

4. Hovens, J. G. Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescent substance abusers / J. G. Hovens, D. P. Cantwell, R. Kiriakos // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 1994. – Vol. 33, № 4. – P. 476-483.

5. Kumpulainen, K. Psychiatric symptoms and deviance in early adolescence predict heavy alcohol use 3 years later / K. Kumpulainen // Addiction. – 2000. – Vol. 95, № 12. – P. 1847-1857.

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР БЕЗОПАСНОСТИ И ЛЕЧЕНИЯ В СТРАНАХ ПРЕЦЕДЕНТНОЙ СИСТЕМЫ ПРАВА

Скугаревская Е.И., Дукорский В.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь

Психиатрия, в отличие от других медицинских специальностей, наряду с лечением людей с психическими расстройствами и оказанием других видов медицинской помощи, выполняет и довольно специфическую функцию – защиту общества от возможных опасных действий. Принудительные меры безопасности и лечения (ПМБЛ) в наиболее тесной форме сочетают в себе задачи, возложенные обществом на специалистов сферы психического здоровья. На сегодняшний день назрела необходимость в совершенствовании и оптимизации подходов к механизму реализации ПМБЛ.

Цель исследования: провести аналитический обзор основных подходов к реализации ПМБЛ в прецедентной системе права.

Материалы и методы. Были проанализированы различные источники литературы в отношении подходов в осуществлении ПМБЛ в системе прецедентного права.

Результаты и обсуждение: изучение подходов к ПМБЛ в группе государств из семьи англо-саксонского права представляется нам целесообразным, с точки зрения возможности использования зарубежного опыта в отечественной практике. Нами подвергнуты анализу подходы США, Великобритании и Канады. Принудительное лечение невменяемых в этих государствах применяется сравнительно не часто. В США – из-за труднодостижимости категории «невменяемость»; в Великобритании и Канаде – благодаря развитой системе раннего вывода людей с психическими расстройствами из системы уголовного правосудия в гражданское.

Виды ПМБЛ в Беларуси соответствуют таковым мерам в США, Великобритании и Канаде: амбулаторное лечение, лечение с обычным, строгим и усиленным наблюдением. Постепенно (по мере улучшения психического состояния и снижения риска насилия) пациенту предоставляется все больше свобод и возможностей. Если пациент ведет себя активно и ответственно, а его психическое состояние стабилизировалось, его выписывают со стационарного лечения. Однако, в отличие от Беларуси, в США, Канаде и Великобритании существует разветвленная комплексная система с привлечением ресурсов психиатрии, юриспруденции, психологии и социологии для решения вопросов оптимизации ПМБЛ.

Комплексный подход осуществляет полипрофессиональная комиссия специалистов. В США это комиссия при администрации больницы; в Великобритании – рекомендательный совет при МВД и Трибунал по вопросам психического здоровья; в Канаде – Наблюдательный Совет. Подходы у этих комиссий сходные, поэтому есть смысл объединить их характеристику.

Целенаправленные усилия комиссий направлены на решение вопросов оптимизации ПМБЛ. Необходимость комиссионной работы продиктована комплексным характером решаемого вопроса. *Краеугольным камнем в определении продолжительно-*

сти лечения является оценка риска повторного ООД. В общем виде можно выделить четыре принципа, которые соблюдаются при принятии решения комиссиями.

- *Индивидуализация.* Специалисты принимают во внимание, что самые опасные в отношении насилия люди не опасны все время, даже большую часть времени. Учитывается, что персональный риск проявления насилия является субстанцией динамической и на проявление агрессии влияет индивидуальное сочетание интрапсихических и внешних факторов. Установление этих факторов позволяет прогнозировать риск совершения повторного ООД гораздо более достоверно. С учетом выявленных особенностей проявления агрессии и выстраивается индивидуальный прогноз и план реабилитации.
- *Комплексность.* Участники комиссии получают полную и разностороннюю информацию о пациенте и окружающей его обстановке. Медицинские, социальные, психологические и юридические совместные усилия различного рода профессионалов приносят свой вклад в разработку и осуществление оценки и прогноза. Комплексный характер сведений является основой, он представлен в медико-социальном паспорте, плане интервенции и программе реабилитации, которые представляют единое целое. В силу этого процедура формализации упрощается, поскольку отпадает необходимость энергоемких межведомственных согласований.
- *Преимственность* отражается в этапности реабилитационного процесса. Прежде всего, преимущественность предполагает наличие взаимосвязей между стационарным и амбулаторным звеном. В процедуре амбулаторного наблюдения участвуют не только врачи, но и социальные работники, представители властей, органов внутренних дел, самое активное участие принимают родственники пациента.
- *Контрактность*, как ключевой принцип, подразумевает активное участие самого пациента. Формирование мотивации и ответственности является основой индивидуальной программы реабилитации. За каждый жест ответственности за свое поведение пациенту предоставляется все больше возможностей и свобод. Несоблюдение возложенных на пациента обязанностей возвращает его на предыдущий уровень предоставляемых свобод.

Государственная деятельность в отношении реализации ПМБЛ разделена на несколько уровней. Условно можно выделить четыре уровня подобной регуляции. Проведем сравнение по этим параметрам между Беларусью и странами англо-саксонского права.

Первый уровень – уровень политических решений. Он неизмеримо важен, поскольку здесь разрабатывается основа, на которой государство строит законодательную базу. Законодательная основа Республики Беларусь сходна с основами стран англосаксонской семьи, поскольку сроки принудительного лечения не определены и зависят от психического состояния пациента и оценки уровня его общественной опасности.

Второй уровень касается практических мероприятий, он обеспечивает реализацию поставленных государственной политикой задач. Это уровень, где профессионалы разных областей выполняют конкретные программы. В отечественной программе охраны общества на протяжении длительного времени сформировалась тенденция в стремлении удержать больного «до последнего» в психиатрическом стационаре. Вместе с тем, она не находит оснований ни с точки зрения защиты общества, ни с точки зрения интересов самого пациента. Основная трудность заключается в том, что в судебном процессе по решению вопроса об окончании стационарного вида ПМБЛ психиатр вынужден выступать не только в своем прямом врачебном качестве, но и в роли адвоката. Этот аспект указывает на непосильность задачи, которую возложили на психиатра, особенно, если учесть, что судья, кроме своей роли, выполняет еще и роль проку-

рора. Полипрофессиональная комиссия могла бы снять некоторые существующие трудности. Благодаря участию в процессе сразу нескольких квалифицированных и непредвзятых специалистов, судьям не приходится основываться исключительно на интуиции и своем жизненном опыте.

Третий уровень – исследовательский и образовательный. Он предполагает соответствующее развитие науки, приобретение знаний и совершенствование профессиональной подготовки специалистов в области оценки риска повторных ООД. В западных странах регулярно проводятся конференции и семинары, посвященные новым научным достижениям в «оценке риска» насилия у лиц с психическими расстройствами и методам его предотвращения. Благодаря этому и многочисленным исследованиям сформировался так называемый структурированный подход к оценке риска насилия. Он включает в себя классическое «клиническое суждение» (субъективный опыт и знания специалиста) и применение стандартизированных методик. Методики обеспечивают прогноз качеством «прозрачности», так как используются объективные данные и установленные методы их сравнения. Это делает результаты открытыми для инспектирования, а когда необходимо – и критическому отзыву. С другой стороны, присутствуют положительные стороны «клинического суждения», такие как тонкие нюансы личности и ситуации, которые недоступны для стандартизированных оценочных методик. Благодаря этому подходу, специалисты могут с более чем 80% точностью прогнозировать агрессивное поведение в будущем. Обращает на себя внимание тот факт, что, если все же, вопреки прогнозу, пациент преступает закон, то правонарушение, как правило, малозначительно и не представляет какой-либо реальной угрозы для общества.

Как видно из вышеизложенного, сроки лечения лиц, признанных невменяемыми в США, Великобритании и Канаде, так же не определены, как и в Беларуси. Однако, в отличие от Беларуси, там существует разветвленная комплексная система с привлечением технологий психиатрии, юриспруденции, психологии и социологии для решения вопросов оптимизации ПМБЛ. Что особенно важно, оценка риска насилия осуществляется с применением научно обоснованных стандартизированных методик. Комплексный подход осуществляется полипрофессиональной комиссией специалистов. Создание подобной комиссии в Беларуси для решения вопросов, связанных с ПМБЛ, является перспективной задачей и многообещающим проектом. Это позволит группе специалистов сформировать объективное, систематизированное, основательное и независимое мнение, что, в свою очередь, облегчит задачу суду, и снимет непомерную ответственность с психиатра. Вместе с тем, предстоит огромная работа по подбору наиболее подходящего состава комиссии. Все специалисты комиссии должны пройти соответствующую подготовку, получить соответствующие знания и опыт. Предстоит также большая работа по созданию и утверждению системы отчетности и утвержденной схемы с четкими определениями и алгоритмами.

Таким образом, по результатам проведенного анализа видно, что ПМБЛ в наиболее тесной форме сочетают в себе задачи, возложенные обществом на специалистов сферы психического здоровья. Вместе с тем, отечественный механизм реализации ПМБЛ требует упорядочивания, совершенствования и новых подходов. В такой связи изучение подходов к ПМБЛ в других странах представляет значительный интерес, с точки зрения возможности использования в отечественной практике лучших составляющих зарубежного опыта, приемлемых для нашего юридического, социального и культурного менталитета.

Литература

1. Дмитриева, Т.Б. Проблемы и перспективы судебно-психиатрической службы в Российской Федерации / Т.Б. Дмитриева // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 2. – С. 4-9.

2. Faulk basic forensic psychiatry 3rd ed. / J.H. Stone [et al.]. – Oxford: Blackwell Science, 2000. – 318 p.

3. O'Connor, N. Risk assessment: dealing with uncertainty / N. O'Connor, S. Clark // Psychiatrist. – 2012.- Vol. 36, № 2. – P. 78-79.
4. Textbook of Forensic Psychiatry / R.I. Simon [et al.]. – Washington: American Psychiatric Publishing, 2010. – 726 p.
5. The Canadian contribution to violence risk assessment: history and implications for current psychiatric practice / H. Bloom [et al.] // Can. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 50, № 1. – P. 3-11.

ПРОДРОМ ШИЗОФРЕНИИ: ВОЗМОЖНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Скугаревская М.М.

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»,
г. Минск, Беларусь

В медицине термином «продром» (греч. prodromos – предшественник) обозначают стадию заболевания, при которой встречаются неспецифичные, ранние симптомы, которые указывают на заболевание до того, как оно манифестирует в своей полной картине. С уверенностью сказать, что это продром, можно только ретроспективно, после появления полной симптоматики заболевания. В проспективных исследованиях, когда не ясно, действительно ли в последующем у человека разовьется психоз, используется термин «состояния риска развития психоза», что в англоязычной литературе звучит как «at-risk mental state (ARMS)», «ultra-high risk (mental) state», «clinical high risk state» и др.

В настоящее время существуют возможности выделения состояний клинически высокого риска развития психоза на основании наличия ослабленных продуктивных симптомов, коротких самопроходящих, ограниченных во времени психотических симптомов (критерии крайне высокого риска развития психоза, UHR) или базисных симптомов [1].

С вероятностным характером развития психоза связана этическая дилемма при использовании разного рода вмешательств. С одной стороны, чем раньше начато лечение, в том числе в продромальной стадии заболевания, тем выше его результативность. С другой стороны, применение фармакологических препаратов, например, антипсихотиков, сопряжено с риском побочных эффектов у людей, у которых клинически выраженный психоз, возможно, и не разовьется.

Вмешательства, применяемые на продромальном этапе шизофрении, нельзя в полной мере назвать лечением, так как цель их состоит в предотвращении развития болезни (первичная профилактика). Превенция основывается на оценке факторов риска, не обязательно применение превентивных вмешательств у всех лиц, относящихся к группе риска (оценка затрат-преимуществ). В то же время, лица, соответствующие критериям риска развития психоза, часто уже могут считаться клинически больными, так как имеют психические нарушения, в том числе суб-психотические симптомы; у них развивается когнитивный дефицит; снижается субъективное качество жизни; нарушается социальное и профессиональное функционирование. Они могут обращаться за помощью с жалобами на депрессию, нарушения сна, тревогу, навязчивости и др.

При выборе используемых вмешательств следует учитывать ряд факторов. Пациенты группы риска – это, как правило, подростки и молодые люди, поэтому хорошая переносимость назначаемых препаратов/вмешательств является ключевым моментом. Состояние пациентов группы риска существенно варьирует по выраженности и времени, что требует индивидуализированного подхода. У лиц группы риска уже имеются определенные симптомы, следовательно, необходимо уделять внимание не только предотвращению развития психоза, но и уже имеющимся симптомам. В этом состоянии