

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ И В РОССИИ: ФОРМЫ И ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ

О.А. Макушкина¹, С.В. Полубинская^{1,2}

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России

² ФГБУН Институт государства и права Российской академии наук

Предупреждение опасных действий лиц с психическими расстройствами является важной задачей психиатрической службы, наряду с диагностикой психических расстройств, лечением и медико-социальной реабилитацией психиатрических пациентов. Решение этой задачи возлагается и на врачей общей психиатрической практики, и на судебных психиатров.

Последние десятилетия психиатрические службы разных стран работают в условиях, существенно отличающихся от сформировавшихся к заключительной трети прошлого века. Начиная с 1990-х годов, организация психиатрической помощи меняется под влиянием деинституционализации, выражающейся в закрытии крупных психиатрических стационаров и отходе от приоритета стационарной психиатрической помощи [16]. В результате лица даже с тяжелыми психическими расстройствами переводятся из изолированных условий психиатрических больниц под ответственность разнообразных организаций, оказывающих такую помощь вне их стен [10].

Деинституционализация изменила систему оказания психиатрической помощи в США, Великобритании, других странах Западной Европы, затронув и государства, образовавшиеся на территории бывшего СССР, как и бывшие европейские социалистические государства [7, 29]. Не обошли эти процессы и Россию [2, 3]. Место крупных психиатрических больниц как типичных учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, все больше занимают амбулаторные службы в сообществе. Психиатрические службы предлагают разнообразные внебольничные формы психиатрического лечения и реабилитации, осуществляемого мультипрофессиональными бригадами (кризисные или ранние интервенции, лечение на дому, программы интен-

сивной (ассертивной) помощи психически больным с тяжелыми расстройствами и др.) [33]. В целом развитие внебольничной психиатрической помощи направлено на непрерывность ее оказания, улучшение качества жизни психиатрических пациентов, сокращение времени пребывания в психиатрических стационарах и риска повторных госпитализаций.

В этой связи исследователи отмечают, что число коек в психиатрических стационарах с 1990 года существенно сократилось во многих европейских странах. Одновременно возросло число коек в судебно-психиатрических стационарах и количество осужденных за преступления, отбывающих наказание в тюрьмах (prison population). Так, исследование девяти европейских стран показало, что на фоне сокращения числа обычных психиатрических коек в большинстве из них в период с 1990 по 2006 год наблюдалось увеличение количества мест в судебно-психиатрических стационарах, жилья «с поддержкой», а также заключенных в тюрьмах. Эти процессы, подтвержденные статистически, позволили авторам исследования выделить развивающуюся, хотя и не везде последовательную тенденцию, которую они назвали «реинституционализацией» [34].

На этом фоне выделяется Италия, где после закрытия психиатрических больниц в 1978 году и выписки всех пациентов по месту жительства наблюдался дисбаланс в обращении с обычными психиатрическими пациентами и психически больными, совершившими уголовно наказуемые общественно опасные деяния, которые проходили лечение в государственных судебно-психиатрических стационарах. После Указа Премьер-министра страны от 1 апреля 2008 года эти стационары были закрыты и заменены на входящие в Национальную систему здравоохранения дома для постоянного проживания с режимом

безопасности (REMS), являющиеся закрытыми учреждениями и находящиеся в ведении итальянских регионов. Всего в Италии создано 30 REMS различной вместимости (от 2 до 40 резидентов, в среднем 20 чел.), из которых 24 принадлежат государству, пять находятся в частной собственности и одно – в совместной государственно-частной собственности.

В такие дома по решению суда направляются лица с психическими расстройствами, совершившие уголовно наказуемые общественно опасные деяния, признанные невменяемыми либо частично вменяемыми и представляющие опасность для окружающих. В персонал учреждения, как правило, входят два психиатра, один психолог, три специалиста в сфере психиатрической реабилитации, шесть – в области общественного здравоохранения, а также двенадцать медсестер, один социальный работник и администратор [17].

Существует, однако, проблема обеспечения необходимого лечения лиц, находящихся в REMS, поскольку в соответствии с итальянским законодательством лечиться они могут только добровольно и имеют право от лечения отказаться. Лишь при наличии установленных законом критериев (наличие острого психического расстройства, требующего неотложного терапевтического вмешательства, отказ пациента от такого вмешательства и невозможность обеспечить его проведение во внебольничных условиях) врачи-психиатры, работающие в REMS, могут направить пациента в отделение неотложной психиатрической помощи больницы общего профиля для проведения лечения в недобровольном порядке [17].

По мнению экспертов, одним из объяснений возрастания количества коек в судебно-психиатрических стационарах являются ограничения в возможностях оказания внебольничной помощи некоторым категориям психиатрических пациентов, прежде всего, страдающим тяжелыми расстройствами психики, которые не могут приспособиться к жизни в обществе и требуют больше внимания [13]. Определенное влияние на рост числа судебно-психиатрических коек оказывают и опасения возможных опасных действий со стороны лиц с тяжелыми психическими расстройствами. Не разделяемые специалистами, эти представления, сложившиеся в общественном сознании и поддерживаемые средствами массовой информации, влияют на сохранение стационарных учреждений для оказания психиатрической помощи психически больным, представляющим опасность для себя или окружающих [13].

Вместе с тем, психиатрические службы многих стран развивают внебольничные формы помощи таким пациентам, наиболее распространенными из которых являются интенсивное (ассертивное) лечение в сообществе (assertive community treatment) и обязательное амбулаторное лечение, которые используются как для пациентов общей психиа-

трической практики, так и для лиц, совершивших общественно опасные деяния и оказавшихся в сфере ответственности судебных психиатров.

Интенсивное (ассертивное) лечение в сообществе (АСТ) представляет собой активное и длительное сопровождение и лечение, на практике используемое для лиц с тяжелыми расстройствами психики, сочетающимися со сложностями в различных областях жизни. Помощь оказывается на дому, как правило, пациентам в возрасте от 18 до 65 лет, имеющим комплекс психиатрических и иных проблем, и нуждающимся в более интенсивной поддержке. АСТ осуществляют специализированные мультидисциплинарные бригады, включающие врачей-психиатров, медицинских сестер, психологов, социальных работников и иных специалистов, что позволяет сочетать медикаментозное лечение с другими интервенциями. Ключевыми характеристиками этой разновидности амбулаторной психиатрической помощи являются интенсивное наблюдение, даже если пациенты не проявляют склонности сотрудничать со службами психического здоровья и приверженности лечению, а также ее ежедневная доступность в течение 24 часов [8, 24].

Этот вид помощи развивается с 70-ых годов прошлого века и используется в разных странах [5], но ее результаты неоднозначно оцениваются специалистами. Так, анализ более чем 25 исследований АСТ, проведенных в США, показал, что интенсивная внебольничная помощь действительно сокращает число госпитализаций, не требует дополнительных инвестиций и более привлекательна для пациентов и членов их семей [32].

Сравнение времени, проводимого в стационаре пациентами до попадания в программы интенсивного наблюдения и в течение их проведения, продемонстрировало снижение ежегодного среднего показателя с 72 дней до 44 дней. Исследование проводилось в Англии и охватило 93 психиатрических пациентов, которых наблюдали в течение 10,5 лет после начала АСТ [38]. В другом английском исследовании как результат ассертивной помощи отмечается уменьшение числа госпитализаций пациентов с психотическими расстройствами [18].

В пилотном исследовании результатов АСТ в Японии, где сравнивались частота и продолжительность стационарного психиатрического лечения в течение года до последней госпитализации и года после оказания такой помощи, было показано, что она позволяет лицам с тяжелыми психическими расстройствами более длительные периоды времени обходиться без госпитализаций, ухудшения симптоматики и снижения социального функционирования [30].

В то же время сравнение результатов деятельности бригад АСТ с результатами работы бригад, оказывающих амбулаторную психиатрическую помощь в сообществе в обычном порядке, в двух районах

Лондона не выявило существенных различий во влиянии формы оказания помощи на число госпитализаций, тяжесть симптоматики и социальное функционирование пациентов. Однако, по мнению авторов, интенсивная помощь может оцениваться пациентами как более привлекательная [20]. Исследование проводилось в отношении 251 пациента (муж. и жен.) с недавними частыми госпитализациями и трудностями в соблюдении режима амбулаторного лечения (127 пациентов, получавших ассертивную помощь, и 124 пациента, проходящих внебольничное лечение в сообществе в обычном порядке). Авторы продолжили наблюдение в течение 10 лет и также не выявили статистически значимых различий в результатах этих форм психиатрической помощи [21]. Но все же, по их мнению, ассертивная помощь может быть лучшим вариантом для психически больных с хроническими тяжелыми психическими расстройствами, принимая во внимание несущественные различия в стоимости АСТ по сравнению с обычной амбулаторной помощью, более высокий уровень приверженности лечению и удовлетворенности пациентов [25].

Используется интенсивная помощь в сообществе и для судебно-психиатрических пациентов. Так, в 2017 году опубликованы результаты голландского исследования, в котором выяснялись характеристики пациентов и итоги лечения, в частности, произошли ли изменения в их социальном и психологическом функционировании и совершали ли они правонарушения по итогам года лечения с помощью судебно-психиатрических бригад ассертивной помощи. Для этой цели авторы собрали информацию о деятельности восьми таких бригад за период 2009–2011 годов с интервалом в среднем 12 месяцев. В исследовании участвовали 202 пациента.

Было установлено, что год спустя у пациентов наблюдались значимые улучшения в психологическом и социальном функционировании. Они реже входили в конфликт с законом, реже и на более короткое время задерживались полицией, а риск рецидива опасного поведения оценивался у них как пониженный. Правда, на число госпитализаций в психиатрические, наркологические и судебно-психиатрические стационары ассертивное лечение влияния не оказало. Авторы сделали вывод, что лица с психиатрическими расстройствами и риском опасного, уголовно наказуемого поведения продемонстрировали улучшение при лечении с использованием судебно-психиатрических бригад интенсивной (ассертивной) помощи в сообществе, однако необходимы дальнейшие исследования, чтобы выяснить, обеспечивает ли такая помощь долгосрочный эффект, и можно ли рассматривать ее как практику доказательной медицины [4].

Обязательное амбулаторное лечение известно в зарубежном законодательстве и литературе под различными названиями – assisted outpatient

treatment, compulsory outpatient treatment, mandatory outpatient treatment, involuntary outpatient commitment и др. Законы, регламентирующие такое лечение, действуют, в том числе, в Австралии, США, Канаде [23], Новой Зеландии, Израиле, Шотландии, Англии и Уэльсе, Норвегии [36], Швейцарии, Швеции [35], Бельгии, Нидерландах [19, 26]. В некоторых странах, например, в Испании на национальном уровне законодательство отсутствует, но лечение в ряде городов страны назначается на основании решений местных судов [12].

Круг потенциальных пациентов, несмотря на социально-экономические и культурные особенности, в различных странах весьма схож – это лица с тяжелыми психическими расстройствами, предыдущими многократными, в том числе и недобровольными, госпитализациями, а также с высоким риском их рецидива (так называемые «revolving door patients»). Помимо наличия тяжелого расстройства психики и истории неоднократных госпитализаций, приверженность таких пациентов лечению низка, а нуждаемость в уходе и помощи после выписки из стационара, напротив, велика. При этом риск опасного (насильственного) поведения из оснований применения этой меры не исключается, хотя и не является ведущим признаком [14]. На практике основной целью ее применения является обеспечение лечения психиатрических пациентов, в частности, приема необходимых лекарств, а также их постоянных контактов со службами психического здоровья.

В этой связи хорошей иллюстрацией служит норвежское исследование обязательного амбулаторного лечения (NOCS) – ретроспективное изучение использования меры в 2008–2012 годы [37]. Такое лечение регламентируется Законом о психическом здоровье Норвегии с 1961 года.

Законодательные критерии для назначения обязательного амбулаторного лечения в Норвегии совпадают с критериями для недобровольной госпитализации. Требуется наличие тяжелого психического расстройства, обуславливающего необходимость применения принуждения, чтобы либо предотвратить ухудшение состояния пациента в ближайшем будущем, либо способствовать перспективам его улучшения («критерий лечения»), либо предупредить неминуемую опасность для жизни и здоровья пациента или других лиц («критерий опасности»). Кроме того, уполномоченный врач, инициирующий применение меры, должен хорошо знать историю болезни пациента и его жизненную ситуацию, либо такого пациента надо обследовать в условиях стационара. Также следует предпринять попытку добровольного лечения, или его проведение должно оцениваться как очевидно бесполезное. В целом, обязательное амбулаторное лечение должно являться наилучшим вариантом оказания помощи конкретному пациенту, который имеет право выразить свое мнение. Пациент

может обжаловать решение об обязательном амбулаторном решении в независимый надзорный орган – Контрольную комиссию.

Авторы изучали истории болезни пациентов шести крупных психиатрических стационаров, обслуживающих разные географические регионы страны. Исследование охватило 1 414 человек старше 18 лет, впервые проходивших обязательное амбулаторное лечение в период с 1 января 2008 года по 31 декабря 2012 года, из которых 56,4% составляли мужчины и 43,6% – женщины. Возраст большинства (52,8%) находился между 30 и 50 годами и в среднем составил 41,8 лет. Две трети участников исследования проживали в городах (68,8%). Обязательное амбулаторное лечение в среднем продолжалось 425,5 дней, при этом 256 человек (18,1%) направлялись на такое лечение более одного раза. В отношении 645 пациентов (45,6%) был вынесен приказ о недобровольном лечении, требуемый по закону помимо решения о самой мере и позволяющий проводить терапевтические и иные интервенции без согласия пациента.

Для более детального анализа в исследовании была выделена подгруппа пациентов, которым рассматриваемая мера была назначена впервые в период с 1 января 2008 года по 31 декабря 2009 года (274 чел.). Основные характеристики подгруппы по полу, возрасту и месту проживания в основном совпадали с общей группой. Все пациенты, включенные в подгруппу, попали на обязательное амбулаторное лечение после выписки из стационара. «Критерий лечения» использовался во всех случаях, при этом как единственный – для 213 пациентов (78,6%), а в 49 случаях (18,1%) его дополнял «критерий опасности». 35 пациентов (12,9%) описывались в историях болезни как представляющие опасность для себя и 40 (14,8%) – для окружающих. Самостоятельно «критерий опасности» не использовался. Среди иных причин назначения рассматриваемой меры в медицинской документации указывалась потребность в приеме лекарств (93,7%), а половина пациентов (50,2%) описывались как неспособные справиться со своими психическими проблемами без ее назначения. Попытки добровольного лечения предпринимались в отношении 132 человек (48,9%).

163 пациента (59,5%) контактировали с врачами и иными специалистами дважды в месяц или чаще, 143 человека (52,6%) по время применения обязательного амбулаторного лечения получали не только психиатрическую, но и иную медицинскую помощь, лечились от наркологических расстройств, имели возможность работать или учиться.

Подавляющему большинству пациентов (210 чел. или 76,9%) были поставлены диагнозы шизофрении и иных расстройств шизофренического спектра (рубрики F20–F29 по МКБ-10). У 45 пациентов (16,5%) диагностировались аффективные расстройства, в частности, биполярное расстройство у 35 из них (F31), 18 человек (6,6%) страдали иными психи-

ческими расстройствами. Существенные проблемы со злоупотреблением психоактивными веществами были зафиксированы в медицинской документации 67 человек (24,5%).

В исследовании была установлена зависимость продолжительности применения рассматриваемой меры от психиатрического диагноза и используемых критериев ее назначения. Пациенты с диагнозами по рубрикам F20–F29 находились на обязательном лечении на 250,5 дней дольше, чем лица с диагнозами по рубрикам F30–F39, и на 247 дней дольше тех, у кого диагностировались иные психические расстройства. Те из изученных лиц, для которых в обосновании применения меры как дополнение «критерия лечения» использовался «критерий опасности», проводили на обязательном лечении на 144,3 дня дольше пациентов, в отношении которых последний критерий не применялся. Злоупотребление психоактивными веществами удлиняло время обязательного лечения на 148,1 дня [37].

В итоге авторы исследования сделали вывод, что норвежские пациенты, включенные в исследование, обладали весьма сходными показателями по полу (преимущественно муж.), возрасту (в среднем 41 год), психиатрическим диагнозам (главным образом, рубрики F20–F29 по МКБ-10) и ряду других характеристик, включая длительную историю контактов со службами психического здоровья, с лицами, находящимися на обязательном амбулаторном лечении в других странах [22].

Таким образом, психиатры разных стран сходятся во мнении в отношении клинических и иных характеристик пациентов, которым показано обязательное амбулаторное лечение. В использовании меры на первый план выводятся медицинские цели, и потому терапевтические интервенции и постоянный контакт с пациентами – центральные мероприятия в ее содержании. Снижение риска опасного поведения является целью вторичной, хотя и связанной с клиническими потребностями пациентов. Не остаются в стороне и такие задачи, как улучшение социального функционирования лиц с психическими расстройствами и повышение качества их жизни. В целом обязательное амбулаторное лечение рассматривается как часть более широкой стратегии оказания помощи конкретному пациенту с учетом его индивидуальных особенностей, потребностей и средовых факторов, и терапевтические интервенции дополняются мерами социальной поддержки (помощь в обучении и трудоустройстве, получении жилья, социальных пособий и т.п.). Одновременно применение данной меры способствует развитию системы учреждений и служб для оказания психиатрической и сопутствующей ей помощи во внебольничных условиях [31].

Несмотря на использование обязательного амбулаторного лечения в практике многих стран, мнения специалистов о его эффективности расходятся. В ряде исследований установлено, что такое лечение,

введенное для снижения риска повторных госпитализаций и времени, проводимого в стационаре, помогает лечить пациентов во внебольничных условиях [28] и приносит пользу, по меньшей мере, некоторым из них [15]. К примеру, изучение применения этой меры в Шотландии за период с 2007 по 2012 год показало, что число дней, проводимых включенными в исследование пациентами (1 558 чел., из которых 66% составляли муж.), сократилось с 66% до 39% (в годичном исчислении одного пациента) [39].

Другие авторы эти результаты не подтверждают, хотя полагают, что такая мера «может принести некоторую пользу в принудительном применении амбулаторного лечения или увеличении объема предоставляемых услуг, или в обоих случаях» [9]. В литературе можно встретить и предложения ввести мораторий на применение этой меры до того времени, пока не будут получены научно обоснованные доказательства ее эффективности [11].

В этой связи заслуживает внимания предложение J. Monahan [24] о выработке иного подхода к оценке эффективности обязательного амбулаторного лечения. По его мнению, концептуальные подходы, традиционно используемые для анализа результатов недобровольных видов психиатрической помощи, прежде всего, госпитализации, в этом случае не вполне корректны, поскольку в лечении на основе сообщества участвуют различные службы – «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)» [27]. Поэтому обязательное амбулаторное лечение следует рассматривать как меру комплексную, где социальное обеспечение и система юстиции также являются средствами обеспечения эффективности психиатрической помощи вне стационаров [26].

Что касается России, то к отличительным особенностям организационной структуры отечественной психиатрической службы относятся участковый принцип работы, наличие широкой сети государственных психоневрологических диспансеров, диспансерных отделений и кабинетов участковых психиатров при центральных районных больницах (ЦРБ), охватывающих все территории и обеспечивающих возможность наблюдения за выявленными больными, а также необходимого взаимодействия с судами и правоохранительными органами. Стратегия деятельности медицинских организаций, оказывающих психиатрическую помощь в амбулаторных условиях, направлена на обеспечение качества и доступности всех видов специализированной помощи пациентам, с выявлением тех из них, кто по психопатологическим характеристикам склонен к общественно опасному поведению. В нашей стране давно сформировался и реализуется именно такой

подход к внебольничной психиатрической профилактике.

Интенсивная (ассертивная) помощь является относительно новой формой психиатрической помощи в нашей стране. Первые публикации о ее практическом использовании появились лишь во второй половине первого десятилетия нового века [1, 5]. Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденный приказом Минздравсоцразвития от 17 мая 2012 г. №566н, закрепил создание отделений интенсивного оказания психиатрической помощи (приложения 16–18) как структурных подразделений психоневрологических диспансеров (диспансерных отделений психиатрических больниц). Изучение клинических и демографических характеристик пациентов таких отделений показывает весьма значительное сходство с характеристиками пациентов, получающих ассертивную помощь в зарубежных странах [1, 5, 6]. Отечественные специалисты положительно относятся к появлению названных отделений, позволяющих оказывать полипрофессиональную помощь во внебольничных условиях лицам с тяжелыми психическими расстройствами, и довольно высоко оценивают их эффективность. При этом в качестве ее показателей, как и в зарубежных исследованиях, используются соблюдение пациентами режима терапии, сокращение числа и длительности их госпитализаций и улучшение социального функционирования [6].

В то же время надо отметить, что в последние десятилетия деятельность по внебольничной психиатрической профилактике всё больше обнаруживает тенденцию к развитию специфических форм работы, направленных непосредственно на предупреждение опасного поведения психически больных в амбулаторных условиях, – это организация активного диспансерного наблюдения (АДН) за пациентами, представляющими общественную опасность, а также исполнение назначенного судом принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях (АПНЛ).

Правовой основой активного диспансерного наблюдения является приказ Минздрава РФ и МВД РФ от 30 апреля 1997 г. №133/269 «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами» с утвержденной им «Инструкцией об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел Российской Федерации по предупреждению общественно опасных деяний лиц, страдающих психическими расстройствами».

В Инструкции предусмотрено выделение из числа психически больных, подлежащих диспансерному наблюдению, категории пациентов, представляющих потенциальную общественную опасность, – группы активного диспансерного наблюдения. К больным, подлежащим такому наблюдению, отнесены, в

первую очередь, совершившие в прошлом уголовно наказуемые общественно опасные деяния и освобожденные от уголовной ответственности с применением к ним принудительных мер медицинского характера; отбывшие наказание за преступления, совершенные до установления у них психического расстройства; имеющие в структуре психических расстройств симптомы, обуславливающие склонность к совершению общественно опасных действий.

По данным государственной статистической отчетности, в 2018 году в целом по России под активным диспансерным наблюдением состояли 52 435 больных (35,7 на 100 тыс. нас.). Большая часть из них (38 072 чел. или 72,6% в структуре группы АДН) ранее совершали правонарушения. Меньшая по численности группа пациентов, не совершавших уголовно наказуемых деяний, находилась под АДН по решению комиссии врачей-психиатров, так как представляли потенциальную опасность в связи с наличием у них симптомов, обуславливающих склонность к социально опасному поведению. В 2018 году их количество составляло 14 363 человек или 27,4% в структуре группы АДН.

Особое значение работа по предупреждению общественно опасных действий психически больных во внебольничных подразделениях психиатрической службы приобрела в связи с законодательным введением в 1997 году новой принудительной меры медицинского характера – принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях (ст.ст. 99, 100 УК РФ). Эта мера может использоваться как в качестве первичной, так и после проведенного принудительного лечения в стационаре. Закон также позволяет назначить амбулаторное принудительное лечение вместе с наказанием (п. «в», «д» ч.1 ст.97 УК РФ), и если оно не связано с лишением свободы, то реализация принудительной медицинской меры осуществляется внебольничными организациями психиатрической службы (ч.1 ст. 104 УК РФ). Кроме того, в отношении лиц, указанных в п. «д» ч.1 ст. 97 УК РФ, амбулаторное принудительное лечение может применяться в период условно-досрочного освобождения, или отбывания более мягкого наказания, или после отбытия наказания (п. 2.1 ст.102 УК РФ).

По данным статистики на 01 января 2019 года на АПНЛ находилось 11 974 больных, что составляло 38,4% в структуре всех применяемых принудительных мер медицинского характера. Перевод больных на АПНЛ всё в большей степени предшествует принятию судом решения о прекращении принудительного лечения (в 2008 г. было 1 735 таких больных, в 2018 г. – 3 329). Средняя продолжительность нахождения на АПНЛ в 2018 году составила 588,5 дней.

Таким образом, хотя содержание лечебно-профилактической работы участкового психиатра с пациентами, подлежащими АДН и АПНЛ, существенно не

различается, введение амбулаторного принудительного лечения сделало более многочисленным контингент больных, подлежащих особому наблюдению. Активное диспансерное наблюдение за потенциально опасными больными нацелено, с одной стороны, на выявление признаков усиления общественной опасности, с другой – на организацию различных лечебно-реабилитационных и социально-воспитательных мероприятий для ее предупреждения. Лица с психическими расстройствами, включенные в группу АДН, а также находящиеся на АПНЛ, обследуются психиатром не реже 1 раза в месяц. К полномочиям органа внутренних дел относится информирование участкового психиатра обо всех случаях совершения указанными пациентами противоправных действий, а также об особенностях поведения, говорящих о вероятности их совершения; в случае необходимости – установление места пребывания, оказание содействия во врачебном осмотре и недобровольной госпитализации.

В настоящее время в России реализуется две модели организации деятельности по предупреждению общественно опасных действий психически больных во внебольничных условиях. Первая из них применяется в кабинетах психиатров ЦРБ и психоневрологических диспансерах (отделениях) с небольшим (до 7–8) количеством психиатрических участков и заключается в выделении групп АДН и АПНЛ и организации специфической работы с ней. Эта деятельность осуществляется преимущественно участковым психиатром с привлечением других имеющих в учреждении специалистов.

Вторая модель применяется 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 АПНЛ в данном учреждении. Создание таких кабинетов предусмотрено Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения (приложения 7–9), утвержденным приказом Минздравсоцразвития от 17 мая 2012 г. № 566н.

Для оценки эффективности внебольничной профилактики общественно опасного поведения лиц с психическими расстройствами используются такие показатели, как численность группы АДН, ее структура; количество правонарушений, совершенных больными, находящимися на АДН и АПНЛ; доля пациентов, в отношении которых реализуются индивидуальные программы реабилитации. Существенным компонентом этой деятельности, направленным на повышение качества внебольничной профилактики общественно опасного поведения лиц с психическими расстройствами, является применение биопсихосоциальной модели оказания помощи. Этому способствует комплектация штата

кабинетов активного диспансерного наблюдения, наряду с врачами-психиатрами, медицинскими психологами, социальными работниками и специалистами по социальной работе. В регионах увеличивается число пациентов, в отношении которых, наряду с медикаментозным лечением, проводится психосоциальная терапия, психосоциальная реабилитация и трудовая терапия. Применяются также лично ориентированная индивидуальная, семейная и групповая психотерапия, поведенческие тренинги; в случае необходимости – лечение зависимости от психоактивных веществ; оказывается помощь в решении вопросов восстановления документов, прав на жилье, регистрации по месту жительства и др. Реализуются психообразовательные

программы, 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.

В заключение надо отметить, что несмотря на различие социально-экономических условий и традиций в формировании психиатрических служб в разных странах формы внебольничной профилактики опасных действий лиц с психическими расстройствами и показатели их эффективности имеют существенное сходство. В этой связи изучение зарубежного опыта может способствовать совершенствованию такой деятельности в нашей стране.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Уткин А.А., Степанова О.Н., Шеллер А.Д., Турушева Н.Б. Новая организационная форма оказания психиатрической помощи: отделение настойчивого (интенсивного) лечения в сообществе // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т. 16. № 3. С. 94–98.
2. Гурович И.Я. Состояние психиатрической службы в России: актуальные задачи при сокращении объема стационарной помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22. № 4. С. 5–9.
3. Гурович И.Я., Краснов В.Н., Шмуклер А.Б. Современное состояние психиатрической помощи: неотложные и долговременные задачи // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25. № 3. С. 5–9.
4. Новости: организация помощи – новые вызовы. 17.05.2017 // Современная терапия психических расстройств: сайт врачей-психиатров. <http://psypharma.ru/ru/novosti/mezhdunarodnye-novosti-psihiatrii-ot-eleny-mozhaevoy/novosti-organizatsiya-pomoshchnoye#>
5. Степанова О.Н. Комплексная полипрофессиональная помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в отделении настойчивого (интенсивного) лечения в сообществе: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2009.
6. Шендеров К.В., Шашкова Н.Г., Лапшин Н.О. Отделение интенсивного оказания психиатрической помощи: особенности контингента и оценка эффективности комплексного лечения // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24. № 2. С. 33–39.
7. Шмуклер А.Б., Гурович И.Я., Костюк Г.П. Стационарная психиатрическая помощь: деинституционализация и ее последствия в странах Северной Америки и Европы // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. Т. 26. № 4. С. 97–109.
8. Assertive Outreach. <https://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/mental-health-services-explained/Documents/Assertive%20-Outreach-Factsheet.pdf>
9. Barnett P., Matthews H., Lloyd-Evans B., Mackay E., Pilling S., Johnson S. Compulsory community treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: a systematic review and meta-analysis // *Lancet Psychiatry*. 2018. Vol. 5. N 12. P. 1013–1022.
10. Bilir M.K. Deinstitutionalization in Mental Health Policy: from Institutional-Based to Community-Based Mental Healthcare Services // *Hacettepe J. Health Administr.* 2018. Vol. 21. N 3. P. 563–576.
11. Burns T., Molodinski A. Community treatment orders: background and implications of the OCTET trial // *Psychiatric Bulletin*. 2014. Vol. 38. P. 3–5.
12. 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. N 1. P. 30–33.
13. Chow W.S., Ajaz A., Priebe S. What drives changes in institutionalized mental health care? A qualitative study of the perspectives of professional experts // *Soc. Psychiatr. Psychiatric Epidemiol.* 2019. Vol. 54. N 6. P. 737–744.
14. Churchill R., Owen G., Singh S., Hotopf M. International Experiences of Using Community Treatment Orders. London: Institute of Psychiatry. 2007. 222 p.
15. Dye S., Dannaram S., Loynes B., Dickenson R. Supervised community treatment: 2-year follow-up study in Suffolk // *Psychiatrist*. 2012. Vol. 36. P. 298–302.
16. Fakhoury W., Priebe S. Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare // *Psychiatry*. 2007. Vol. 6. N 8. P. 313–316.
17. Ferracuti S., Pucci D., Trobia F., Alessi M.C., Rapinesi C., Kotzalidis G.D., Del Casale A. Evolution of forensic psychiatry in Italy over the past 40 years (1978–2018) // *Int. J. Law Psychiatry*. 2019. Vol. 62. P. 45–49.
18. Hamilton I., Lloyd C., Bland J.M., Grainge S. The impact of assertive outreach teams on hospital admissions for psychosis: a time series analysis // *J. Psychiatr. Mental Health Nursing*. 2015. Vol. 22. N 7. P. 484–490.
19. Kahan D., Braman D., Monahan J., Callahan L., Peters E. Cultural Cognition and Public Policy: the Case of Outpatient Commitment Laws // *Law Human Behav.* 2010. Vol. 34. P. 118–140.
20. Killaspy H., Bebbington P., Blizard R., Johnson S., Nolan F., Pilling S., Kinget M. The REACT study: randomized evaluation of assertive community treatment in north London // *BMJ*. 2006. Vol. 32, N7545. P. 815–820.
21. Killaspy H., Mas-Expósito L., Marston L., King M. Ten year outcomes of participants in the REACT (Randomized Evaluation of Assertive Community Treatment in North London) study // *BMC Psychiatry*. 2014. Vol. 14. P.296.
22. Kisely S., Xiao J., Jian L. Changes in determinants of compulsory community treatment over 11 years. A population-based analysis of linked mental health databases // *Psychiatry Research*. 2015. Vol. 230. N 2. P. 400–405.
23. Kisely S. Canadian Studies on the Effectiveness of Community Treatment Orders // *Can. J. Psychiatry*. 2016. Vol. 61. N 1. P. 7–14.
24. Macpherson R., Thyarappa P., Riley G., Steer H., Blackburn M., Foy C. Evaluation of three assertive outreach teams // *Psychiatrist*. 2013. Vol. 37. N 7. P. 228–231.
25. McCrone P., Killaspy H., Bebbington P., Johnson S., Nolan F., Pilling S., King M. The REACT Study: Cost-Effectiveness Analysis of Assertive Community Treatment in North London // *Psychiatric Serv.* 2009. Vol. 60. N 7. P. 908–913.
26. Monahan J., Swartz M., Bonnie R. Mandated Treatment in the Community for People with Mental Disorders // *Health Affairs*. 2003. Vol. 22. P. 28–38.
27. Monahan J. Mandated Psychiatric Treatment in the Community – Forms, Prevalence, Outcomes and Controversies. // *Coercive Treatment in Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical Aspects* / Th.Kallert, J.Mezzich, J.Monahan (Eds.). UK: Wiley-Blackwell, 2011. P. 33–48.
28. Monnery D., Belgamvar R.B. Use of Supervised Community Treatment in One UK Healthcare District // *Progress Neurol. Psychiatr.* 2011. Vol. 15. N 6. P. 8–13.
29. Mundt A.P., Franc T., Gurovich I., Heinz A., Ignatyev Y., Ismayilov F., Kalapos M.P., Krasnov V., Mihai A., Mir J., Padruchny D., Potočan M., Raboch J., Taube M., Welbel M., Priebe S. Changes in the Provision of Institutionalized Mental Health Care in Post-Communist Countries // *PLOS ONE*. 2012. Vol. 7. N 6. P. e38490.
30. Nishio N., Ito J., Oshima I., Suzuki Y., Horuchi K., Sono T., Fukaya

- H., Hisanaga F., Tsukada K. Preliminary outcome study on assertive community treatment in Japan // *Psychiatr. Clin. Neurosci.* 2012. Vol. 66. N 5. P. 383–389.
31. O'Reilly R., Dawson J.M.B., Burns T. Best Practices in the Use of Involuntary Outpatient Treatment // *Psychiatric Serv.* 2012. Vol. 63. P. 421–423.
 32. Phillips S.D., Burns B.J., Edgar E.R., Mueser K.T., Linkins K.W., Rosenheck R.A., Drake R.E., McDonel Herr E.C. Moving Assertive Community Treatment Into Standard Practice // *Psychiatric Serv.* 2001. Vol. 52. N 6. P. 771–779.
 33. Policies and Practices for Mental Health in Europe – meeting the challenges. WHO. 2008. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf?ua=1/
 34. Priebe S., Frottier P., Gaddini A., Kilian R., Lauber C., Martinez-Leal R., Munk-Jorgensen P., Walsh D., Wiersma D., Wright D. Mental Health Care Institutions in Nine European Countries, 2002 to 2006 // *Psychiatric Serv.* 2008. Vol. 59. N 5. P. 570–573.
 35. Reitan T. Commitment without confinement. Outpatient compulsory care for substance abuse, and severe mental disorder in Sweden // *Int. J. Law Psychiatry.* 2016. Vol. 45. P. 60–69.
 36. Riley H., Straume B., Høyer G. Patients on outpatient commitment orders in Northern Norway // *BMC Psychiatry.* 2017. Vol. 17. P. 157.
 37. Rugkåsa J., Nytingnes O., Simonsen T.B., Benth J.Š., Lau B., Riley H., Løvsletten M., Christensen T.B., Austegard A.A., Høyer G. The use of outpatient commitment in Norway: Who are the patients and what does it involve? // *Int. J. Law Psychiatry.* 2019. Vol. 62. P. 7–15.
 38. Sood L., Owen A. A 10-year service evaluation of an assertive community treatment team: trends in hospital bed use // *J. Mental Health.* 2014. Vol. 23. N 6. P. 323–327.
 39. Taylor M., Macpherson M., Macleod C., Lyons D. Community treatment orders and reduced time in hospital: a nationwide study, 2007–2012 // *Psychiatr. Bull.* 2016. Vol. 40. N 3. P. 124–126.

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ И В РОССИИ: ФОРМЫ И ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ

О.А. Макушкина, С.В. Полубинская

В статье рассматриваются формы организации внебольничной профилактики общественно опасных действий лиц с психическими расстройствами, сложившиеся в зарубежных странах и в России в контексте деинституционализации, изменившей приоритеты в оказании психиатрической помощи. Сокращение объемов стационарной помощи привело к развитию внебольничных учреждений и служб, сфера ответственности которых включает и лиц с тяжелыми психическими расстройствами, представляющих по своим психопатологическим характеристикам опасность для окружающих и испытывающих проблемы в социальной адаптации. Авторы рассматривают наиболее распространенные за рубежом формы внебольничной помощи таким пациентам, в частности, интенсивное (ассертивное) лечение в сообществе и обязательное амбулаторное лечение, описывают характеристики пациентов, в отношении которых эти меры используются, а также данные зарубежных исследований их эффективности.

Применительно к нашей стране отмечается тенденция к развитию специфических форм деятельности психиатров и иных специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи, непосредственно направленных на профилактику опасного поведения психически

больных во внебольничных условиях. К ним относятся активное диспансерное наблюдение за пациентами, представляющими общественную опасность, а также исполнение назначенного судом принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях. Авторы приводят статистические данные о практике применения этих мер, указывают показатели, используемые для оценки их эффективности, и модели организации их исполнения.

В статье делается вывод о существенном сходстве форм внебольничной профилактики опасного поведения лиц с психическими расстройствами и показателей их эффективности в разных странах и важности изучения зарубежного опыта для совершенствования этой деятельности в России.

Ключевые слова: психиатрическая помощь, развитие внебольничных форм помощи, тяжелое психическое расстройство, профилактика общественно опасных действий, интенсивное (ассертивное) лечение в сообществе, обязательное амбулаторное лечение, активное диспансерное наблюдение, принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях, эффективность внебольничной профилактики общественно опасных действий.

OUT-PATIENT PREVENTION OF DANGEROUS ACTS OF THE MENTALLY ILL IN FOREIGN COUNTRIES AND RUSSIA: FORMS AND EFFICACY INDICATORS

O.A. Makoushina, S.V. Polubinskaya

This article discusses the forms of outpatient prevention of dangerous acts of the mentally ill in foreign countries and in Russia in the context of deinstitutionalization that has significantly changed the priorities in provision of psychiatric care. The cuttings in inpatient care system have led to development of outpatient agencies and services for persons with severe mental disorders, who may be dangerous to others because of their mental condition and also experience difficulties in social adaptation. The authors provide an overview of the most common forms of outpatient care for such patients in foreign countries, in particular, assertive treatment in the community and mandatory outpatient treatment including the characteristics of patients for whom these forms of care are intended and respective efficacy data from foreign studies.

In Russia, there is a tendency to develop specific forms of activities for psychiatrists and other specialists involved in the provision of psychiatric care that directly target prevention of dangerous behavior of the mentally

ill in outpatient settings. Among them such forms as active dispensary observation for patients who pose a social danger and compulsory out-patient psychiatric observation and treatment. The authors provide statistical data concerning use of these measures, describe the indicators of their efficacy, and models of their implementation.

The article concludes that there is a significant similarity in the forms of out-patient prevention of dangerous acts of the mentally ill and their efficacy indicators in different countries and highlights the importance of foreign experience for improvement of this type of care in Russia.

Key words: psychiatric care, development of out-patient care, severe mental disorder, prevention of socially dangerous acts, assertive community treatment, mandatory outpatient treatment, active dispensary observation, compulsory out-patient psychiatric observation and treatment, efficacy of out-patient prevention of socially dangerous acts.

Макушкина Оксана Анатольевна – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: makushkina@serbsky.ru

Полубинская Светлана Вениаминовна – кандидат юридических наук, доцент, ведущий научный сотрудник отдела судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, ведущий научный сотрудник сектора уголовного права, уголовного процесса и криминологии ФГБУН Институт государства и права Российской академии наук; e-mail: sverpol@yandex.ru