1. – С. 208.

Шишков С.Н. Исполнение принудительных мер медицинского характера (проблемы правового регулирования) // Законность. – 2007. – №6. – С. 2-6.

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

Шнабель П. Служба психического здоровья: не только психиатрия. Здоровье и здравоохранение в Нидерландах. – Киев: Сфера, 1998. – С.158-172.

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

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

Шумаков В.М. Проблема первичной профилактики общественно опасных действий психически больных // Актуальные вопросы неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – М., 1985. –Т. 1. – С. 433-436.

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

Юрьева Л.Н. Психотерапия и психокоррекция в условиях принудительного лечения // Проблемы судебно-психиатрической профилактики. – М., 1994. – С.104-110.

Яхимович Л.А. Критерии назначения амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра больным, совершившим общественно

опасные деяния в психотическом состоянии // Актуальные вопросы охраны психического здоровья населения. – Краснодар, 2003. – С. 394-396.

Яхимович Л.А. Дифференцированные критерии назначения амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра // Материалы XIV съезда психиатров России. – М., 2005. – С. 322-323.

Яхимович Л.А. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра как мера медицинского характера в отношении больных, совершивших общественно опасные деяния // Материалы Российской конференции “Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии”. – М., 2007. – С.249.

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

Яхимович Л.А., Макушкина О.А., Абрамов С.В., Голланд В.Б. Показатели оценки эффективности внебольничной профилактики общественно опасных действий психически больных // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. В.В. Вандыша. – М.: ФГБУ “ТНЦССП им. В.П. Сербского” Минздравсоцразвития России, 2012. – Вып. 9. – С.231-240.

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

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

Adshead G., Sarkar S.P. Justice and welfare: Two ethical paradigms in forensic psychiatry. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. – 2005. – Vol. 39. – P. 1011-1017.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington (DC): American Psychiatric Association. – 1994.– P.866.

Andrews D.A. The Level of Supervision Inventory (LSI). –Toronto, Canada: Ontario Ministry of Correctional Services. – 1982.

Appelbaum P. S., Robbins P. C., Monahan J. Violence and delusions. ... Criminal Behaviour and Mental Health. – 2000. – Vol. 6. – P. 199-205.

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.

Bailey J., Mac Culloch M. Characteristics of 112 cases discharged directly to the community from a new special hospital, and some comparisons of performance // *J. Forensic Psychiatry*. –1992. –Vol. 3. –P.91-112.

Bailey J., Mac Culch M. Patterns of reconviction in patients discharged directly to the community from a special hospital: implications for after care // *J. Forensic Psychiatry*. –1992. –Vol. 3. –P. 445-461.

Bauer M., Kunze H., von Cranach M., Fritze J., Becker T. Psychiatric Reform in Germany // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2001. – Vol. 104. – S. 410. – P. 27-35.

Becker T., Vasquez-Barquero J.L. (2001). The European perspective on psychiatric reform. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, – 2001. – 104(s410).– P.8-14.

Bernstein D.P., Arntz A., Schema Focused Therapy in Forensic Settings: Theoretical Model and Recommendations for Best Clinical Practice *International Journal of Forensic Mental Health* 2007, Vol. 6, No.2, P.169-183.

Binder R. & Mc Neil D. Effects of diagnosis and context of dangerousness // *American Journal of Psychiatry*. – 1988. –145. –P. 728-732.

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.

Boer D.P., Hart S.D., Kropp P.R., Webster C.D. Manual for the sexual violence Risk–20. Professional guidelines for assessing risk of sexual violence. –1997 Burnaby, BC Mental Health. Law and Policy Institute. Simon Fraser University.

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.

Bordenn W.A. A history of justice: origins of law and psychiatry / *Journal of the academy of psychiatry and the law*. –1999. –Vol.24. – №2. –P.12-14.

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. – P. 576-582.

Brekke J.S., Prindle C., Bae S.W., Long J.D. Risks for individuals with schizophrenia who are living in the community. *Psychiatr.Serv.* – 2001. – Vol.52. –P.1358-1366.

Buchanan A. Risk and dangerousness. *Psychological Medicine*. –1999. –Vol. 29. –P. 465-473.

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.

Bursten B. Post hospital mandatory outpatient treatment // The American journal of psychiatry. –1986. –Vol. 143. – № 10. – P. 1255-1258.

Bustillo J.R., Lauriello J., Horan W.P., Keith S.J. The psychosocial treatment of Schizophrenia: An update // American Journal of Psychiatry. – 2001.– Vol. 158. – P. 163-175.

Cascardi M., Mueser K.T., De Giralomo J. et al. Physical aggression against psychiatric inpatients by family members and partners // Psychiatr. Serv. – 1996. –Vol. 47. – P.531-33.

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.

Dean K., Walsh E., Mortan P., Tyrer P., Creed F. et al. Violence in women with psychosis in the community: prospective study. British J. Psychiatry. –2006. –Vol. 188. –P.264-270.

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

Elbogen E. The Intricate Link Between Violence and Mental Disorder / E. Elbogen, S. Johnson // 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.

Exworthy T., Parrot J. Comparative evaluation of a diversion from custody scheme. // Journal Forensic Psychiatry. – 1997. –Vol. 8 (2). –P. 406-416.

Fawcett J. Compliance: definitions and key issues // J. Clin. Psychiatry. – 1995. – №56. – P. 4-10.

Feillard J. La psychiatrie medico-légale, de l'expertise a la question des malades dangereux // Journal francais de psychiatrie.– 2003/2. – № 19

Fulwiler C., Grossman H., Frobes C., Ruthazer R. Early onset substance abuse and community violence by outpatients with chronic mental illness // Psychiatr. Serv. –1997. –Vol. 48. –P. 1181-5

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

Gerard M., Zwingenberger M. Les sorties d'essai: evolution et perspectives // L'information Psychiatrique. –2006. –Vol. 82. –P. 481-93.

Gerdtz J. mental illness and the roman physician: the legacy of Soranus of Ephesus // Hospital and community psychiatry. –1994. –Vol. 45. –P. 485.

Ghaemi S.G. Paradigms of psychiatry: Electicism and its discontents// Current Opinion in Psychiatry. – 2006. – Vol. 19.– P. 619-624.

Goldstein A.P., Krasner L., Garfield S.L. [Behavioral Family Intervention. Psychology Practitioner Guidebooks](#) //Med Care 2007. – Vol. 45. – P.363-369.

Gottfredson, D.M. & Bonds, J.A. A manual for intake base expectancy scoring. –1961. San Francisco: California Department Corrections, Research Division.

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.

Haddock G. et al Cognitive-behaviour therapy for inpatients with psychosis and anger problems within a low secure environment // Behavioural and Cognitive Psychotherapy. – 2004. – Vol. 32. – P. 77-98.

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

Halter C.A., Bond G.R., Graaf-Kaser R.D. How treatment of persons with serious mental illness is portrayed in undergraduate psychology textbooks // Comm. Mental Health J. – 1992. – Vol. 28, N 1. – P. 29-42.

Hare R.D. Manual for the Hare Psychopathy Checklist–Revised. –Toronto, Canada: Multi–Health Systems, 1991.

Hare R.D. Manual for the Revised Psychopathy Checklist. – Toronto, Canada, Multi–Health Systems, 2003. – P.101.

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. Jou. Law Psychiat. –1993. –Vol. 16. –P. 133-150.

Herbert B., Downs L., Young A. Assisted outpatient treatment comes to California – or does it? // J. acad. Psychiatry. –2003. –Vol. 31. –P. 249-254.

Hewitt D. This strange republic of the good: community treatment orders and their conditions // Journal of mental health law, special edition. –Spring 2011. – P. 39.

Hiday V.A., Swartz M.S., Swanson J.W. et al. Male female differences in the setting and construction of violence among people with severe mental illness // Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology. – 1998. –Vol.33 (suppl.). – P.68-74.

Hillbrand M., Hawkins D., Howe D.M., Stayner D. Training forensic clinicians to provide patient-centered care // Psychiatric Services. – 2006. – Vol. 57. – P. 1808.

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.

Hillbrand M., Young J.L., Griffith E.E.H. Managing risk and recovery: Redefining miscibility of oil and water // *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. – 2010. –Vol.38. – P. 452-456.

Hoffman P.B. Screening for risk: A revised Salient Factor Score // *Journal of Criminal Justice*. – 1983. –№1. - P.539-547

Hogan N., Ennis L. Assessing risk for forensic psychiatric inpatient violence: a meta-analysis // *Open Access Journal of Forensic psychology*. –2010. –№ 2. –P.137-147.

Hollander R., Pieterse F., Weijts W. (Eds.). Prison mental health and penitentiary psychiatry// *Global Initiative on Psychiatry*. – 2010. – 235 p.

Howells K., Day, A. Readiness for treatment in high risk offenders with personality disorders // *Psychology, Crime and Law*. – 2007. – № 13. – P.47-56.

Jacob J.D., Gagnon M., Holmes D. Nursing so-called monsters: On the importance of abjection and fear in forensic psychiatric nursing // *Journal of Forensic Nursing*. – 2009. –Vol. 5. – P. 153-161.

Knahl A. Nachsorge für forensisch-psychiatrische Patienten. – Baden-Baden, 1997.

Kisely S., Campbell L.A. Does compulsory or supervised community treatment reduce revolving door care? // *Legislation is inconsistent with recent evidence*. –2007. –Vol. 191. –P. 373-374.

Kisely S., Campbell L.A., Preston N. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders // *Cochrane Database Syst. Rev*. –2005. –Vol. 3.

Kisely S., Smith M., Preston N. et al. A comparison of health service use in two jurisdictions with and without compulsory community treatment // *Psychological medicine*. –2005. –Vol. 35. –P. 1-11.

Kopelowicz A., Liberman P. Integration of Care: Integrating Treatment With Rehabilitation for Persons With Major Mental // *Illnesses Psychiatric Serv*. – 2003. – Vol. 54. – P.1491-1498.

Krakowski M.I., Czobor P. Psychosocial risk factors associated with suicide attempts and violence among psychiatric inpatients // *Psychiatric Services*. – 2004. – Vol. 55(12). – P.1414.

Kravitz H.M., Kelly J. An out-patient program for offenders with mental disorders found non guilty by reason of insanity. // *Psychiatric Serv*. – 1999. – Vol. 50. – №12. –P. 1597 – 1605.

Kropp P.R., Hart S.D., Webster C.W. et al. Manual for the Spousal Assault Risk Assessment Guide. 2nd ed. – Vancouver, BC: British Columbia Institute on Family Violence, 1995.

Kupper Z., Hoffmann H. Course patterns of psychosocial functioning in schizophrenia patients attending a vocational rehabilitation program // *Schizophr. Bull.* – 2000. – Vol. 26. – P. 681-698.

Lawton-Smith S., Dawson J., Burns T. Community treatment orders are not a good thing // *The British journal of Psychiatry.* – 2008. – Vol. 193. – P. 96-100.

Lieberman, R. P., Eckman, T. A., Marder, S. R. Rehab Rounds: Training in Social Problem Solving Among Persons with Schizophrenia // *Psychiatry Service.* – 2001. – № 52. – P. 31-33.

Livingston J.D., Rossiter K.R. Stigma as perceived and experienced by people with mental illness who receive compulsory community treatment: A qualitative study. *Stigma Research & Action.* – 2011. – Vol. 1. – P. 1-8.

Livingston J.D., Rossiter K.R., Verdun-Jones S.N. 'Forensic' labelling: An empirical assessment of its effects on self-stigma for people with severe mental illness// *Psychiatry Research.* – 2011. – Vol. 188(1). – P. 115-122.

Lehman A.F., Linn L.S. Crimes against discharged mental patients in broad-and-care homes // *Am. J. Psychiatry.* – 1984. – Vol. 141. – P. 271-4.

Lidz C.W., Mulvey E.P. & Gardner W. The accuracy of predictions of violence to others// *Journal of the American Medical Association.* – 1993. – Vol. 269. – P. 1007-1111.

Link B.G., Andrews H., Cullen F.T. The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered // *Am Social Rev.* – 1992. – Vol. 57. – P. 275-92.

Lucas R. *Advances in Psychiatric Treatment.* – 2006. – Vol. 12. – P. 265-267.

Maden A., Rutter S., McClintock T., Friendship C., Gunn S. Outcome of admission to a medium secure psychiatric unit // *The British journal psychiatry.* – 1999. – Vol. 175. – S. 313-316.

Marvin S.S., Jeffrey W.S. Involuntary outpatient commitment, community treatment orders, and assisted outpatient treatment: What's in the Data? // *Can J. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 49. – № 9. – P. 585-591.

Meehl P.E. *Clinical versus Statistical Prediction.* – Minneapolis, MN: University of Minnesota Press, 1954. – P. 149.

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.

Miller R.D. Abolition of the Insanity Defense in the united states // *Jnt. Bull. Low Mental health.* – 1994. – P. 27-28.

Monahan J. The prediction of violent behaviour. Toward a second generation of theory and policy// *American Journal of Psychiatry.* – 1984. – Vol. 141. – P. 10-15.

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

Monahan J., Steadman H.J. (eds). *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment*. Chicago, IL: University of Chicago Press. – 1994. – P. 229-258.

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., Appelbaum P., Banks S., Grisso T., Heilbrun K., Mulvey E.P., Roth L., Silver E. An actuarial model of violence risk assessment for persons with mental disorders // *Psychiatr. Serv.* – 2005. – Vol. 56. – P. 810-815.

Mossman D. Assessing predictions of violence: Being accurate about accuracy // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1994. – Vol. 62. – P. 783-792.

Mulvey E.R., Jibz C.W. Back to basics: a critical analysis of dangerousness research on a new loyal environment // *Law and human behavior*. – 1985. – Vol. 9. – P. 209-219.

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

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

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

Nuffield J. The SIR Scale: Some reflections on its applications // *Forum on Corrections Research*. – 1989. – Vol. 1. – P. 19-22.

O'Brien A., White S., Fahmy R., Singh S.P. The development and validation of the SOLES, a new scale measuring engagement with mental health services in people with psychosis // *Journal of Mental Health*. – 2009. – Vol. 18. – P. 510-522.

Pinfold V., Bindman J. Is compulsory community treatment ever justified? // *Psychiatric Bulletin*. – 2001. – Vol. 25. – P. 268-270.

Pouncey C., Lukens J. Madness versus badness: the ethical between the recovery movement and forensic psychiatry // *Theoretical medicine and bioethics*. – 2010. – Vol. 31. – P. 93-105.

Ridgely M. S., Lambert D. Interagency Collaboration in Services for People With Co-Occurring Mental Illness and Substance Use Disorder // *Psychiatr. Serv.* – 1998. – Vol. 49. – P. 236-238.

Rice M.E., Harris G.T. Cross validation and extension of the Violence Risk Appraisal Guide for child molesters and rapists // *Law and Human Behaviour*. – 1997. – № 21. – P. 231-241.

Rottger H.R., Lepping P. Принудительная госпитализация и лечение психически больных в Великобритании и Германии. Сравнительный

анализ правовых основ и медицинской практики. // *Psychiatrists Praxis*. – 1999. – Vol. 26. – P. 139-142.

Schalast N., Redies M., Collins M., Stacey J., Howells K. Essences, a short questionnaire for assessing the social climate of forensic psychiatric wards// *Criminal Behaviour and Mental Health*. – 2008. – Vol. 18(1) – P. 49-58.

Segal S.P., Burgess P.M. Conditional release, a less restrictive alternative to hospitalization // *Psychiatric services*. – 2006. – Vol. 57. – P. 1600-1606.

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., Mulvey E.P., Monahan J. Assessing violence risk among discharged psychiatric patients: towards an ecological approach // *Law Hum Behav*. –1999. – Vol. 23. – P.237-55.

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

Simmonds S. et. al. Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review // *Br. J. Psychiatry*. –2001. – Vol.178. –P.497-502.

Singh J.P. 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.

Shah S.A., Dangerousness. A Paradigm for Exploring Some Issues in Law and Psychology// *American Psychologist*. – 1978. – Vol.33. – №3. – P. 224.

Snowden P. Practical aspects of clinical risk assessment and management // *British Journal of Psychiatry*. – 1997. –Vol. 170. – P. 32-34.

Stermac L. Anger control treatment for forensic patients// *Journal of Interpersonal Violence*/ - 1986 - № 1. - P. 446-457.

Swanson J.W., Holzer C.E., Gangu V.K., Jono R.T. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the epidemiological catchment area surveys // *Hosp. community psychiatry*. – 1990.–Vol. 41. –P.761-70.

Swanson J.W., Swartz M.S., Essock S.M., Osher F.C. et al. The social–environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness// *Am J. Public Health*. – 2002. –Vol. 92. – P.1523-31.

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 P. Schizophrenia and violence. In *Abnormal Offenders, Delinquency, and the Criminal Justice System* (eds. J. Gunn & D.P. Farrington). – New York: Wiley, 1982. – P. 269-284.

Taylor J.L., Novaco R.W., Gillmer B.T., Robertson A., & Thorne I. 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.

Teplin L.A., McClelland G.M., Abram K.M., Weiner D.A. Crime victimization in adults with severe mental illness // *Arch Gen Psychiatry*. – 2005. – Vol. 62. – P.911-921.

Textbook of Forensic Psychiatry / R.I. Simon et al. – Washington: American Psychiatric Publishing. – 2010. – P.726.

Thornicroft G., Tansella M. Components of a Modern Mental Health Service: A Pragmatic Balance of Community and Hospital Care. Overview of Sistematic Evidence // *British Journal of Psychiatry*. – 2004. – Vol. 185. – P. 283-290.

Timmerman I. G. H., & Emmelkamp P. M. G. Parental rearing style and personality disorders in prisoners and forensic patients// *Clinical Psychology and Psychotherapy*. – 2005. – Vol. 12, P.191-200.

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.

Tomov T. Mental Health Reforms in Eastern Europe // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2001. – Vol. 104. – S. 410. – P. 21-26.

Violence and mental disorder: developments in risk assessment. – Chicago: University of Chicago Press. – 1994. – P. 101-136.

Wallace C.J., Lecomte T., Wilde J. CASIG: a consumer-centered assessment for planning individualized treatment and evaluating program outcomes // *Schizophrenia Research*. – 2001. – Vol.50. – P.105-119.

Wallace C., Mullen P.E., Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25 year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorder// *Am J. Psychiatry*. – 2004. – Vol. 161. – P.716-727.

Warner R. Does the scientific evidence support the recovery model? // *The Psychiatrist*. – 2010. – Vol. 34(1). – P.3-5.

Webster C.D., Harris G.T., Rice M.E. et al. The Violence Prediction Scheme: Assessing Dangerousness in High Risk Men. – Toronto: University of Toronto, Centre of Criminology, 1994.

Webster C.D., Douglas K.S., Eaves D. et al. Assessing risk of violence to others / *Impulsivity: Theory, Assessment and Treatment*. Eds C.D. Webster M.A. Jackson. New York: Guilford Press, 1997. – P. 251-277.

Webster C.D., Douglas K.S., Eaves D. et al (1997) HCR-20: Assessing risk of violence (version 2). Vancouver: Mental Health Law & Policy Institute, Simon Fraser University.

WHO. Prevention of Mental Disorders: Effective Intervention and Policy Options: Summary Report / A Report of the WHO Department of Mental Health and Substance Abuse; In Collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. – Geneva: WHO, 2004. – P. 52-60.

Williams P. et.al. A review of recent academic literature on the characteristics of patients in British special hospitals // *Crim. Behav. Ment. Heath.* – 1999. – Vol. 9. – № 9. – P. 296-314.

Yanos P.T., Roe D., Markus K., Lysaker P.H. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders // *Psychiatric Services.* – 2008. – Vol.59. – P.1437-1442.

Zimmermann G., Favrod J., TrieuV.H. The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms // *Schizophr Res.* – 2005. – Vol. 77. – P.1-9.

**Профилактика опасных действий
психически больных
в амбулаторных условиях**

Монография

Редактор

Компьютерная верстка

Л.Б. Абрамова

М.М.Абрамовой

Подписано в печать 21.03.16 г.

Формат 60x84/16. Гарнитура Century Schoolbook.

Бумага офсетная. Цифровая печать. Усл. печ. л. 17,4.

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

119991 ГСП-1, Москва, Кропоткинский пер., 23.

ДЛЯ ЗАМЕТОК