**Информированное согласие и добровольная психиатрическая госпитализация в США**

B.B. Mотов (Тамбов)

Добровольное поступление в психиатрические стационары, финансируемые и управляемые штатом, разрешено и поощряется в США повсеместно, за исключением Алабамы [1]. 73% из 1,6 миллиона ежегодных госпитализаций в психиатрические учреждения в Америке осуществляются добровольно [2]. Долгое время вопрос о способности пациента по своему психическому состоянию выразить согласие на поступление в психиатрический стационар оставался за скобками – представлялось самоочевидным, что ищущий госпитализации понимает ее смысл и принимает условия [3]. Между тем, в 1990г. Верховный Суд США рассмотрел дело: Zinermon v. Burch.

Весь в синяках и кровоподтеках Darrel Burch был обнаружен бесцельно бродящим по скоростной автостраде в штате Флорида и в связи с наличием у него галлюцинаторных расстройств, сопровождавшихся нарушением ориентировки в окружающем, доставлен в психиатрическую больницу штата. Там он подписал установленную форму для добровольной госпитализации, форму согласия на стационарное психиатрическое лечение, и был принят в качестве «добровольного» пациента. Через 5 месяцев Burch был выписан, но вскоре обратился в суд с иском к администрации, врачам и другому медицинскому персоналу упомянутой психиатрической больницы. Он заявлял, что психиатры и другие медицинские работники, оформляя его госпитализацию как «добровольную», отчетливо понимали, что по своему психическому состоянию он, находясь в то время в остром психотическом состоянии с нарушением ориентировки (полагал, что «направляется на небеса»), был неспособен выразить информированное согласие на госпитализацию[2]. Тем самым, по утверждению Burch, администрация психиатрической больницы намеренно и осознанно лишила его свободы на 5 месяцев без предоставления предусмотренных законом процессуальных защит, на которые он мог бы рассчитывать в случае его недобровольной госпитализации и в частности, права на судебное слушание с участием адвоката [4].

Судья Верховного Суда США Harry A. Blackmun, формулируя решение большинства Суда, указал: « Законы Флориды, конечно, не позволяют принимать [в психиатрический стационар] в качестве «добровольных» пациентов лиц, неспособных выразить согласие на госпитализацию. Но эти законы не обязывают кого-либо из персонала психиатрического учреждения определять, способен ли данный человек по своему психическому состоянию выразить согласие на госпитализацию и начинать процедуру недобровольной госпитализации в отношении всякого, кто не способен дать согласие. Безусловно, нельзя надеяться, что пациент, желающий подписать формы [согласия на психиатрическую госпитализацию], но не способный выразить информированное согласие, станет возражать против своей «добровольной» госпитализации и требовать недобровольного помещения [в психиатрический стационар]. Лишь персонал в состоянии заметить любое злоупотребление в процессе добровольной госпитализации и обеспечить следование соответствующей процедуре. Флорида решила делегировать истцам[3] широкие полномочия при госпитализации пациентов в психиатрическую больницу штата, то есть, осуществлять то, что при отсутствии информированного согласия представляет собой значительное ограничение свободы. В виду того, что штат наделил истцов полномочием лишать людей свободы[4], Конституция налагает на них сопутствующую обязанность по отношению к штату - следить, чтобы никакое лишение свободы не происходило без адекватных процедурных защит. В соответствии с Конституцией штату может быть позволено иметь установленные законом правила, подобные принятым во Флориде, которые дают должностным лицам широкие полномочия и мало руководящих указаний при приеме психиатрических пациентов [в психиатрические стационары штата]. Однако в случае, когда должностные лица штата отказываются предоставить предусмотренные Конституцией процедурные защиты человеку, которого они лишают свободы, они не могут избежать ответственности» [5]. При этом, как отметил Суд, не имеет значения, что лежит в основе нарушения гарантированных Конституцией процессуальных защит: невыполнение должностными лицами штата порядка госпитализации пациентов в психиатрический стационар или отсутствие в данном штате требований устанавливать способность пациента по своему психическому состоянию выразить согласие на госпитализацию [6].

**Способность выразить согласие**

После Zinermon те немногие штаты, где пререквизитом согласия на психиатрическую госпитализацию являлась способность пациента выразить это согласие[5], были обязаны выработать процедуры для определения такой способности[6].

Заметим, что доктрина информированного согласия получила свое развитие в американской психиатрии, благодаря усилиям не столько теоретиков права и психиатрии, сколько судей, столкнувшихся с насущной практической потребностью решать спорные вопросы, вытекающие из ситуаций, связанных, прежде всего, с назначением психиатрического лечения (главным образом, ЭСТ и психофармакологического), но не госпитализацией в психиатрический стационар. Она требует до назначения лечения (1) предоставить пациенту достаточную информации, как об опасных, так и выгодных сторонах предлагаемого лечения, которые пациент (2) должен быть способен по своему психическому состоянию оценить и (3) принять основанное на такой оценке добровольное решение подвергнуться лечению.

Целесообразно ли применять доктрину информированного согласия к ситуации психиатрической госпитализации?

Некоторые американские специалисты в области права и психиатрии полагают неразумным предписывать получение от пациента именно информированного согласия при добровольной госпитализации в психиатрический стационар.

По мнению Prof. Simon, «жесткое применение доктрины информированного согласия к добровольно госпитализируемым пациентам явилось бы дискриминацией по отношению к пациентам, временно утратившим психическую способность выразить осознанное согласие, или по отношению к пациентам с «парциальной психической неспособностью», которые дают «сомнительное» согласие. Такая дискриминация создала бы значительный конфликт между реальными потребностями пациентов и требованиями закона» [7].

Prof. Winick полагает, что неразумно устанавливать в качестве обязательного условия для юридически значимого согласия пациента на госпитализацию в психиатрический стационар требование понимания пациентом клинических и правовых рисков и выгод госпитализации и имеющихся альтернатив. По его убеждению, подобный стандарт предъявляет чрезмерно высокие требования к психическому состоянию пациентов и необоснованно переводит многих из них в категорию недобровольно госпитализируемых, тем самым, стигматизируя и налагая ненужные ограничения. « Все, что требуется, – невысокий стандарт способности [дать согласие на госпитализацию в психиатрический стационар]. До тех пор, пока пациент понимает, что учреждение, куда он хочет быть принятым, - психиатрическая больница, что там он получит заботу и лечение, и что выписка не происходит автоматически, но возможна, если он того пожелает, и что в этом случае для достижения своей выписки он может получить помощь медицинского персонала, он должен считаться способным [выразить согласие на госпитализацию] » [8].

**Насколько добровольна добровольная госпитализация?**

В начале 1970-х гг. J.Schmidt и J.Gilboy задались вопросом: насколько добровольной является госпитализация в психиатрический стационар с согласия пациента? Проанализировав сведения о поступлении в психиатрические учреждения в штате Иллинойс, авторы пришли к выводу, что многие пациенты, давшие согласие на психиатрическую госпитализацию, не могут рассматриваться в качестве «добровольных» из-за оказывавшегося на них как скрытого, так и явного давления, а также из-за отсутствия у них адекватной информации о том, что собой представляет такая госпитализация и каковы ее возможные последствия [9].

В Иллинойсе, как и во многих других штатах США, желающий поступить в психиатрический стационар, может сделать это двумя путями: (а) путем «неформального поступления» (informal admission) и (b) «добровольного поступления» (voluntary admission).

При неформальном поступлении пациент не подписывает никаких форм согласия на госпитализацию, и его желание покинуть стационар в любое время в течение дневной смены не может быть ограничено персоналом.

При добровольном поступлении от пациента требуется письменное согласие на госпитализацию и, если он желает покинуть психиатрический стационар, он обязан за пять дней, исключая субботу, воскресенье и праздничные дни (в других штатах это может быть 3-10 дней) в письменной форме уведомить медицинский персонал о своем намерении выписаться. В течение этих пяти дней руководитель психиатрического стационара может обратиться в суд с просьбой о недобровольной госпитализации[7] и судебное слушание должно состояться в течение пяти дней после получения судом такого заявления. До принятия судом решения пациент продолжает оставаться в стационаре [10].

Таким образом, неформальное поступление может рассматриваться как полностью добровольный процесс, которому нет аналога в действующем российском законе о психиатрической помощи, в то время как добровольное поступление напоминает то, что в России понимается под госпитализацией с согласия пациента.

Как часто используются обе эти процедуры? Неформальное поступление – исключительно редкое событие: согласно Schmidt и Gilboy, только около 1% пациентов были приняты в психиатрические стационары в Иллинойсе на условиях неформального поступления, в то время как 68% - с использованием процедуры добровольного поступления [11].

Адресуясь вопросу, насколько добровольным является добровольное поступление, авторы указывают, что лишь 60% «добровольных» пациентов прибыли в психиатрическую больницу самостоятельно или в сопровождении родственников, друзей или врача, в то время как остальные 40% - были доставлены полицией после их задержания за совершение уголовных правонарушений [12]. При этом 55% доставленных полицией были госпитализированы «добровольно» [13].

Легко видеть различия в положении этих двух групп пациентов. В первом случае выбор достаточно прост: после ознакомления с содержащейся в стандартной форме заявления для добровольной госпитализации информацией, разъясняющей пациенту ограничения, налагаемые статусом «добровольного» пациента, он либо соглашается и оказывается в стационаре, либо отказывается и волен выбирать, как ему далее поступать. Во втором - свобода выбора резко ограничена: пациент задержан полицией по подозрению в совершении уголовно-наказуемого деяния и, отказавшись от «добровольного» поступления в психиатрический стационар, он при отсутствии показаний для недобровольной госпитализации вновь окажется в полиции. В то же время, в случае согласия на госпитализацию, уголовное преследование пациента, совершившего не слишком серьезное правонарушение, обычно прекращается.

Выяснилось также, что 10-11% согласий на психиатрическую госпитализацию были получены во время судебных слушаний о недобровольной госпитализации, и примерно в 35% таких слушаний пациент заявлял о желании поступить в психиатрический стационар «добровольно» [14].

Насколько информированным является согласие пациента на психиатрическую госпитализацию?

Присутствие судьи и назначаемого штатом « бесплатного» адвоката для помощи пациенту на слушаниях по недобровольной госпитализации может создать впечатление, что решение пациента согласиться на госпитализацию в процессе такого судебного слушания является «полностью информированным». Реальность, однако, такова, что судья обращает внимание главным образом на то, удалось ли договориться представителю офиса окружного прокурора и адвокату о добровольной госпитализации пациента, и согласен ли на это сам пациент. Вопрос, понимает ли пациент существо стоящих перед ним альтернатив и суть принятого им решения, практически не поднимается. «Бесплатный» адвокат из-за недостатка времени и отсутствия реальной состязательности на слушаниях по данной категории дел не очень обеспокоен тем, насколько полно понимает его клиент условия и характер добровольной госпитализации. Скорее, он принимает собственное решение, является ли благом для пациента в сложившейся ситуации добровольная госпитализация в психиатрический стационар, и если да, убеждает пациента согласиться [15].

Суть дела, однако, не только в том, насколько полно пациент информируется о характере и условиях добровольной госпитализации. Не менее, а может быть и более важно, способен ли он по своему психическому состоянию адекватно усваивать предоставляемую ему информацию. Между тем, «… любое научное исследование, посвященное этому вопросу, показывает, что большинство добровольно госпитализированных пациентов обнаруживают значительные затруднения в понимании их ситуации» [16].

Согласно отвечающему наиболее жестким стандартам исследованию P.Appelbaum et al (1981), значительная часть пациентов, поступивших в психиатрический стационар на добровольной основе, были неспособны по своему психическому состоянию выразить согласие на госпитализацию вне зависимости от того, оценивалась ли способность на основании чисто клинических критериев, юридических критериев или комбинации тех и других [17]. При этом « 50% [«добровольно» госпитализированных] пациентов не видели необходимости в своем пребывании в психиатрическом стационаре» [18].

Между тем, доктрина информированного согласия предполагает не только предоставление пациенту адекватной информации и наличие у пациента способности усваивать эту информацию и принимать на этой основе рациональные решения, но и добровольность этих решений.

Упоминавшееся ранее утверждение Schmidt и Gilboy о том, что во многих случаях добровольная госпитализация в психиатрический стационар оказывается, «не вполне добровольной», находит подтверждение в более поздних работах.[8]

По данным S. Reed и D. Lewis, наиболее частый метод, применяемый медперсоналом для получения подписи пациентов на форме согласия на госпитализацию в психиатрический стационар, - комбинация убеждения и принуждения. Чтобы убедить пациентов поставить подпись, координатор лечебного процесса расписывает преимущества добровольного поступления. « Если они не подписывают, я им говорю: «Вы кажетесь мне подходящим для недобровольной госпитализации». Они поддаются на это. Я призываю их поставить себя на место судьи. Что бы они делали? Они обычно подписывают» [19].

Если комбинация убеждения и принуждения не помогает, пациенту может быть предложена «сделка» (bartering) - предоставление больничных привилегий в обмен на подпись пациента на форме согласия на госпитализацию. Персонал, однако, может отказаться от предоставления привилегий пациенту после того, как его подпись получена [20].

**Альтернативы информированному согласию**

Обеспокоенность американских специалистов в области права и психиатрии проблематичностью достижения информированного согласия в немалом числе случаев «добровольной» госпитализации явилась стимулом для разработки моделей, более адекватных реальной ситуации. Одна из них предусматривает существенное снижение требований и к стандарту согласия пациента на госпитализацию, и к способности выразить такое согласие, предлагая считать «добровольными» пациентами всех, кто (а) по своему психическому состоянию «подходит» для госпитализации и (b) не возражает против нее [21]. Такое «непротестное» или неоспариваемое пациентом поступление в психиатрический стационар разрешено, например, в Вашингтоне, округ Колумбия,[9] а также в штате Луизиана[10].

Другая альтернатива - назначение специального «защитника интересов»[11] пациентов, выразивших согласие на госпитализацию, либо не протестующих против нее [22].

Наконец, третья – запрещение госпитализации пациента в финансируемые штатом психиатрические учреждения до тех пор, пока его психическое состояние не станет соответствовать критериям недобровольной госпитализации [23]. Алабама практиковала данный подход, по крайней мере, до конца 1990-х гг.

Американская психиатрическая ассоциация (АПА) высказалась в пользу невысоких требований к способности пациента выразить согласия на психиатрическую госпитализацию, предлагая считать достаточным простого понимания, что стационар, куда пациент поступает, – психиатрический и выражения словами, письменно или своим поведением согласия быть туда принятым [24].

Как бы вы, уважаемые российские коллеги, отнеслись к гипотетической ситуации, когда для добровольного поступления в психиатрический стационар, скажем, в Тамбовской области, от пациента требовалось бы ясное и информированное согласие, а в республике Марий Эл, например, считалось бы достаточным отсутствия возражений со стороны пациента и лишь формального понимания, что стационар, куда пациент поступает, – психиатрический?

В Америке, где нет единого «федерального» стандарта согласия на психиатрическую госпитализацию, это не гипотеза, но реальность. Проблема, однако, не в том, что каждый из 50 штатов и округ Колумбия могут устанавливать на своей территории собственные правила для госпитализации психиатрических пациентов. Проблема возникает, когда штат, наряду с высоким стандартом согласия (информированное согласие) на психиатрическую госпитализацию, активно ограничивает недобровольную госпитализацию, делая ее возможной лишь в случаях опасности больного для окружающих или для себя самого.[12] В подобных условиях неизбежно появляется немало пациентов, которые не могут быть госпитализированы ни добровольно («слишком больны»), ни недобровольно, (« не слишком опасны») [13].

Невысокий порог согласия, рекомендуемый АПА, позволяет решить эту проблему в США.

В заключении стоит отметить, что применение доктрины информированного согласия в американской психиатрии не ограничивается случаями, связанными с назначением биологического или даже психотерапевтического лечения, или психиатрической госпитализаций. Научные исследования, субъектом которых является психиатрический пациент, - еще одна важная область ее приложения. Некоторые возникающие при этом вопросы, а также предлагаемые американскими коллегами подходы к их решению, будут рассмотрены в следующей статье.

**Список литературы**

Reisner R, Slobogin C, Rai A: Law and the Mental Health System. 3rd ed. West Group. St.P. Minn. 1999, at 783

Appelbaum P: Voluntary hospitalization and due process: the dilemma of Zinermon v. Burch. Hospital and Community Psychiatry 41: 1059-1060, 1990

Simon R: Concise Guide to Psychiatry and Law for Clinicians, American Psychiatric Publishing Inc. Washington D.C. London, England, 2001, at 81

Zinermon v. Burch, 494 U.S. 113 (1990)

Ibid.

Ibid.

Simon R: Concise guide to Psychiatry and Law… at 82

Winick B: Competency to Consent to Voluntary Hospitalization: A Therapeutic Jurisprudence Analysis of Zinermon v. Burch, 14 Int’l J.L.& Psych. 169, 191-198 (1991).

Schmidt J, Gilboy J: “Voluntary” Hospitalization of the Mentally Ill, 66 N.W. L. Rev. 429 (1971) Цит. по Reisner R, Slobogin C, Rai A.: Law and the Mental Health System…at.784

Ibid. at 785

Ibid.

Ibid. at 786

Ibid.

Ibid.

Ibid. at 787

Reisner R., Slobogin C., Rai A.: Law and the Mental Health System… at 788

Appelbaum P et al: Empirical Assessment of Competency to Consent to Psychiatric Hospitalization, 138 Am, J. Psych. 1170, 1174 (1981)

Ibid. at 1173

Reed S, Lewis D: The Negotiation of Voluntary Admission in Chicago’s State Mental Hospitals, 18 J. Psychiatry & L.137 (1990) Цит. по Reisner R, Slobogin C, Rai A: Law and the Mental Health System… at 789

Ibid.

Reisner R, Slobogin C, Rai A: Law and Mental Health System… at 790

Ibid at 790-791

Ibid at 791

American Psychiatric Association: Task Force Report 34: Consent to Voluntary Hospitalization. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1993.

ПРИМЕЧАНИЯ

[1] В НПЖ 2004, 3 была опубликована работа В.В.Мотова «Информированное согласие на психиатрическое лечение в США»

[2] В числе немногих в США штат Флорида установил высокий стандарт согласия пациента на госпитализацию в психиатрический стационар, требуя от пациента не просто «согласия», но «ясного и информированного согласия» (“express and informed consent”). Под «ясным и информированным согласием» во Флориде понимается согласие, данное добровольно, в письменном виде, способным его выразить пациентом, после достаточных разъяснений и информирования о характере такой госпитализации, что позволило бы данному пациенту принять осознанное и добровольное решение без каких-либо элементов использования силы, обмана, намеренного введения в заблуждение, принуждения. .См Backer Act Handbook and User Reference Guide/2004 State of Florida Department of Children and Families. Voluntary Admission. S 394.4625, F.S. Chapter 65 E-5.270.F.A.C. В то же время, установив такой высокий стандарт согласия, Флорида не обязала кого-либо (в том числе и психиатра, принимающего пациента в психиатрический стационар) определять способен ли пациент по своему психическому состоянию выразить «ясное и информированное согласие, что и создало ситуацию, анализируемую в Zinermon v. Burch.

Там же s. 394. 455, F.S.

[3] Истцами на данном этапе являлись 11 представителей психиатрической больницы штата Флорида (врачи, администраторы, другой персонал), от имени которых выступал Dr. Zinermon- лечащий врач ответчика (Burch)

[4] Верховный Суд США в решение по делу: Addington v. Texas (1979) указал, что недобровольное помещение лица в психиатрический стационар с любой целью представляет собой «существенное лишение свободы» (significant deprivation of liberty) и потому требует необходимых процессуальных защит. См. Addington v. Texas, Supreme Court of the United States, 1979, 441 U.S. 418, 99 S.Ct. 1804, 60 L. Ed. 2d 323.

[5] В большинстве штатов существовала (и продолжает существовать) «презумпция способности» выразить согласие при добровольном поступлении пациента в психиатрический стационар.

[6] Массачусетс, например, обязал психиатра, осуществляющего прием в психиатрический стационар, устанавливать, способен ли пациент по своему психическому состоянию выразить согласие на госпитализацию и указывать на специальном бланке, понимает ли пациент, что стационар, куда он поступает, психиатрический, а не какой-то иной, что он поступает в психиатрический стационар для лечения, и что, в зависимости от его психического состояния, на его выписку могут быть наложены ограничения. Cм. Анализ Zinermon v. Burch, основанный на R. Isaac and S .Brakel’s essay on the Zinermon case “Subverting Good Intentions: A Brief History of Mental Health Law Reform” Cornell Journal of Law and Public Policy, Fall 1992, http:// www.psychlaws.org/LegalResources/CaseLaws/case9.html

[7] Подобное возможно в подавляющем большинстве штатов. Известное мне исключение - столица США. В Вашингтоне, округ Колумбия, процедура недобровольной госпитализации не может быть инициирована в отношении пациента, поступившего в психиатрический стационар добровольно. После получения от «добровольного» пациента письменного уведомления о намерении выписаться, администрация психиатрического стационара обязана выписать данного пациента в течение 48часов. Если, по мнению руководителя стационара, пациент удовлетворяет критериям недобровольной госпитализации, администрация информирует полицию, что такой пациент будет выписан в такое-то время из такого-то стационара. Наряд полиции может прибыть к моменту выписки к дверям отделения и сопровождать экс-пациента, лишь наблюдая за ним, но, не предпринимая активных действий до тех пор, пока его поведение не станет, по мнению полицейских, свидетельствовать о вероятности причинения вреда себе или окружающим. Как только это вероятность становится очевидной, наряд полиции немедленно задерживает экс-пациента и инициирует в отношении него процедуру неотложной недобровольной госпитализации. Случается, что пациент оказывается в том же психиатрическом стационаре буквально через полчаса после своей выписки, но уже в качестве госпитализированного в недобровольном порядке.

[8] См. Reed S, Lewis D: The Negotiation of Voluntary Admission in Chicago’s State Mental Hospitals, 18 J. Psychiatry& Law, 137 (1990).

[9] См. District of Columbia Code. Subchapter II: Voluntary and Nonprotesting Hospitalization, Item 21-5123: Hospitalization of nonprotesting persons. On line at www.psychlaws.org/Legal Resources/State Laws/Dcstatute.html. Last updated December 2003.

[10] В Луизиане возможны три способа госпитализация в психиатрический стационар с согласия пациента: (а) неформальное добровольное поступление (informal voluntary admission), (b) формальное добровольное поступление (formal voluntary admission), (c) неоспариваемое пациентом поступление (noncontested admission). Первые два аналогичны существующим в Иллинойсе и были рассмотрены выше. Что касается «непротестного» или неоспариваемого пациентом поступления, оно предусматривает возможность для психиатрических пациентов, хотя и не способных по своему психическому состоянию дать осознанное и добровольное согласие на поступление в психиатрический стационар, но не возражающих против такой госпитализации, быть принятыми в лечебное учреждение и пользоваться всеми правами «добровольных» пациентов. См. Analysis of Louisiana’s Assisted Treatment Laws at www.psychlaws.org/LegalResources/Statelaws/Analysislouisiana.html

[11] Предполагается, что таким «защитником интересов» мог бы быть судья.

[12] В некоторых штатах категория: «опасен для себя» включает также состояния близкие к приводимым в п. «б» ст.29 действующего российского закона о психиатрической помощи.

[13] Если попытаться применить существующие в России основания для недобровольной госпитализации пациента в психиатрический стационар к американским условиям, представляется, что госпитализация в соответствии с п. «в» ст.29 действующего российского закона о психиатрической помощи едва ли оказалась бы возможной в каком-либо из штатов США.