

НЕКОТОРЫЕ СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

В. П. Котов, М. М. Мальцева

ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, Москва

Профилактика общественно опасных действий психически больных является одной из важнейших социальных функций психиатрии. В контексте данной статьи под общественно опасными действиями (ООД) понимаются любые деяния, предусмотренные Особенной частью Уголовного кодекса РФ; к психически больным отнесены лица с такого рода психическими расстройствами, которые лишают их способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими (статья 11 УК РФ), в силу чего они не несут ответственность за содеянное (невменяемость).

Профилактическая деятельность носит двойственный характер. С одной стороны, она осуществляется всеми звеньями психиатрической помощи, не имея четких границ с обычной лечебно-реабилитационной практикой, и использует кадровую и ресурсную базу общепсихиатрической службы, требуя, вместе с тем, от исполнителей подготовки по специфическим вопросам, выходящим за пределы собственно лечебно-диагностической работы. С другой стороны, деятельность по профилактике ООД за последнее время обнаруживает определенную тенденцию к специализации. Это касается в основном вторичной профилактики (предупреждение повторных ООД) и проявляется в создании специально предназначенных для этого организационных подразделений (в психиатрических больницах – отделений специализированного типа для принудительного лечения, в психоневрологических диспансерах – кабинетов активного диспансерного наблюдения – АДН) вплоть до выделения довольно крупных самостоятельных учреждений с материальным, штатным и кадровым обеспечением (например, психиатрические больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением – ПБСТИН).

Настоящая работа основана на анализе официальных статистических отчетов по России (ф. №36-ПЛ), отражающих состояние принудительного лечения и активного диспансерного наблюдения за 2006–2010 годы, общепсихиатрических отчетов (ф. №36 и ф. №10), отражающих сведения о выявлении психи-

чески больных, количестве и структуре недобровольных госпитализаций в психиатрические стационары, деятельности скорой психиатрической помощи и т.д., сопоставлении со статистическими отчетами по судебно-психиатрической экспертизе [4], содержащими, в частности, сведения о числе лиц, признанных невменяемыми, клинико-социальной структуре этого контингента, характере совершенных ООД.

На учреждения, оказывающие амбулаторную психиатрическую помощь, возложено формирование из числа учтенных больных группы активного диспансерного наблюдения (АДН) и осуществление совместного с органом внутренних дел наблюдения за ними (Приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства внутренних дел РФ от 30.04.1997 г. №133/269 «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами»).

Анализируя включенных в эту группу больных с повышенным риском совершения ООД, обратим внимание на то, что доля пациентов, поставленных на АДН не в связи с совершенными в прошлом опасными деяниями, повлекшими возбуждение уголовного дела (преступления или ООД), а по инициативе психиатров, усмотревших признаки общественной опасности в их психическом состоянии и социальном статусе, имеет тенденцию к некоторому возрастанию и в 2010 году превысила 20%. Эти данные отражают активность диспансерной службы в выявлении потенциально опасных больных. О действительно активном характере наблюдения за этим контингентом и профилактической работы с ним говорит удельный вес лиц, одновременно находящихся в стационаре из состоящих на АДН. Хотя этот показатель имеет явную тенденцию к снижению (с 11,0% в 2006 г. до 7,7% в 2010 г.), его все же следует признать достаточно высоким. Тенденцию же к снижению, видимо, следует объяснить продолжающимся процессом смещения центра тяжести психиатрической помощи на внебольничные формы с общим сокращением числа психиатрических коек и соответствующим уменьшением доли больных, находящихся в стационаре.

Число потенциально опасных больных на 100 тысяч населения составляет 36 с десятыми, а доля поставленных на АДН среди находящихся под диспансерным наблюдением стабильно колеблется около 3% (в 2010 г. – 3,16%). Эти данные говорят о довольно значительном количестве пациентов, требующих особого подхода к наблюдению и, соответственно, создания специальных организационных форм работы с ними, в частности, получающих все большее распространение кабинетов АДН [1].

Если же говорить об эффективности внебольничной профилактики, то отмечается умеренно выраженная, но отчетливая тенденция к снижению числа ООД, совершенных в течение года лицами, состоящими на консультативном или диспансерном наблюдении (в 2006 г. – 1 985, в 2010 г. – 1 544). При этом можно отметить, что большая часть таких ООД (примерно 2/3) совершается больными, состоящими на АДН. Последнее может быть истолковано как подтверждение адекватности включения больных в эту группу.

Создание в крупных диспансерах кабинетов АДН, которыми осуществляется и собственно активное диспансерное наблюдение, и амбулаторное принудительное лечение (вторичная профилактика), позволяет не только упорядочить и поднять на более высокий профессиональный уровень всю работу по профилактике ООД во внебольничных условиях, но и, хотя бы частично, решить проблему подготовки необходимых для этого кадров (врачей, медсестер, психологов, юристов). Работа в таком кабинете ориентирует работника на выполнение специфических задач, позволяет приобрести определенный опыт и выработать необходимые навыки.

Более полно в анализируемых отчетах представлены данные о проведении различных видов принудительного лечения, которое осуществляется, главным образом, стационарными психиатрическими учреждениями. Несмотря на то, что количество больных, ежегодно поступающих на все виды стационарного принудительного лечения впервые по данному уголовному делу, имеет явную тенденцию к уменьшению (в 2006 г. – 7 282, в 2010 г. – 6 202; на 100 тыс. нас. в 2006 г. – 5,11, в 2010 г. – 4,57), абсолютное число лиц, находящихся на конец года на стационарном принудительном лечении, остается почти неизменным и колеблется около 17,5 тысяч, а на 100 тысяч населения составляет 12,3–12,4. Очевидно, что сохраняющаяся величина этих показателей не связана с большим числом ООД, ежегодно совершаемых невменяемыми. Их количество [4] тоже сокращается, и может быть объяснено увеличением средней продолжительности принудительного лечения, что неуклонно отмечается на протяжении не только анализируемого периода (2006–2010 гг.), но и за значительно большее время.

Общее число психически больных, находящихся на принудительном лечении в психиатрических стационарах, держится на довольно высоком уровне.

Особенно это заметно на фоне происходящего за последние годы сокращения числа психиатрических коек. Вследствие названных процессов (увеличение средней продолжительности принудительного лечения и сокращение числа коек в психиатрических стационарах), развивающихся в противоположных направлениях, доля психиатрических коек, занятых принудительным лечением, достигла в стране в настоящее время 12,8%, а без ПБСТИН – 9,8%.

Средняя продолжительность принудительного лечения за анализируемые 5 лет, как уже отмечалось, медленно, но неуклонно увеличивается (2006 г. – 550,6 дня, 2010 г. – 604,9 дня). В отношении же больных, находившихся на разных видах принудительного лечения, отмечается значительная разница. Так, если средняя длительность принудительного лечения в стационарах общего типа в 2010 году составила 479,9 дня (\approx 1 г. и почти 4 мес.), то в стационарах специализированного типа – 660,3 дня (\approx 1 г. 11 мес. и 10 дней), а в ПБСТИН достигла 1 208,4 дня (\approx 3 г. 4мес. и 10 дней). Понятно, что столь значительная разница этого показателя приводит к изменению соотношения числа больных, поступивших на разные виды принудительного лечения и одновременно находящихся на них. С учетом этих данных должна рассчитываться и потребность в психиатрических койках для разных видов принудительного лечения. При этом следует иметь в виду, что под стационарами общего типа имеются в виду обычные отделения психиатрических больниц, в которые больные помещаются на принудительное лечение по мере их поступления. Это не требует специализации таких коек и целенаправленного выделения ассигнований на их содержание. Совсем иначе обстоит дело со стационарами специализированного типа и, особенно, специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Не существует достаточно объективных критериев определения оптимальной длительности принудительного лечения, тем более что в данном контексте речь идет об усредненных показателях, а на практике такого рода решения принимаются исключительно индивидуально. Специалисты и суды, определяющие в каждом конкретном случае продолжительность пребывания лица в стационаре, должны быть максимально свободны от воздействия таких конъюнктурных факторов, как наличие или отсутствие в регионе коек определенного типа, трудности транспортировки пациентов, какие-либо экономические моменты. В соответствии с этим принципом разброс индивидуальных показателей должен быть значительным, что и находит отражение в анализируемых статистических данных. Доля больных, находящихся на принудительном лечении более 5-и лет и раньше превышала 11%, а в 2009 и 2010 годах достигла соответственно 13,1 и 13,2%. Это, во-первых, говорит о том, что на практике соблюдается индивидуальный подход к определению продолжительности принудительного лечения, а,

во-вторых, отражает общую тенденцию к увеличению последней.

Некоторые из анализируемых статистических данных позволяют судить о качестве и эффективности работы по предупреждению общественно опасных действий. Остановимся, прежде всего, на сведениях о различных антисоциальных проявлениях в период самого принудительного лечения. В отчетах представлено довольно много конкретных данных, которые позволяют судить о том, как отражается на поведении больных само пребывание в психиатрическом учреждении в сочетании с проводимыми там лечебно-реабилитационными мероприятиями. Надо сказать, что достоверность некоторых приведенных в отчетах данных вызывает сомнения, поскольку регистрация многих из них осуществляется довольно произвольно, а высокие цифры в отчетах таких, например, показателей, как внутривольничная агрессия, побег, суицидальные попытки могут отрицательно сказаться на репутации учреждения. Вместе с тем некоторые цифры не связаны с субъективными факторами и заслуживают полного доверия. К такого рода данным можно отнести показатель летальности, который не только оказался достаточно низким, но даже имеет тенденцию к дальнейшему снижению (в 2006 г. – 0,69, в 2010 г. – 0,59 на тысячу больных, находящихся на принудительном лечении), что говорит, по-нашему мнению, об удовлетворительном уровне общесоматической помощи больным, находящимся на принудительном лечении.

Практически то же в смысле объективности следует сказать о числе побегов и количестве лиц, самовольно покинувших стационар и не возвращенных в него на 31 декабря отчетного года. Можно констатировать, что оба названных показателя, во-первых, невелики, а во-вторых, имеют тенденцию к снижению (число побегов в 2006 г. – 2,52, в 2010 г. – 1,07, число не возвращенных в 2006 г. – 1,08, в 2010 г. – 0,68 на тысячу больных, находящихся на стационарном принудительном лечении).

Менее достоверны, в связи с возможностью занижения по субъективным причинам, данные о числе агрессивных действий больных в отношении персонала и других пациентов, о количестве суицидальных попыток на тысячу больных, находящихся на стационарном принудительном лечении. Эти показатели практически стабильны и составляют в 2010 году соответственно 9,14 и 0,46. С учетом специфики контингента больных, направляемых на принудительное лечение, эти цифры следует оценить как неожиданно благополучные.

Наконец, наиболее важными показателями, позволяющими судить об эффективности всей работы по предупреждению общественно опасных действий психически больных, следует считать данные о количестве повторных деяний, совершаемых больными, к которым уже применялись принудительные меры медицинского характера, а также о продолжительности

так называемого интервала рецидива [5], то есть периода между окончанием принудительного лечения по одному уголовному делу и повторным ООД. Удельный вес больных с повторными за время болезни деяниями остается на протяжении ряда лет довольно стабильным и колеблется около 30% (в 2010 г. – 29,2%) от общего числа поступающих на принудительное лечение. Поэтому некоторое снижение абсолютного числа больных с повторными ООД за время болезни не следует расценивать как результат повышения эффективности профилактической работы. Скорее это снижение является следствием общего уменьшения регистрируемых ООД психически больных, причины которого, видимо, лежат за пределами деятельности психиатрической службы, и являются отражением некоторых объективных процессов и сложившейся судебной практики. Возможно оно связано с невозбуждением уголовных дел при небольшой тяжести деяния и прекращением таковых после заключения судебно-психиатрической экспертизы о неспособности лица осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими, но до рассмотрения судом вопроса о его вменяемости (п. 1. части 1 ст. 439 УПК РФ).

Об эффективности функционирования системы мер предупреждения опасных действий психически больных позволяют судить также абсолютные и особенно относительные показатели, отражающие длительность временного промежутка, в течение которого больные не совершали опасных действий, хотя принудительные меры медицинского характера в этот период к ним не применялись. Традиционно высказывается не лишнее оснований мнение о том, что деяния, совершенные в течение первого года после прекращения принудительного лечения по предыдущему уголовному делу, являются результатом определенной недоработки учреждения (как правило, стационарного), осуществлявшего эту меру. Это может проявиться в недостаточном внимании к достижению действительно стабильной ремиссии при текущем патологическом процессе, в переоценке фактического уровня социальной адаптации и, следовательно, преждевременном прекращении применения принудительной меры, в недостаточных рекомендациях по дальнейшей курации пациента. Хотя абсолютное число таких больных с повторными ООД, последовавшими непосредственно вслед за отменой принудительной меры, и невелико (в 2010 г. – 582 чел. на всю страну) и не имеет тенденции к росту, их доля в общем количестве лиц с повторными деяниями приближается к четверти (в 2010 г. – 23,1%), в силу чего такие пациенты заслуживают особого внимания и анализа (желательно индивидуального) со стороны руководителей региональных психиатрических служб.

Причины повторных деяний с большей длительностью интервала рецидива более разнообразны, но их можно связать с деятельностью учреждений, осуществляющих последующую (после прекраще-

ния принудительного лечения) курацию потенциально опасных больных. Нередко здесь имеют место необоснованное прекращение противорецидивной терапии, игнорирование возможности лечения препаратами пролонгированного действия, нарушение преемственности в ведении больных, особенно при переводе их из одного учреждения в другое, недостаточность усилий или возможностей по улучшению социальной адаптации, недооценка опасности алкоголизации или наркотизации пациентов, отсутствие должного взаимодействия с органами внутренних дел. Внимательный анализ повторных ООД обычно позволяет выявить названные или подобные упущения психиатрической службы.

Вместе с тем следует отметить, что по мере увеличения давности отмены принудительной меры медицинского характера, снижается вероятность совершения повторного ООД. Так, если принять за 100% 2 518 повторных ООД, совершенных в

2010 году (что составило 29,2% от их общего количества), то по длительности интервала рецидива они распределились следующим образом: до 1 года – 582 или 23,1%; 1–2 года – 567 или 22,5%; 2–3 года – 476 или 18,9%; 3–5 лет – 414 или 16,4%; 5 и более лет – 479 или 19,1%. Заметим, что в приведенной градации только три первые интервала равны одному году, в дальнейшем же они увеличиваются. В динамике за анализируемые годы это соотношение остается практически неизменным.

Есть основания полагать, что определенные различия в зависимости от повторности, многократности ООД и длительности интервала рецидива должны проявиться и в характере совершаемых деяний (статьи УК РФ). В работах ряда авторов отмечалось, в частности, что по мере увеличения кратности ООД уменьшается число агрессивных (т.е. наиболее опасных) деяний и все больше возрастает относительная доля правонарушений против собственности [3].

ЛИТЕРАТУРА

1. 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.
2. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Сон И.М. и соавт. Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999–2006 годы). М., 2007. 571 с.
3. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. М., 1995. 225 с.
4. Мохонько А.П., Муганцева Л.А. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2008 г. М., 2009. 202 с.
5. Мусаев Ю.О. Клинико-социальные и организационные аспекты профилактики ООД больных шизофренией: Автореф. дисс.... канд. мед. наук. М., 1984. 26 с.

НЕКОТОРЫЕ СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

В. П. Котов, М. М. Мальцева

На основе анализа официальных статистических отчетов по России за 2006–2010, отражающих состояние принудительного лечения и активного диспансерного наблюдения (АДН), и сопоставления их с отчетами по судебно-психиатрической экспертизе авторы делают выводы о позитивных тенденциях в системе профилактики общественно опасных действий (ООД), совершенных психически больными. Отмечено общее снижение числа ООД, совершаемых как больными, находящимися на активном динамическом наблюдении, так и наблюдающихся ПНД, что объясняется созданием кабинетов АДН при диспансерах с активным выявлением потенциально опасных в отношении совершения ООД больных и работой с ними. При снижении числа больных, ежегодно впервые направляемых на стационарное принудительное лечение, продолжает возрастать его средняя продолжительность, причем отмечается существенное различие между стационарами общего и специализированного типов с интенсивным наблюдением. Меняется соотношение между числом больных, поступивших

на различные виды принудительного лечения и одновременно находящихся на них, что необходимо учитывать при расчете потребности в психиатрических койках для разных видов принудительного лечения с учетом индивидуального подхода в определении продолжительности лечения. О повышении качества работы стационаров, где проводится принудительное лечение, свидетельствуют достаточно низкие с тенденцией к дальнейшему снижению показатели летальности, суицидов и побегов среди данного контингента больных. Об эффективности работы по профилактике ООД свидетельствуют данные о количестве повторных ООД среди больных, к которым уже применялись меры медицинского характера, и продолжительность интервала рецидива, которые за последние годы остаются стабильными.

Ключевые слова: психически больные, общественно-опасные действия, принудительное лечение, амбулаторное наблюдение, профилактика ООД, статистические показатели деятельности служб, позитивные тенденции.

REVIEWING THE STATISTICS ON PREVENTION OF OFFENCES AMONG MENTAL PATIENTS

V. P. Kotov, M. M. Maltseva

The authors analyze the official statistics on compulsory treatment and active dispensary observation in Russia in 2006–2010 and compare it with forensic psychiatric reports, and draw a conclusion about positive tendencies in the system responsible for prevention of offences in mental patients. The total number of offences committed by mental patients on active dynamic observation (ADO) or controlled by psychoneurological dispensaries has decreased, which could be explained by the new ADO units in dispensaries that are focused on potentially 'dangerous' mental patients and provide their guidance. The number of patients first committed to compulsory inpatient treatment decreases every year while the average stay in compulsory treatment hospitals increases, and there is a big difference between the general and

special high security facilities. The authors also point to a changing ratio of patient admitted to different types of compulsory treatment to the total number of patients in treatment. This parameter is important for calculation of the numbers of psychiatric beds in various types of compulsory treatment facilities with regard for individual approach towards duration of treatment. Relatively low and showing a tendency to decrease figures of mortality, suicides and escapes among patients could testify to a better quality of functioning of these facilities. The figures of repeated offences among those treated in compulsory treatment system and the interval between the two offences remain stable.

Key words: mental patients, offences, compulsory treatment, ambulatory observation, prevention of offences, statistics, positive tendencies.

Котов Вячеслав Павлович – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского» Минздравсоцразвития России; e-mail: pro-ood@yandex.ru

Мальцева Майя Михайловна – доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского» Минздравсоцразвития России