

## **Принудительное амбулаторное наблюдение и лечение у врача-психиатра невменяемых лиц, страдающих шизофренией**

*Белорусский государственный медицинский университет*

Проведен аналитический обзор состояния проблемы принудительного амбулаторного лечения у врача-психиатра лиц с психическими расстройствами за рубежом. На материале белорусской популяции изучены факторы способствующие и препятствующие эффективной реализации рассматриваемой меры в отношении невменяемых лиц, страдающих шизофренией. Предложены модели организации принудительного амбулаторного наблюдения и лечения у врача-психиатра невменяемых лиц, страдающих шизофренией с учетом Белорусского законодательства. Ключевые слова: невменяемый, амбулаторное лечение, шизофрения.

Действующим Законодательством (Уголовный кодекс Республики Беларусь) на психиатрические учреждения системы здравоохранения Республики возложена реализация принудительных мер безопасности и лечения в отношении лиц с психическими расстройствами, признанных невменяемыми. Одной из таких мер является принудительное амбулаторное наблюдение и лечение у врача-психиатра (ПАНЛ), которая впервые была введена в Уголовный кодекс редакции 2001 года. В связи с тем, что ПАНЛ является новой принудительной мерой медицинского характера, пока не определена категория пациентов, которым рекомендация подобной меры как после совершенного общественно опасного деяния, так и в качестве этапа отмены принудительных мероприятий после принудительного стационарного лечения, имеет достаточные основания.

Цель исследования: изучение факторов, способствующих и препятствующих эффективному использованию принудительного амбулаторного наблюдения и лечения у врача-психиатра невменяемых лиц, страдающих шизофренией, и определение условий ее успешной реализации.

Задачи исследования: 1) провести аналитический обзор состояния проблемы использования принудительного амбулаторного наблюдения и лечения лиц с психическими расстройствами за рубежом; 2) изучить однородность (принадлежность к одной генеральной совокупности) групп лиц, страдающих шизофренией с эффективным и неэффективным использованием амбулаторного наблюдения и лечения у врача-психиатра как меры медицинского характера после совершенного ООД; 3) определить условия и наметить пути эффективной реализации принудительного амбулаторного наблюдения и лечения у врача-психиатра невменяемых лиц, страдающих шизофренией.

Материал и методы

В исследование включено 124 человека, страдающих шизофренией, которые распределены в следующие группы: 1-я-основная группа-пациенты не совершившие повторного ООД во время активного диспансерного

наблюдения и лечения, назначенного как первичная мера медицинского характера после совершенного ООД (N=46); 2-я группа-группа сравнения-пациенты, страдающие шизофренией, совершившие повторное ООД во время активного диспансерного наблюдения и лечения, назначенного как первичная мера медицинского характера после совершенного ООД (N=38) 3-я-контрольная группа-пациенты, страдающие шизофренией, не совершившие ООД, но состоявшие под диспансерным наблюдением (N=40). Критерии включения в основную группу и группу сравнения-совершение ООД на территории Могилевской области в период времени с 1970 по 2006 год включительно. Критерии исключения-катамнестическое наблюдение менее 10 лет. Контрольная группа сформирована методом случайной выборки из числа лиц, страдающих шизофренией, наблюдавшихся у врачей-психиатров не менее 15 лет. Соотношение мужчин к женщинам в контрольной группе пропорционально таковым в основной группе и группе сравнения и составляет 5:1. Основными методами исследования явились клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический и клиничко-статистический. Психический статус пациентов оценивался с использованием диагностических критериев шкалы PANSS. С целью валидации шкалы PANSS для частичной оценки психического состояния пациентов по данным их медицинской документации был использован корреляционный анализ. Различия в частотном распределении внутри признака между группами оценивались с помощью критерия Пирсона  $\chi^2$ . Величина риска оценивалась с помощью таблицы сопряженности 2x2 и расчета показателя относительного риска RR(Relative Risk).

Дизайн исследования: Исследование было про-ретроспективным, сравнительным, “случай-контроль”.

Результаты и обсуждение

Принудительное амбулаторное наблюдение и лечение у врача-психиатра широко используется за рубежом. По данным литературы, обобщая зарубежный опыт использования ПАНЛ, можно выделить его несколько основных целей. Первая – уменьшение риска рецидива правонарушения. В этом плане эта мера позволяет не только улучшить будущее поведение пациента, но и “сделать более точным его прогноз, заменив один долгосрочный прогноз на ряд краткосрочных, учитывающих амбулаторную динамику”[5]. Вторая цель-реабилитационная. По оценке европейских авторов, около половины пациентов, совершивших общественно опасные действия никогда уже не смогут жить в обществе самостоятельно и им потребуется послебольничное обслуживание в той или иной форме ПАНЛ в этом случае выступает как лечение в условиях “наименее ограниченной альтернативы”, обеспечивающее непрерывность помощи независимо от места пребывания пациента, как это требуется в случае хронических психических расстройств[5,13]. Третий аспект – финансовый. Так, рядом авторов отмечено, что амбулаторная помощь оценивается приблизительно в 14% от стоимости принудительного лечения того же пациента в условиях психиатрического стационара [5,11].

В Англии и Уэльсе согласно принятого в 1991 году “Акта об уголовном процессе”(Criminal Procedure Act), амбулаторное принудительное лечение (АПЛ) может назначаться судом сроком не более 2-х лет лицам невменяемым или неспособным участвовать в процессе, “если их психическое состояние будет не настолько серьезным, чтобы потребовалось распоряжение о госпитализации или опеке”. Амбулаторное принудительное лечение в Англии осуществляется силами общепсихиатрической сети. На пациентах, находящихся под принудительным амбулаторным лечением, лежит обязанность проживать в установленном месте, “участвовать в медицинском лечении, профессиональной подготовке, образовательных мероприятиях”. Кроме того, ведется специальный регистр любых опасных действий пациента, имеется систематизированный алгоритм принятых решений и оценки риска[5].

В США амбулаторное принудительное лечение невменяемых предусмотрено в 12 штатах, в остальных-пациенты вне психиатрических отделений не могут принуждаться получать лечение. В США, в основном, срок АПЛ ограничивается сроком наказания, которое могло бы быть назначено пациенту в случае вынесения обвинительного приговора. Американскими авторами среди факторов прогностически “благоприятных” для назначения АПЛ отмечают хорошее социальное функционирование пациента до совершения опасного деяния. Ими же отмечено, что пациенты, находившиеся под АПЛ и не совершившие повторного опасного действия чаще были женатыми, работали на момент совершения правонарушения, они чаще были единственными или младшими детьми в своих семьях и “в меньшем проценте случаев становились героиновыми наркоманами”[5,14].

В Германии амбулаторное принудительное лечение стало развиваться с конца 1980-х годов. Законодательной базой служит §67b “Уголовного Кодекса” Германии, в котором говорится о возможности применения “такой меры исправления и безопасности” как “условное освобождение от принудительного лечения в психиатрическом стационаре”. “Амбулаторное наблюдение при клинике, обязывающее пациента постоянно находиться в поле зрения психиатров, получать необходимое лечение, госпитализироваться при необходимости в стационар, оказалось способным продлить длительность пребывания душевно больных правонарушителей в обществе при одновременной возможности тесного сотрудничества амбулаторного звена с комитетом по условному освобождению и судами”[13].

В Нидерландах амбулаторной судебно-психиатрической помощью обеспечиваются помимо невменяемых также и осужденные, которые согласились на “контроль и лечение” в обмен на “уменьшение или условный приговор”. Кроме того, в Нидерландах АПЛ может назначаться также и “сложным и агрессивным” пациентам общепсихиатрической сети вне связи с возбуждением против них уголовного дела, с целью “предотвращения ухудшения состояния и возможного правонарушения”. Наблюдение за лицами, находящимися на АПЛ, осуществляет социально-психиатрическая

служба, которая является в данном случае связующим звеном между органами юстиции и здравоохранением [11].

В Канаде во всех провинциях принята практика постепенного возвращения в общество невменяемых и неспособных предстать перед судом. Эти лица находятся под юрисдикцией специальной “наблюдательной комиссии” (Board of Review), которая ежегодно проверяет статус пациента и часто указывает условия, на которых пациент может оставаться в обществе. В зависимости от правового статуса пациента и конкретных обстоятельств в число лиц, наблюдающих за пациентом в рамках АПЛ могут входить социальные работники, офицеры, наблюдающие за соблюдением режима и другие специалисты [11].

Во Франции пациенты, признанные невменяемыми, полностью выводятся из юрисдикции системы правосудия и госпитализируются в психиатрический стационар по постановлению руководителя перфекта (главы исполнительной власти округа), что никак не отличается от обычной недобровольной госпитализации вне возбуждения уголовного дела. Практикуется и система так называемых “пробных выписок”, хотя по данным отдельных авторов, полноценное использование принудительного амбулаторного наблюдения психически больных во Франции как альтернатива принудительного лечения стала применяться лишь с конца 1990-х годов [13].

В Израиле АПЛ начало впервые использоваться с 1991 года с выходом закона о лечении психически больных. Согласно этого закона, АПЛ могут быть подвергнуты лица с психическими расстройствами как совершившие, так и не совершившие преступления. Лица с психическими расстройствами, признанные невменяемыми, направляются на АПЛ по решению суда. Решение о прекращении принудительного лечения принимается судом по рекомендации психиатрического комитета, состоящего из двух психиатров и одного юриста, которые оценивают психическое состояние пациента и степень его социальной опасности. АПЛ первоначально назначается сроком на 6 месяцев и в последующем каждые 6 месяцев оно может продлеваться [13].

В Российской Федерации амбулаторное принудительное наблюдение и лечение как одна из принудительных мер медицинского характера была введена в уголовный кодекс в 1997 году. Российскими учеными был предложен ряд лечебно-реабилитационных программ для ведения лиц, находящихся на амбулаторном принудительном лечении, в процессе которого предложено выделять несколько этапов: 1) адаптационно-диагностический; 2) плановой дифференцированной курации; 3) завершающий. В качестве критерия назначения и отмены амбулаторного принудительного наблюдения и лечения Российскими авторами предложено использовать “индекс потенциальной общественной опасности-(О)”, под которым понимается среднее арифметическое между оценкой тяжести ожидаемого у пациента ООД (“Т”) и оценкой вероятности совершения ООД в баллах (“В”). Степень тяжести ООД определяется согласно тяжести соответствующих преступлений, отраженных в максимальных сроках

наказания в Уголовном кодексе: 1-небольшой тяжести (до 2 лет лишения свободы), 2-средней тяжести (до 5 лет лишения свободы), 3-тяжкие (до 10 лет лишения свободы), 4-особо тяжкие (свыше 10 лет лишения свободы). Вероятность ООД ("В") также измеряется в баллах: 0-отсутствие вероятности, 1-малая вероятность, 2-условная вероятность, 3-безусловная вероятность, 4-высокая вероятность. Индекс потенциальной общественной опасности ("О") может иметь 9 значений-от 0 до 4-х. Считается, что оптимальные значения индекса у пациентов с адекватно назначенным АПНЛ лежат в диапазоне от 1 до 1,5 балла[3].

Для решения поставленных задач, нами была выделена сплошным методом и изучена когорта лиц, страдающих шизофренией, которым на протяжении последних 35 лет на территории Могилевской области в качестве первичной меры медицинского характера назначалось как наблюдение и лечение у психиатра по группе "специального учета"-аналога ПАНЛ, так и тех, кому в последние годы было применено ПАНЛ. Основным критерием неэффективного применения принудительных мер не связанных со стационарированием служил факт совершения повторного ООД во время активного диспансерного наблюдения. Факт добровольных госпитализаций в психиатрический стационар в период активного диспансерного наблюдения в связи с ухудшением психического состояния являлся критерием адекватно назначенного амбулаторного наблюдения и лечения. Принудительные госпитализации в психиатрический стационар вне рамок совершения повторного ООД, а также изменение амбулаторного принудительного лечения на принудительное стационарное лечение рассматривалось как адекватная работа психиатрической службы по профилактике повторных ООД. С целью стандартизации оценки психического состояния пациента и ее дальнейшего изучения, нами использовались диагностические критерии степени выраженности отдельных психопатологических симптомов, описанные в шкале PANSS[8]. Учитывая субъективные сложности в оценке степени выраженности отдельных симптомов в баллах по медицинской документации, 7-ми балльная градация шкалы была заменена трехбалльной, при этом баллы 1,2, – были обозначены как «1»-«признак отсутствует, либо отсутствует указание на его наличие»; баллы 3,4,5 – были обозначены как «2»-«признак присутствует, но выражен не сильно»; баллы 6,7 – были обозначены как «3»-«признак выражен сильно». С целью оценки валидности используемого метода (шкалы PANSS) для частичной оценки психического состояния по данным медицинской документации было осмотрено лично 45 человек (по 15 из каждой группы), оценено их психическое состояние согласно диагностическим критериям шкалы PANSS а затем результаты были сопоставлены с результатами оценки психического состояния тех же пациентов по данным их медицинской документации. Для "чистоты" исследования психическое состояние по данным клинического интервью и медицинской документации отражали один и тот же период времени. В качестве статистической методики, примененной для оценки валидности, использован ранговый коэффициент корреляции Спирмена[9,12].

Проведенный статистический анализ полученных результатов показал валидность отдельных пунктов (симптомов) шкалы PANSS для оценки психического состояния по данным медицинской документации. К таким пунктам шкалы (симптомам) относятся «П1. Бред», «П2. Расстройства мышления», «П3. Галлюцинации», «П4. Возбуждение», «П5. Идеи величия», «П6. Подозрительность, идеи преследования», «Н2. Эмоциональная отгороженность», «Н3. Трудности в общении», «Н4. Пассивно-апатическая социальная отгороженность», «О3. Чувство вины», «О4. Напряженность», «О7. Моторная заторможенность», «О15. Загруженность психическими переживаниями».

Первой рабочей гипотезой было выдвинуто предположение о том, что лица с эффективным и неэффективным использованием амбулаторного лечения как первичной меры медицинского характера после совершенного ООД на момент его назначения во время проведения судебно-психиатрической экспертизы имели различия, связанные с их психическим состоянием. С точки зрения используемой статистической методики, отдельные симптомы, характерные для шизофрении с учетом их степени выраженности были рассмотрены в качестве “факторов риска” которые повлияли на шанс попадания пациента в группу лиц, которым было назначено наблюдение и лечение у врача-психиатра в качестве первичной меры медицинского характера после совершенного ООД. Величина риска оценивалась с помощью таблицы сопряженности 2x2 и расчета относительного показателя риска RR (Relative Risk)[12]. Результаты расчетов представлены на рисунке 1.

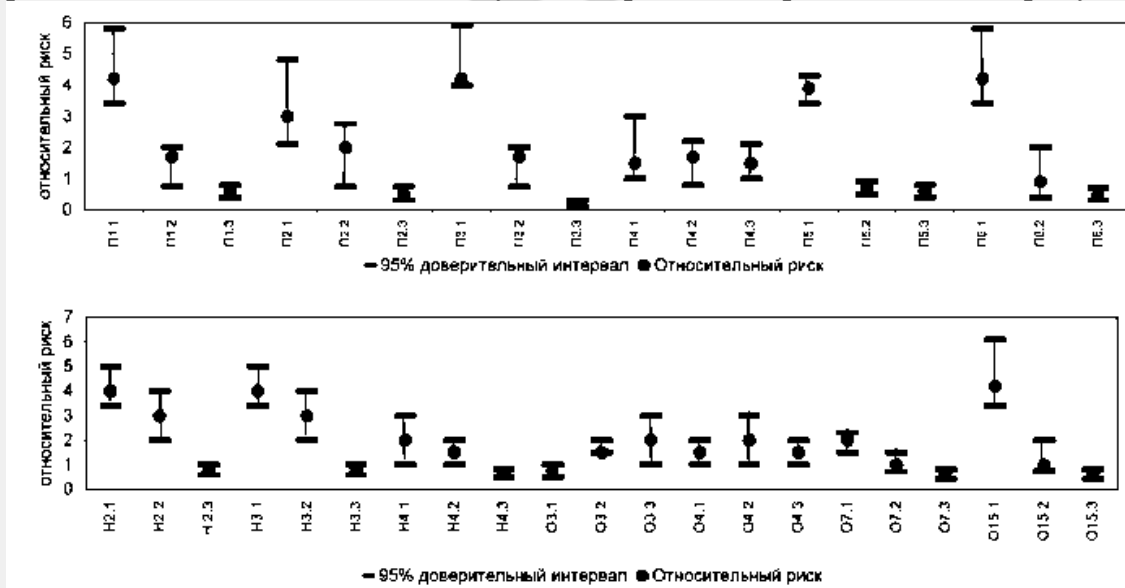


Рис. 1. Величины риска попадания в группу лиц с применением первичного амбулаторного наблюдения и лечения после совершенного ООД, связанные со степенью выраженности отдельных психопатологических симптомов.

Как видно из рисунка 1, шанс попасть в группу лиц, к которым было применено амбулаторное принудительное лечение имели лица, страдающие шизофренией, у которых на момент проведения судебно-психиатрической экспертизы отсутствовали “выраженные признаки” каких-либо из

рассматриваемых психопатологических феноменов. Максимальные шансы отмечались у тех лиц, у которых на момент проведения экспертизы отсутствовал “П1.1 бред”, “П2.1 расстройства мышления”, “П3.1 галлюцинации”, “П6.1 подозрительность и идеи преследования”, а также у которых не было “О15.1 загруженности психическими переживаниями”, “Н3.1 трудности в общении”, “Н2.1 эмоциональной отгороженности”. Одновременно наличие “выраженной степени” указанных симптомов (баллы 6,7 шкалы PANSS) в 2-7 раз увеличивали риск попадания пациента в когорту лиц, которым было назначено принудительное лечение в условиях психиатрического стационара (П1.3, П2.3, П3.3, П5.3, П6.3, О7.3, О15.3). Обращая внимание на малую величину доверительного интервала в подавляющем большинстве случаев, отмечено, что лица с эффективной и неэффективной реализацией амбулаторного наблюдения и лечения как первичной меры после совершенного ООД, не имели статистически значимых различий в степени выраженности рассматриваемых психопатологических феноменов на момент проведения судебно-психиатрической экспертизы.

Во второй части исследования была выдвинута рабочая гипотеза о том, что лица с неэффективной реализацией амбулаторного лечения, как первичной принудительной мерой медицинского характера, имели различия в психическом состоянии во время повторного ООД, совершенного в период активного наблюдения, с психическим состоянием на момент проведения судебно-психиатрической экспертизы, во время которой им было назначено это амбулаторное лечение. Были сопоставлены приведенные выше симптомы на момент совершения повторного ООД с теми же симптомами на момент проведения судебно-психиатрической экспертизы, рекомендовавшей амбулаторное лечение. Результаты были обработаны теми же методиками и представлены на рисунке 2.

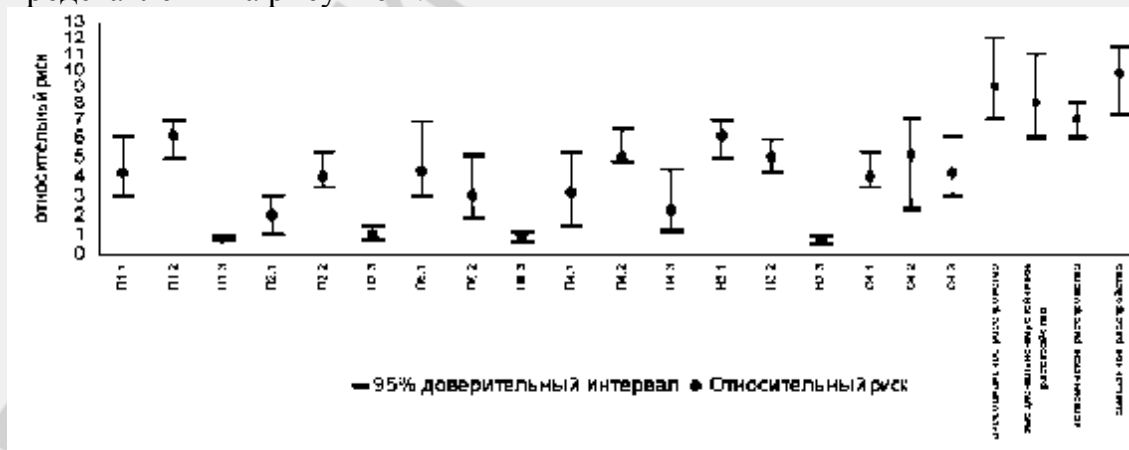


Рис.2. Величины риска совершения повторного ООД, связанные с исследуемыми психопатологическими симптомами и отдельными нозологическими формами.

Учитывая ограниченный объем публикации на рисунке 2 приведены сведения лишь о значимых факторах, имевших какую-либо динамику. Как видно из рисунка 2, риск совершения повторного ООД существенно зависел

от степени выраженности таких симптомов, как “П4. 1-3 Возбуждение”, “Н3. 1-3 Трудности в общении”, “О4. 1-3 Напряженность”. Несколько изменилось, но не носило степени статистической достоверности, распределение степени выраженности симптомов “П1.1-3 бред”, “П2.1-3 расстройства мышления”, “П6.1-3 подозрительность и идеи преследования”, которые носили в основном “квазипсихотический” характер, возникали кратковременно под воздействием субъективно сложной ситуации или «экзогенных вредностей» и нивелировались (часто без лечения) ко времени проведения следующей судебно-психиатрической экспертизы. В остальном существенных различий по исследуемым симптомам отмечено не было. Замечено, что группа сравнения существенно различалась с основной и контрольной группами по таким факторам, как наличие в качестве коморбидного состояния расстройств личностного регистра, формально удовлетворявших критериям “диссоциального”, “эмоционально-неустойчивого”, “истерического” и “смешанного” расстройств личности согласно МКБ-10. Так, проведенный анализ показал, что наличие каждого из перечисленных расстройств личностного регистра у лиц, страдающих шизофренией и находящихся под принудительным амбулаторным лечением, увеличивает риск совершения ООД в 6-12 раз (RR 10,5) по сравнению с основной группой и группой контроля.

В третьей части исследования нами была выдвинута рабочая гипотеза о том, что существенную роль в эффективной реализации принудительного амбулаторного лечения имеют не столько психопатологические феномены, характерные для шизофрении, сколько внеклинические факторы, которые являются внешними отражениями психопатологических переживаний, наложенных на актуальную структуру личности отдельного пациента. Переходя к рассмотрению внеклинических факторов, способствующих совершению повторного ООД, вначале коротко остановимся на судебно-психиатрическом аспекте вопроса, который ограничивается в основном характером совершенного ООД. Анализ характера совершенного ООД не выявил значимых различий в группах с эффективной и неэффективной реализацией амбулаторного лечения, связанного с совершением ООД. Необходимо отметить низкий удельный вес деяний против личности (убийства, причинение телесных повреждений) и половой неприкосновенности (изнасилования и т.д.) в обеих группах по сравнению с общей популяцией невменяемых лиц, страдающих шизофренией. Это, очевидно, связано с изначальным выбором наиболее “легкой” принудительной меры медицинского характера к лицам с ООД небольшой степени тяжести. Примечательно, что у лиц с повторными ООД противоправные эксцессы чаще встречались в темное время суток ( $\chi^2 = 32,41$ ;  $p < 0,01$ ), достоверно чаще были инициированы самим пациентом ( $\chi^2 = 41,21$ ;  $p < 0,01$ ), в половине случаев в состоянии алкогольного опьянения. У лиц же без повторного ООД, противоправные эксцессы наблюдались достоверно чаще в светлое время суток ( $\chi^2 = 28,32$ ;  $p < 0,05$ ), были обусловлены продуктивно-психотическими расстройствами ( $\chi^2 = 53,46$ ;  $p < 0,01$ ), включая



расстройства настроения, и достоверно чаще были одиночными ( $s_2 = 64,08$ ;  $p < 0,001$ ). Риски совершения повторного ООД по остальным рассматриваемым внеклиническим факторам представлены на рисунке 3.

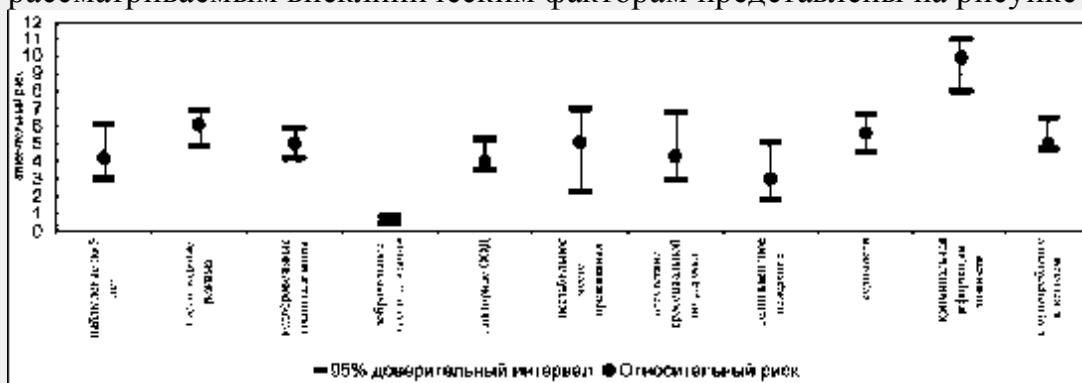


Рис.3. Величины риска неэффективной реализации амбулаторного наблюдения и лечения у врача-психиатра, связанные с внеклиническими факторами.

Рисунок 3 наглядно свидетельствует, что рассматриваемые внеклинические факторы влияли на риск совершения повторного ООД сильнее, чем рассмотренные ранее отдельные психопатологические симптомы. Примечательно, что неэффективная реализация принудительного амбулаторного лечения прямо зависела от длительности амбулаторного наблюдения за пациентом до совершения им первого ООД. Так, шанс эффективной реализации принудительного амбулаторного лечения у врача-психиатра был выше у лиц с длительностью наблюдения до совершения ООД более 5 лет с наличием признаков адекватных комплаентных отношений, имеющих стабильное место проживания, стойкое просоциальное мировоззрение и родственников, способных в случае необходимости сообщить об изменении психического состояния пациента врачу-психиатру либо своими силами убедить пациента в необходимости сотрудничества с психиатрической службой. Одновременно, наличие криминального анамнеза у пациента ко времени манифестации шизофрении увеличивало вероятность совершения им повторного ООД в 6-8 раз. Существенно увеличивали риск совершения повторного ООД факты злоупотребления социально значимыми психоактивными веществами, в частности алкоголем – в 5-6 раз.

Как отмечалось нами в предыдущих публикациях[4], характерными признаками для лиц с повторными ООД вне зависимости от примененной к ним принудительной меры безопасности и лечения являются редкие обострения шизофрении, сохраненный уровень общей активности на поздних этапах наблюдения, отказ от самостоятельного посещения психиатрического диспансера, отсутствием родных и близких, способных к адекватному сотрудничеству с врачом-психиатром. У них преобладают случаи делинквентного поведения с подросткового возраста, в ряде случаев у них имеется криминальный анамнез ко времени манифестации шизофрении, характерны случаи злоупотребления алкоголем с формированием зависимости. Причины их госпитализации в психиатрический стационар за

весь период наблюдения в основном были связаны с совершением очередного ООД либо конфликтами с окружающими, которые часто носили длительный, «застойный» характер, сами по себе содержали признаки общественной опасности, существовали на протяжении всего времени диспансерного наблюдения и их частота сокращалась лишь вслед за снижением общей активности пациента. Кроме того, им не было свойственно предъявление жалоб на психическое здоровье, они не принимали лекарственных препараты и госпитализации в психиатрический стационар у них в основном носили принудительный характер, часто с участием сотрудников милиции[]. В ряде случаев также было характерно «протестное поведение» и «криминальная деформация личности», признаками чего являлись отказ от приема пищи с предъявлением определенных требований во время пребывания в психиатрическом стационаре, угрозы самоповреждения, побег, симуляция соматических расстройств ( $\chi^2 = 129,41$ ;  $p < 0,001$ ), стойкие попытки к «поиску» психомиметиков ( $\chi^2 = 99,04$ ;  $p < 0,001$ ), формирование антисоциальных группировок, попытки «организации» порядка в отделении по аналогии с местами лишения свободы ( $\chi^2 = 51,02$ ;  $p < 0,01$ ), при этом у них сохранена способность к «безлекарственной» «моментальной» коррекции поведения при усилении режима наблюдения либо его реальной «угрозе» ( $\chi^2 = 45,34$ ;  $p < 0,01$ ).

Такие признаки «в анамнезе» увеличивают вероятность совершения повторного ООД в 8-11 раз. При этом, до 60% повторных ООД у лиц, страдающих шизофренией, приходится на первые два года после отмены принудительных мер безопасности и лечения[6,7].

Обобщая результаты проведенных нами исследований, можно сформулировать характеристики пациентов и условия организации принудительного амбулаторного наблюдения и лечения у врача-психиатра невменяемых, страдающих шизофренией, как первичной принудительной меры безопасности и лечения, так и в качестве этапа отмены принудительных мер после принудительного стационарного лечения, так называемой «пробной выписки».

Характеристики пациентов, которым показано назначение ПАНЛ как первичной принудительной меры безопасности и лечения:

- Совершение первого ООД
- Отсутствие необходимости в круглосуточном медицинском наблюдении
- Способность соблюдать режим амбулаторного наблюдения и лечения
- Стабильность места проживания, семейного и социального функционирования (вне зависимости от «высоты» уровня функционирования).
- Отсутствие «криминальной деформации личности» и других выраженных расстройств личностного регистра (отсутствие признаков, формально удовлетворяющих критериям диссоциального, эмоционально-неустойчивого, истерического, смешанного расстройства личности (МКБ-10), либо расстройств группы расстройств личности «С проявлением театральности, эмоциональности и лабильности»(DSM-IV) в состоянии ремиссии).

- Отсутствие коморбидной зависимости от алкоголя, “наркотических” и “токсических” веществ, включая психомиметики

Условия организации ПАНЛ пациентов, страдающих шизофренией, которым показано назначение ПАНЛ как первичной принудительной меры безопасности и лечения:

- Наличие комплайенса и осознания пациентом причин, способствующих совершению им ООД, сохранная способность к пониманию баланса между правами личности и безопасностью общества.
- Амбулаторное наблюдение и лечение организуется по принципу территориального деления, участковым врачом-психиатром, при необходимости с участием мультидисциплинарной бригады и создания индивидуального плана ведения пациента.
- Срок принудительного амбулаторного наблюдения и лечения-6 месяцев с последующим пересмотром необходимости продолжения принудительного лечения не реже 1 раза в 6 месяцев.

Характеристики пациентов, которым показано назначение ПАНЛ как этапа прекращения принудительных мер безопасности и лечения, так называемой “пробной выписки”:

- Решение врачебной комиссии об отсутствии необходимости в дальнейшем применении принудительных мер безопасности и лечения в форме принудительного лечения в психиатрическом стационаре.
- Отсутствие комплайенса, указания на несоблюдение ранее режима амбулаторного наблюдения и лечения
- Отсутствие просоциальной поддержки со стороны близких и родных, либо ее непринятие, указание на отсутствие стабильного места проживания
- Наличие признаков “криминальной деформации личности” (делинквентное поведение с подросткового возраста, криминальный анамнез ко времени манифестации шизофрении, наличие указаний на протестные формы поведения во время нахождения в психиатрическом стационаре-голодовки, самоповреждения, а также формирование антисоциальных группировок, попытки “организации” порядка в отделении по “понятиям”, побеги либо их попытки, симуляция соматических заболеваний и т.д.)
- Наличие выраженных расстройств личностного регистра (наличие признаков, формально удовлетворяющих критериям диссоциального, эмоционально-неустойчивого, истерического, смешанного расстройства личности (МКБ-10), либо рассматривающихся в группе расстройств личности “С проявлением театральности, эмоциональности и лабильности”(DSM-IV) в состоянии ремиссии).
- Наличие алкогольной, наркотической либо “токсической” зависимости, включая попытки немедикаментозного использования психомиметиков.

Условия организации ПАНЛ пациентов, страдающих шизофренией, которым показано назначение ПАНЛ после принудительного стационарного лечения в качестве “пробной выписки”:

- Амбулаторное наблюдение и лечение организуется по централизованному типу с созданием кабинетов “активного диспансерного наблюдения” в рамках областных психиатрических диспансеров (диспансерных отделений).
  - Психосоциальный подход с разработкой протоколов ведения пациента в рамках работы мультидисциплинарной бригады
  - Связь между амбулаторными психиатрическими учреждениями, социальными службами, подразделениями системы МВД и судами с четким разделением ответственности и обязанностей, исключая “всестороннюю ответственность” за “поведение пациента” из компетенции врачей-психиатров.
  - Срок принудительного амбулаторного наблюдения и лечения – 2 года с последующим пересмотром необходимости дальнейшего принудительного амбулаторного наблюдения и лечения не реже, чем 1 раз в 6 месяцев.
- Подводя итог, необходимо отметить, что вопросы, связанные с организацией принудительного амбулаторного наблюдения и лечения лиц, страдающих шизофренией в настоящее время находятся на стадии становления и требуют дальнейшего изучения. Результаты проведенного исследования были сопоставлены с мировым опытом использования ПАНЛ в результате чего предложены ее две модели-ПАНЛ как первичная мера безопасности и лечения и ПАНЛ как этап прекращения принудительных мер безопасности и лечения. Хотя эти модели и имеют различные методологические подходы и условия организации, однако стремятся к одной цели: профилактика опасного поведения лиц, страдающих шизофренией, учитывая при этом индивидуальные клинические, социальные и судебно-психиатрические характеристики пациента, используя психосоциальный подход и принцип “минимально достаточного” времени нахождения пациента на принудительном лечении в условиях психиатрического стационара.

#### Литература

1. Уголовный кодекс Республики Беларусь. – Минск, 1999
2. Агрессия и психические расстройства / Под.ред. академика РАМН Т.Б. Дмитриевой, проф. Б.В. Шостаковича.-М.: ФГУ «ГНЦС и СП им. В.П. Сербского». – 2006. – Т.2. – 196с.
3. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра лиц с тяжелыми психическими расстройствами: Методические рекомендации. – М., 2006.-24с.
4. Балашов, А.Д., Скугаревская, Е.И. Общественно опасное поведение невменяемых лиц, страдающих шизофренией и их динамическое диспансерное наблюдение// Медицинский журнал. – Минск, 2007.-№3.-С. 29-33
5. Дианов, Д.А., Абрамов, С.В. Зарубежный опыт амбулаторного принудительного лечения психически больных, совершивших общественно опасные деяния (обзор литературы)// Российский психиатрический журнал.- №6. – М., 1999 – С.54-59

6. Дмитриев, А.С. Показания к изменению принудительных мер медицинского характера лицам с психическими расстройствами // Психиатрия и общество. – М., 2001. – С. 233-243
7. Котов, В.П., Мальцева, М.М. Некоторые дискуссионные аспекты проблемы общественной опасности.// Психиатрия и общество. – М., 2001.- С.255-269
8. Мосолов, С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств.-М, 2001. – С. 96-144
9. Статистика в медицине и биологии: Руководство. В 2-х томах/ Под ред. Ю.М. Комарова. Т.1. Теоретическая статистика. – М.: Медицина, 2000.-412с.
10. Cadoret, R.J. et al. Genetic-environmental interaction in the genesis of aggressivity conduct disorders // Arch. Gen. Psychiatry. – 1995. – Vol. 52. № 11. P. 916-924
11. Durst, R., Tietelbaum, A., Bar-Ei, Y., Shlafman, V., Ginath, Y. Compulsory ambulatory psychiatric treatment // Harefuah. – 1997, vol 133. – P. 597-602
12. Fundamentals of Biostatistics / Bernard Rosner.-5th ed.-US: Duxbury. Thomson Learning, 2000.-792p.
13. Greenberg, D. Forensic psychiatric services // Current Opinion in psychiatry. – 1998.-V. 11, # 6. – P. – 679-682
14. Hosty, G., Cope, R., Derham, C. 1000 forensic outpatients: a descriptive study // Medicine, Science and the Law. – 1994., vol. 34 (3). – P. 243-246
15. Modestin, J. Crininal and violence behavior in schizophrenic patients: an overview // Psychiatry clin. Neurosci. – 1998. – Dec. – V. 52.-№6. – P. 547-554
16. Maden, A., Rutters, Mc Clintock, Friendship, C., Gunn, J. Out come of admission to a medium secure psychiatric unit // The British Journal of psychiatry/-1999, vol 175. – P 313-316
17. Robertson, G., Gunn, J. The Effra Trust: a study of community care for forensic psychiatric patients // Crim. Behav. Ment. Health. – 1998, v. 8. – P 101-114
18. Steiner, T. Schizophrenia and violence: epidemiological, forensic and clinical aspects // Fortschr Neurol Psychiatr. – 1998. – Sep. – 66:9. – P.391-401
19. Wessely, S.C. et al. The criminal careers of incident cases of schizophrenia // Psychol. Med. – 1994. – Vol. 24. – P. 483-502