**Недобровольная госпитализация психически больных в законодательстве России и Соединенных Штатов**

О.В.Лапшин (Санкт-Петербург)

**Введение**

Права душевнобольных важны в каждом обществе. Эти люди особенно уязвимы к любым ограничениям их свободы. Будучи своеобразным «меньшинством» среди психически здоровых людей, душевнобольные являются жертвами социальной стигматизации и отвержения. Между тем, психически больные составляют около четверти населения США, очевидно, что не меньше их и в России. Диагноз психического расстройства может быть скрытой или явной причиной для увольнения человека с работы, лишения его собственности и свободы. И мы на опыте собственной истории можем видеть, что права душевнобольных не менее важны и для психически здоровых людей. Злоупотребление психиатрией не отошло в прошлое, и сейчас за этим стоят уже экономические мотивы (Радио Свобода, 2003).

Согласно определению Совета Европы, недобровольная психиатрическая госпитализация означает прием и удержание для лечения человека, страдающего от психического расстройства в больнице или другом медицинском или соответствующем учреждении, произведенное не по его просьбе (Council of Europe, 1983). Мы сосредоточили свое внимание на определении того, что является психическим заболеванием согласно законам в двух странах; какие причины могут явиться непосредственным поводом недобровольной госпитализации и как выглядит ее процедура. Мы не касаемся вопросов недобровольной госпитализации в психиатрический стационар как части уголовного судебного процесса или проведенной в отношении осужденных, военнослужащих, несовершеннолетних или лиц, находящихся под опекой. Также мы обходим чрезвычайно спорный вопрос о недобровольной госпитализации лиц, в прошлом совершивших повторные сексуальные преступления.

**Некоторые общие различия между законодательствами РФ и США.**

Есть некоторые важные различия между российской юридической системой и юридической системой Соединенных Штатов, которые необходимо знать для обсуждения законодательства в области психиатрии.

Система права. Наиболее общая проблема - различия между Англо-Саксонским правом, действующим в Великобритании и ее бывших колониях, и Римским правом, которое положено, в частности, в основу российского законодательства. В Англо-Саксонском праве законодательная практика формируется главным образом на основе конкретных судебных решений. Такие судебные случаи как О'Коннор против Доналдсона (O'Connor v. Donaldson, 1975) или Джексон против штата Индиана (Jackson v. Indiana, 1972) являются основанием американского законодательства в психиатрии. Законы в США, разумеется, тоже существуют, но они скорее формируются и действуют согласно судебным прецедентам. В Римском праве, напротив, главными являются законы, судебные прецеденты не играют столь большой роли.

Роль Конституции. В США все законы в и судебные решения должны обязательно соответствовать Конституции. Законодательство о недобровольной госпитализации главным образом базируется на Поправке XIV, Секция 1, которая, в частности, говорит, что «Ни один штат не должен издавать или применять законы, которые ограничивают привилегии и льготы граждан Соединенных Штатов; равно как ни один штат не может лишить какое-либо лицо жизни, свободы или собственности без должного процесса либо отказать какому-либо лицу в пределах своей юрисдикции в равной защите закона». Понятия «должного процесса» и «равной защиты закона» являются ключевыми для законодательства США в сфере психиатрии. «Должный процесс» подразумевает соответствие процедуры, в результате которой ограничиваются права гражданина, и степени ограничения этих прав. Свобода - одно из самых важных прав каждого человека. Таким образом, процедура лишения свободы должна исключить возможность ошибки и должна быть приравнена к уголовному процессу по степени защиты прав гражданина. Вновь и вновь судебные процессы в США о защите прав душевнобольных возвращаются к этой поправке. Таким образом, Конституция США, определяя решения Верховного Суда, формирует законодательную практику отдельных штатов. В России Конституция не играет такой определяющей роли, так как специальные законы, в данном случае Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (далее в тексте - Закон «О Психиатрической Помощи»), главенствуют при решении конкретных вопросов.

Федерализм. Между субъектами Российской Федерации нет существенных различий в области законодательства по защите прав психически больных, так как юридическая практика в подавляющем числе случаев определяется федеральными законами. Местные администрации не могут утвердить законы, противоречащие федеральному законодательству. В Соединенных Штатах каждый штат имеет собственное законодательство и собственный набор судебных случаев в области охраны прав душевнобольных. Законы штатов могут противоречить Конституции и решениям Верховного Суда США, и в этом случае Федеральное правительство тем или иным образом настаивает на изменении законодательной практики или судебных решений отдельных штатов. В ряде случаев при этом образуются недействующие законы, которые не отменены штатом, но устарели и не соблюдаются.

Законы штатов могут значительно отличаться. Например, закон штата Оклахома предусматривает недобровольную госпитализацию, если существует потребность в стационарном лечении, определяющаяся «предыдущим диагнозом и историей душевной болезни или потребностью предотвратить прогрессирующие истощение». Аризона разрешает недобровольную госпитализацию для тех людей, кто «постоянно и остро психически инвалидизирован», Гавайи - для «очевидно душевнобольных». Штаты Делавэр, Южная Каролина и Нью-Йорк разрешают недобровольную госпитализацию по праву «parens patriae» (для блага пациента) тех, кто нуждается в стационарном лечении и уходе, но не сознают этой потребности. Двадцать три юрисдикции требуют, чтобы недобровольная госпитализация проводилась в наименее ограничительных условиях (Parry J, 1994). Однако федеральное законодательство организует это разнообразие, и на практике различие в подходах к недобровольной госпитализации оказывается не столь выраженным. Далее обсуждение различных аспектов законодательства идет главным образом на примере Генеральных Законов Штата Массачусетс (Massachusetts General Laws, Chapter 123) и Кодекса Штата Айова (Iowa Code, § 229).

**История законодательства о недобровольной госпитализации.**

В России до 1993 года не имелось какого-либо специального законодательства в области душевного здоровья. Были разрозненные инструкции и статьи законов в уголовном и административном праве, приказах Министерства здравоохранения СССР. Как мы помним, в Советском Союзе любой психиатрический пациент мог быть госпитализирован по просьбе его родственников, начальника на работе, или указаниям районного психиатра. При этом согласии или несогласие пациента ничего не значило. Продолжительность лечения в психиатрической больнице зависела также исключительно от психиатра. Все это сделало возможным злоупотребление психиатрией для подавления несогласных с политическим режимом, но, что может быть более важно для нас, это создало порочную практику игнорирования прав душевнобольных.

Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», который был принят 2 июля 1992 года, был разработан как реакция на нарушения в области психиатрии в Советском Союзе. Как мы увидим позже, в чем-то он оказался даже более либеральным, чем соответствующие указания Совета Европы и ООН.

В Соединенных Штатах до 1960-х годов во многих штатах решения о недобровольной госпитализации людей с психической болезнью делались исключительно врачом или другим профессионалом в области психиатрии (Hjelmaas 2001). Переломное решение относительно недобровольной госпитализации Верховного Суда США было вынесено в деле О'Коннор против Доналдсона (O'Connor v. Donaldson, 1975).

В 1957 году Кеннет Доналдсон, страдавший от параноидной шизофрении, был по настоянию отца в недобровольном порядке принят на лечение в Психиатрическую больницу штата Флорида. Там, несмотря на неоднократные просьбы об освобождении, Доналдсон содержался в течение 15 лет. Основанием для госпитализации был закон штата Флорида, который позволял недобровольную госпитализацию психически больных для ухода, поддержки и лечения. Закон этот был отменен еще во время пребывания Доналдсона в клинике. Определенного лечения Доналдсону назначено не было, позже на суде врачи больницы назвали это «терапией средой». Доналдсон не представлял опасности для себя и других ни в момент госпитализации, ни во время нее. Доктор О’Коннор, суперинтендант больницы и ответчик по делу, отказывался освободить Доналдсона, так как верил, что тот не способен жить самостоятельно. На суде никаких существенных доказательств этого он привести не смог. Не позволил он и забрать пациента ни друзьям Доналдсона, которые хотели взять его под свою опеку, ни реабилитационной клинике. Спустя несколько месяцев после выхода О’Коннора на пенсию Доналдсон добился освобождения и возбудил судебное дело. Доктор О’Коннор дело проиграл и был присужден к возмещению ущерба в размере 38 тысяч долларов.

Юридический стандарт, установленный Верховным Судом США в деле Доналдсона был: «обнаружение душевной болезни само по себе не может оправдать заключение штатом лица против его воли и содержание его неопределенно долго в простом заключении под опекой… Кратко, штат не может конституционно заключить без какого-либо другого основания неопасного индивидуума, который способен благополучно жить на свободе один или с помощью согласных на это и ответственных членов семьи или друзей»(O'Connor v. Donaldson, 1975). Непосредственно после решения по делу Доналдсона только семь юрисдикций имели специальные стандарты для недобровольной госпитализации. В настоящее время каждый штат имеет закон, регулирующий проведение недобровольной госпитализации, и наиболее частое основание для этого - опасность для себя или других.

**Определение психического расстройства**

Недобровольная госпитализация может быть применена только в отношении лиц, страдающих от тяжелой психической болезни. Законы Штата Массачусетс включают специальное определение психической болезни для целей госпитализации в психиатрический стационар: «Душевная болезнь означает существенное расстройство мышления, настроения, восприятия, ориентации, или памяти, которое чрезвычайно нарушает суждение, поведение, способность распознавать действительность или способность отвечать на обычные требования жизни. Симптомы, вызванные исключительно алкоголем или потреблением наркотика, органическим повреждением мозга или умственной отсталостью не составляют тяжелой душевной болезни» (Massachusetts General Laws, 123). Мы видим, что это юридическое определение исключает большинство традиционных психических расстройств. Оно включает в себя главным образом эндогенные психозы и тяжелые аффективные нарушения.

В штате Айова душевная болезнь «означает любой род психической болезни или психического расстройства, за исключением того, что не относится к умственной отсталости… или к безумию, сниженной ответственности, или умственной некомпетентности, как эти термины определены и используются в уголовном кодексе Штата Айова или в правилах уголовной процедуры» (Iowa Code, § 229). Данное определение шире, и за пределом психических болезней оказываются только умственная отсталость, а также случаи психических нарушений, которые рассматриваются в ходе уголовного процесса. Для уголовного процесса имеется свое определение, основанное на неспособности лица различить правильное и неправильное в отношении к конкретному совершенному акту (Iowa Criminal Code, 701.4 Insanity). Таким образом, юридическое определение психической болезни составляет более прочный фундамент для совершения правовых действий в отношении душевнобольных, чем постоянно изменяющиеся нормы диагностики.

В законодательстве РФ нет специального юридического определения психического расстройства. Согласно статье 10 (1) Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», «Диагноз психического расстройства ставится в соответствии с общепризнанными международными стандартами и не может основываться только на несогласии гражданина с принятыми в обществе моральными, культурными, политическими или религиозными ценностями либо на иных причинах, непосредственно не связанных с состоянием его психического здоровья». Данное положение подразумевает, что медицинское и юридическое определения психического расстройства совпадают, и только врач несет полную ответственность за определение пациента как душевнобольного. Это создает ситуацию правовой неопределенности, когда врач и юрист должны сами решать, действительно ли пациент страдает от тяжелого психического расстройства, или же для его госпитализации следует руководствоваться какими-либо другими нормами.

Предположим, пациент в состоянии нетяжелой реактивной депрессии, с некоторыми истероидными чертами совершает неопасную попытку самоубийства путем нанесения ряда поверхностных порезов на запястье. От госпитализации в психиатрическую больницу отказывается. Обычная практика врача приемного покоя – госпитализировать пациента в недобровольном порядке. Прав ли врач с точки зрения буквы закона? Меняется ли что-либо, если пациент не находился в депрессии, а сделал это в состоянии алкогольного опьянения? Если это лишь реакция личности с выраженной истероидной акцентуацией? Если пациент – наркоман, и попытка сделана путем превышения дозы героина? Если он полностью признает, что поступил неправильно, и обещает воздержаться от других действий такого порядка?

Интересное определение тяжелого психического расстройства с точки зрения юриста дает Усманов У. А. (1998) в комментарии к статье 128 «Незаконное помещение в психиатрическую больницу» Уголовного кодекса Российской Федерации. Он пишет, что серьезное психическое расстройство - это такое психическое расстройство, когда больной не может понять болезненной природы своего психического состояния и не способен принять решение о лечении. Такое состояние обычно определяется состоянием психоза с бредом, галлюцинациями, нарушениями сознания и значительными аффективными нарушениями, или же это может быть выражением врожденного или приобретенного психического дефекта, или тяжелых нарушений личности (Усманов У. А., 1998). По нашему мнению, неоднозначна, хотя и не уникальна в мировой законодательной практике ситуация, когда в числе определяющих признаков тяжелого психического расстройства выносится отсутствие осознания заболевания и необходимости лечения. На практике это положение часто значит, согласен ли человек с диагнозом и лечением конкретного врача или врачей. Это подразумевает безусловную непогрешимость медиков (что, к сожалению, бывает не всегда). Далее, если пациент в состоянии психоза или выраженной депрессии осознает болезненную природу своего состояния, может ли это говорить, что оснований для недобровольной госпитализации нет? К тому же, состояния психоза, психического дефекта или расстройства личности могут разниться по степени тяжести весьма значительно, и стричь их все под одну гребенку, используя критерий наличия или отсутствия осознания болезни, было бы неправильно.

Сложна ситуация в Российском законодательстве с лечением в недобровольном порядке пациентов с зависимостью от алкоголя или наркотиков. Формально, будучи в категории душевнобольных, эти больные могут быть недобровольно госпитализированы в психиатрическую больницу только при возникновении психоза, серьезной депрессии или после суицидальной попытки. Причина этого, по мнению Евгения Цымбала (2000), это отсутствие четкого определения психической болезни в Законе РФ «О Психиатрической Помощи». Попытки создать какой-либо другой закон для этой группы пациентов существенным успехом не увенчались.

Забегая несколько вперед, закон «О наркотических средствах и психотропных веществах», регулирующий недобровольное лечение больных наркоманией, в статье 54(3) предусматривает, что «больным наркоманией, находящимся под медицинским наблюдением и продолжающим потреблять наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо уклоняющимся от лечения, а также лицам, осужденным за совершение преступлений и нуждающимся в лечении от наркомании, по решению суда назначаются принудительные меры медицинского характера, предусмотренные законодательством Российской Федерации». Данная норма, конечно же, выполняется не часто, в противном случае это бы парализовало работу наркологической службы. Фактически, к каждому наркоману, пытающемуся избавиться от зависимости и обратившемуся к наркологу, могут быть применены «принудительные меры медицинского характера», так как редко удается раз и навсегда прекратить употребление наркотиков. Иногда задача врача и состоит в том, чтобы свести употребление наркотиков на безопасный уровень. Об эффективности принудительных мер для лечения наркоманий можно поспорить, но складывается впечатление, что она, к сожалению, чаще невысока. В то же время еще в 1990 году в заключении Комитета Конституционного надзора еще СССР было сказано, что «уклонение от лечения алкоголизма или наркомании, если оно не сопряжено с систематическим нарушением общественного порядка или ущемлением прав других лиц, не должно рассматриваться в качестве правонарушения, влекущего юридическую ответственность. По этой же причине употребление наркотиков само по себе не должно рассматриваться в качестве административного правонарушения или преступления». Принудительные меры в отношении больных алкоголизмом и наркоманией могут по тяжести быть приравнены к уголовному наказанию, и должны проводиться с соблюдением прав человека. Включение больных алкоголизмом и наркоманией в категорию лиц, подпадающих под действие закона о «О психиатрической помощи…» могло бы улучшить ситуацию с недобровольным лечением этих пациентов.

**Основания для недобровольной госпитализации**

Основания для недобровольной госпитализации – один из тех вопросов, которые вызывают горячие споры психиатров, правозащитников и юристов в России и США. Поэтому, для того чтобы иметь мнение третьей стороны, мы приведем в этой части также и рекомендации ООН и Совета Европы по защите прав психически больных (Таблица 1). Мы видим, что две эти уважаемые организации выделяют одну основную причину для недобровольной госпитализации (опасность для себя и других) и две дополнительных. Дополнительные причины - это вероятное ухудшение состояния пациента при отсутствии лечения, или же сама по себе необходимость лечения пациента, которое может быть проведено только в стационаре.

|  |  |
| --- | --- |
| Принципы для защиты лиц с психическими болезнями и улучшения психиатрического обслуживания. Принцип 16 (United Nations, 1991) | Рекомендация No. R (83) 2 Кабинета Министров государствам-участникам о правовой защите лиц, страдающих от психических расстройств, госпитализированных в недобровольном порядке, статья 3 (Council of Europe, 1983). |
| Квалифицированный профессионал в области душевного здоровья, уполномоченный законом для этой цели, определяет, в соответствии с Принципом 4, что человек имеет психическую болезнь и считает:  (a) Что, из-за той психической болезни, имеется серьезная вероятность непосредственного или неизбежного вреда этому лицу или другим людям; или  (b) Что, если отказ госпитализировать или удержать человека, психическая болезнь которого тяжела и чье суждение нарушено, вероятно приведет к серьезному ухудшению его или ее состояния или предотвратит предоставление адекватного лечения, которое может быть предоставлена только при госпитализации в учреждение психического здоровья в соответствии с принципом наименее ограничивающей альтернативы. | В отсутствии любых других возможностей предоставить соответствующее лечение:  a. пациент может быть помещен в учреждение только тогда, когда по причине его душевного расстройства, он представляет серьезную опасность себе или другим людям;  b. государства могут, однако, предусматривать что пациент может быть также госпитализирован, когда из-за серьезности природы его душевного расстройства отсутствие госпитализации привело бы к ухудшению его расстройства, или предупредило бы предоставление ему соответствующего лечения. |

Таблица 1. Основания для недобровольной госпитализации в Рекомендациях ООН и Совета Европы

Согласно законодательству Содружества наций Штата Массачусетс, психически больной человек может быть госпитализирован в недобровольном порядке, если по причине его болезни возникла «вероятность серьезного вреда» (Massachusetts General Laws, Chapter 123) . Это понимается как

«(1) существенный риск физического вреда самому человеку, проявляющийся свидетельствами угрозы или попытки самоубийства или серьезного телесного повреждения;

(2) существенный риск физического вреда другим людям, проявляющийся свидетельствами гомицидного или другого поведения, несущего угрозу насилия, или свидетельством, что другие люди разумно опасаются поведения, несущего угрозу насилия, или нанесения им серьезного физического вреда; или

(3) очень существенный риск физического ухудшения или травмы самому человеку, проявляющийся свидетельствами того, что суждение такого человека столь повреждено, что он неспособен защитить себя в обществе, и что разумные предосторожности для его защиты в обществе не доступны» (Massachusetts General Laws, Chapter 123).

Объясняя идею опасности для себя, Верховный Суд сказал в сноске, что «даже если нет никакого обозримого риска самоубийства или причинения себе травмы, человек буквально «опасен для себя», если он по физическим или другим причинам беспомощен, чтобы избежать опасностей свободы посредством своих усилий, или при помощи желающих членов семейства или друзей» (O'Connor v. Donaldson, 1975). В перечень этих опасностей входит неспособность обеспечить себя кровом, пищей и питьем, избежать возможных криминальных инцидентов.

Чтобы пояснить данное положение, давайте приведем основания другого судебного случая – Лейк против Камерон, 1966 год (Lake v. Cameron, 1966). Миссис Лейк, 60 лет, страдавшая сосудистой деменцией, была задержана полицией, когда она бесцельно бродила по небезопасным районам в Вашингтоне, округ Колумбия. Напомним, что это были годы резкого взлета «героиновой» преступности в Вашингтоне, иногда бессмысленной и жестокой, и прогулка ночью по городу вдалеке от центра была действительно рискованным мероприятием. Это не было единичным случаем; миссис Лейк была одинока, обнаружившийся после долгого отсутствия муж не был признан лицом, которое было бы способно организовать уход за пациенткой. После судебного подтверждения правомочности задержания она была направлена в больницу. Не вдаваясь в подробности, именно возможность преступного акта против больной была причиной ее задержания. Конечно же, в Вашингтоне тысячи людей подвергались угрозе насилия вследствие разгула преступности, в том числе дети, женщины и старики. Но только душевнобольной человек, как лицо не способное защитить себя и разумно оценить риск, может быть подвергнут по этой причине недобровольной госпитализации.

Согласно кодексу штата Айова, термин «серьезно психически больной» означает состояние человека, который из-за душевной болезни лишен достаточной способности к суждению, чтобы сделать ответственное решение в отношении своей госпитализации и лечения, или кто из-за болезни, вероятно, может нанести травму себе или окружающим, или кто, вероятно, может нанести серьезную эмоциональную травму членам своей семьи или окружающим, или кто не способен удовлетворить свои базовые физические нужды с вероятностью причинения себе физической травмы или истощения, или смерти. (Iowa Code § 229.1, 15). То есть, здесь имеется все тот же набор признаков, необходимый для недобровольной госпитализации, за одним интересным исключением – вероятностью причинения эмоциональной травмы окружающим. Как поясняет J. Parry: «Стандарт Айовы является напоминанием об обязательстве учреждений Парижа в 17 столетии, где, если члены семьи чувствовали, что душевнобольной представляет трудность для них, то этот член семьи мог быть госпитализирован» (Parry 1994). Эта норма вполне разумна в условиях совместного проживания, когда больной нередко является источником постоянного эмоционального напряжения для родных и окружающих, и в этом можно согласиться с А. А. Коцюбинским (1999).

Опишем вполне обычную ситуацию. Мать, занятая на весьма напряженной работе, живет вместе с дочерью 35 лет, больной шизофренией. Дочь не работает, пенсии по инвалидности также не получает (так как отказывается от этого). Считает, что мать пытается ее отравить. Продукты покупает в магазинах сама, притом такие, которые трудно отравить и которые можно не готовить. Препараты на дому принимает только недолгое время после очередной госпитализации. С матерью ведет себя очень агрессивно, скандалы идут ежедневно нередко с бросанием вещей и рукоприкладством в виде пощечин и т.п. Однако больная не опасна физически, привлекать ее к административной ответственности за скандалы в семье было бы смешно (не будет же мать платить за нее штрафы). Психоз идет с периодическими обострениями, раз в 1-2 года, в это время больную можно госпитализировать по известной статье Закона о психиатрической помощи. Как ни странно, только эти обострения дают матери больной отдохнуть некоторое время. Логичный выход из этой ситуации – лишь оформление опеки. Но это не всегда возможно.

Причины для недобровольной госпитализации в России обсуждаются в Статье 29 (Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке) Закона «О психиатрической помощи…». Напомним, что для проведения недобровольной госпитализации требуется наличие следующих признаков:

обследование или лечение пациента возможны только в стационарных условиях;

психическое расстройство, от которого страдает больной, является тяжелым;

именно это психическое расстройство обусловливает одно или больше из непосредственных оснований для госпитализации.

Непосредственными основаниями для госпитализации являются:

а) непосредственная опасность пациента для себя или окружающих, или

б) «его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи».

Иногда упускаются первые три вводных обстоятельства. Без них непосредственные основания не действуют. Если больной МДП в состоянии ремиссии опасен для окружающих, он находится в поле действия Уголовного права. Если умеренно дементная больная с переломом шейки бедра не способна обслуживать себя (но была способна делать это до перелома) – задача социальной службы ей помочь. Если психически здоровая совершеннолетняя девушка-подросток от разрыва романтических отношений проглатывает все лекарства в домашней аптечке – даже по настоянию родителей госпитализировать ее не представляется возможным.

Мы видим, что законы РФ и штата Массачусетс в целом совпадают относительно оснований для госпитализации. По разному понимается опасность для себя – в Российском законе акцентируется опасность здоровью из-за психической болезни (пункты «б» и «в» статьи 29), в законе Массачусетса – опасность со стороны других и неспособность больного их избежать. Оба закона не включают в себя возможность госпитализации в ситуации, когда единственным поводом является невозможность получить должное лечение вне стен психиатрического учреждения. Однако и в этой редакции и законы штатов, и закон «О Психиатрической Помощи» вызывает немало возражений.

Так, по словам Романа Черного, председателя петербуржского отделения Гражданской комиссии по правам человека (организации резко антипсихиатрической), «Статья 29, в частности, пункт «в» ... позволяет недобровольно госпитализировать в психиатрические больницы практически любого здорового человека. И, как сказал мне один психиатр, вы никогда не докажете, что он был госпитализирован неправильно. Эта статья коренным образом отличается от резолюции Организации Объединенных Наций 1992 года, принципа 16 о принудительной госпитализации - 1, пункт «б» (Радио Свобода, 2000).

Как мы видим из Таблицы 1, ООН дает еще более широкие права по недобровольной госпитализации, позволяя госпитализацию и в случае, когда единственным основанием является возможность получения адекватного лечения только в стационарных условиях. Таким образом, этот пункт Российского закона действительно коренным образом отличается от формулировки ООН, но только в сторону усложнения процедуры недобровольной госпитализации. С другой стороны, формулировка «существенный вред здоровью» действительно несколько расплывчата. Многие психически больные живут под постоянной угрозой перехода заболевания в фазу обострения (что может быть расценено как серьезный вред здоровью), очень многие не соблюдают положенный им режим приема лекарств. Это не значит, что в любой момент такой больной может быть госпитализирован против его воли. Можно согласиться с профессором Александром Коцюбинским (1999), что понятие «существенный вред здоровью» должно быть конкретизировано.

**Процедура недобровольной госпитализации**

Процедура недобровольной госпитализации имеет те же самые основные принципы и довольно схожий порядок в Соединенных Штатах и России. Основные принципы недобровольной госпитализации в России и в Соединенных Штатах - это требование судебного подтверждения правомерности недобровольной госпитализации; сотрудничество медицинского персонала и суда; и возможность немедленной недобровольной госпитализации только для больных, опасных для себя или других. Порядок недобровольной госпитализации в Соединенных Штатах проиллюстрирован ниже на примере Кодекса штата Айова.

Инициирование недобровольной госпитализации. По Кодексу Штата Айова, заявление для недобровольной госпитализации больного может быть подано любым заинтересованным лицом, которое таким образом становится заявителем. Заявление должно сопровождаться письменным заключением врача или другой информацией, подтверждающей факт душевной болезни. Если суд решает, что заявление для недобровольной госпитализации адекватно, суд устанавливает дату слушания. Извещаются больной (ответчик), поверенный графства, поверенный и защитник ответчика. Суд постановляет, чтобы ответчик был осмотрен врачом, который должен представить свое заключение суду

При слушании дела о госпитализации, поверенный графства представляет свидетельства в поддержку применения госпитализации. В течение слушания заявитель и ответчик имеют возможность представлять и подвергать перекрестному допросу свидетелей, а суд может получить показания любого другого заинтересованного лица. Если после завершения слушания суд делает заключение, что ответчик страдает от серьезного душевного расстройства, суд определяет, что ответчик должен пройти обследование для полной психиатрической оценки и лечение в стационарных или амбулаторных условиях. Напомним, что в Айове в понятие «серьезное душевное расстройство» уже входит наличие одной или более причин для недобровольной госпитализации.

Если при рассмотрении заявления судья находит причину полагать, что ответчик серьезно душевно болен и на свободе представляет опасность для себя или окружающих, больной подлежит немедленному задержанию. Для немедленного задержания, закон обязывает шерифа или представителя шерифа задержать лицо, против которого было подано заявление. Суд обязан рассмотреть наименее ограничительные альтернативы для задержания больного, включая опеку родственника, друга или другого подходящего лица, желающего принять ответственность за больного. Чрезвычайная госпитализация без одобрения суда также возможна, когда нет немедленного доступа к окружному суду. В этом случае суд проводится после задержания (Iowa Code, § 229).

В России начальной стадией недобровольной госпитализации является проводимая в добровольном или недобровольном порядке психиатрическая экспертиза (статьи 25-36 Закона РФ «О Психиатрической Помощи»). Решение относительно недобровольной психиатрической экспертизы изначально принимается психиатром на основе письменного заявления и подтверждается судом. Заявление может быть представлено родственником, врачом, должностными лицами, или другими гражданами; и должно содержать основания для проведения экспертизы, аналогичные основаниям для самой недобровольной госпитализации, и то, что добровольно больной лечиться не желает. Судебное решение должно быть вынесено в течение трех дней после получения всех материалов. При опасности больного для себя или других заявление может быть сделано устно. Тогда решение относительно психиатрической экспертизы должно быть сделано психиатром немедленно. Создается впечатление, что данный порядок в России на деле рутинно игнорируется. Фактически, «экспертиза» психически больного человека часто проводится без суда по звонку родственников или других лиц бригадой скорой психиатрической помощи, и непосредственно предшествует госпитализации.

Как ни странно, вполне легальным основанием для этого является приказ «О скорой психиатрической помощи» (1998) Министерства Здравоохранения Российской Федерации. Руководствуясь лучшими побуждениями, в данный приказ внесено положение, что «Вызов психиатрической бригады должен быть принят, если пациент находится в неблагоприятных бытовых условиях и «тяжелое психическое расстройство» у него соответствует любому из трех критериев». Как замечают сами авторы приказа, это противоречит закону «О Психиатрической Помощи», в котором без санкции судьи разрешен осмотр только опасных больных. В приказе далее говорится, что «когда условия неблагоприятны (отсутствие наблюдения, ухода за больным, пребывание его вне семьи, на улице и т.д.), беспомощный пациент (критерий «б») и пациент с плохим клиническим прогнозом в случае оставления его без психиатрической помощи (критерий «в») становятся опасными для себя. В этих случаях критерии «б» и «в» статьи 23 совпадают с критерием «а» и пациент должен быть недобровольно освидетельствован психиатром скорой помощи». Намерения авторов приказа понятны, однако во многом это воссоздает прежнюю ситуацию до принятия закона. Одиноких больных много, и они во многом являются группой наиболее подверженной нарушению их прав.

Приведем короткий пример. В бывшем общежитии ткацкой фабрики в двух комнатах одной секции (своеобразной коммунальной квартиры) живут одинокая больная шизофренией и мужчина средних лет с женой и маленьким ребенком. Больная с постоянными застарелыми галлюцинациями и бредом, которые уже мало влияют на ее поведение. При возникновении малейшего конфликта сосед звонит в скорую помощь. Можно понять и соседа – жить в коммуналке вообще не легко, а рядом с больной тем более. Но больная не агрессивна и не столь конфликтна, скорее, она старается от греха подальше проводить все время в своей комнате. «Скорая» откликается, и больную увозят в клинику. Сразу же в приемном покое больную не освобождают, далее она следует в отделение – там ее обычно уговаривают госпитализироваться добровольно, и через неделю или около того выписывают. Это повторяется вновь и вновь.

Госпитализация. В России человек, госпитализированный в психиатрическую больницу в недобровольном порядке, подлежит обязательной экспертизе в течение 48 часов комиссией психиатров, которая решает, оправдана ли госпитализация. После этого в течение 24 часов подается заявление в суд. Заявление должно содержать юридические основания для недобровольной психиатрической госпитализации. Принимая заявление, судья в то же самое время разрешает заключение человека в психиатрической больнице в течение периода, необходимого для рассмотрения заявления судом. В течение пяти дней после получения заявления проводится слушание в суде. Больной имеет право посетить слушания своего дела, на котором также присутствуют прокурор, представитель психиатрического учреждения, и представитель больного. Решение суда может быть обжаловано в течение 10 дней (статьи 33-35 закона РФ «О Психиатрической Помощи»).

В штате Айова в течение пятнадцати дней после госпитализации, главное должностное медицинского учреждения должно послать рапорт в суд. Как сказано было раньше, госпитализация должна быть одобрена судом до ее начала, то есть данное заявление в суд уже второе. Рапорт должен содержать одну из следующих четырех альтернатив:

госпитализация более не нужна;

требуется продолжение госпитализации;

госпитализация и постоянный надзор за пациентом более не нужны, но больной нуждается в продолжении лечения в других условиях;

больной нуждается в постоянном уходе и надзоре, однако дальнейшее лечение и продолжение госпитализации вряд ли разрешит проблемы, связанные с его здоровьем.

В последних двух случаях представитель больницы должен предложить учреждение, где больному может быть предоставлены дальнейшее лечение и уход.

После получения рапорта, суд выносит решение относительно дальнейшего лечения с проведением или без проведения слушаний. В последнем случае ответчик или доверенное лицо ответчика в течении 7 дней после вынесения постановления суда может потребовать слушания дела о продлении госпитализации. В таком случае проводятся судебные слушания с привлечением всех заинтересованных лиц и свидетелей. Данная процедура возобновляется каждые 15 дней, пока пациент продолжает быть недобровольно госпитализированным (Iowa Code, § 229).

Продолжение или прекращение недобровольной госпитализации. Согласно кодексу штата Айова, когда главное должностное лицо медицинского учреждения решает, что пациент более не требует лечения и ухода в данном учреждении, оно должно в предварительном порядке освободить ответчика и представить сообщение об этом окружному суду. После получения сообщения, суд освобождает ответчика и прекращает все дальнейшие слушания (Iowa Code, § 229).

Согласно Закону РФ «О Психиатрической Помощи», статья 36 «пребывание лица в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке продолжается только в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация». Повторная экспертиза комиссией психиатров и судебные слушания проводятся, по крайней мере, один раз в месяц в течение первых шести месяцев, затем раз в шесть месяцев и далее один раз в год. Согласно статье 40 Закона, «Выписка пациента, к которому по решению суда применены принудительные меры медицинского характера, производится только по решению суда».

**Заключение**

Недобровольная госпитализация является той критической точкой, где легко могут быть нарушены права душевнобольных. Здесь особенно трудно соблюсти тонкий баланс между правом больного быть свободным и обязательствами государства по охране жизни и здоровья граждан. Цель данной статьи состоит в том, чтобы сравнить основные моменты законодательного регулирования недобровольной госпитализации в Соединенных Штатах и России. Но, говоря о США, мы старались писать о нашей стране, и проблемы психиатрического законодательства в России были, прежде всего, в фокусе нашего анализа.

США в нашей стране являются своеобразным пугалом, когда идет речь о законодательстве в области психиатрии. Действительно, бездомных душевнобольных людей на улицах Бостона, Нью-Йорка или Сан-Франциско более чем хватает. И причины этого не так просты. Несовершенство системы здравоохранения, социального обеспечения и, что особенно важно, резкое сокращение числа психиатрических коек сыграли в этом куда большую роль, чем либерализация законодательства в области психиатрии. Однако и законодательство США, конечно же, далеко не идеально.

При рассмотрении процедуры недобровольной госпитализации первое, что бросается в глаза, это именно схожесть процедуры в двух странах, несмотря на различную законодательную традицию и социальные условия. Процедуры госпитализации в Айове и Массачусетсе в чем-то более либеральны по отношению к больному. Предварительное разрешение суда требуется в большинстве случаев недобровольной госпитализации, даже в случае госпитализации опасных больных. Выписка больного идет до постановления суда, которое должно только утвердить (или не утвердить) решение администрации больницы. Однако мы видим, что право пациента пребывать в болезненном состоянии отнюдь не ставится во главу угла, и либеральность здесь не исключает вполне реального права штата лечить в недобровольном порядке даже более широкие группы пациентов, чем в России.

Конечно же, возникает и очень сложный вопрос о соотношении закона и практики. Хоть он в целом и находится за пределами данной статьи, нельзя не заметить, что самый лучший закон не может гарантировать безупречное соблюдение прав больных. А правом больных является не только сохранение их свободы, но и своевременное лечение, во всяком случае, в России (в США государство не обязано лечить своих граждан). Суд может быть формальностью, заранее настроенным, чтобы лечить или, напротив, освободить пациента. Независимо от решения суда, в штате просто может не оказаться коек для лечения больного, или, как это нередко бывает в России, больнице необходимо заполнить койки, чтобы сохранить финансирование. Однако именно закон ставит определенные рамки соблюдения прав душевнобольных.

Рассматривая различные стороны Российского закона, мы можем заметить, что это закон достаточно современный и в целом соответствующий международным нормам. Есть те места, которые могут вызывать споры, и, наверное, нуждаются в корректировке. Однако улучшение этого закона скорее должно идти по пути уточнения его норм и правил, чем по пути выхолащивания его правил, когда, к примеру, станет необязательной судебная процедура при краткосрочной госпитализации (Радио Свобода, 2003).

**Список литературы**

Council of Europe, Committee of Ministers. Recommendation No. R (83) 2 of the Committee of Ministers to member states concerning the legal protection of persons suffering from mental disorder placed as involuntary patients. Adopted by the Committee of Ministers on 22 February 1983 at the 356th meeting of the Ministers’ Deputies.

Hjelmaas R. Legislative Guide to Involuntary Hospitalization of Persons with Mental Illness. Legislative Service Bureau. December 2001. http://www.legis.state.ia.us/Central/LSB/Guides/involuntary.htm. Прочитано на сайте 07.11.03

Iowa Code § 229

Iowa Criminal Code, 701

Jackson v. Indiana, 406 U.S. 715. 1972

Massachusetts General Laws, Part I. Administration of the Government. Title XVII. Public Welfare. Chapter 123. Mental Health.

Lake v. Cameron 364 F. 2d 657 (DC Cir 1966)

O'Connor v. Donaldson, 422 U.S. 56. (1975)

Parry, J. Involuntary Civil Commitment in the 90s, Mental & Physical Disability L. Rep. 18- 320 (1994).

Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care. United Nations, 1991

Stavis PF. Civil Commitment: Past, Present, and Future. An Address by at the National Conference of the National Alliance for the Mentally Ill, Quality of Care Newsletter, Issue 64, Aug-Sept 1995.

Закон РФ от 2 июля 1992 г. N 3185-I «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (с изменениями от 21 июля 1998 г.).

Коцюбинский А. Психиатры должны иметь возможность более эффективно защищать права человека“Петербургский Час Пик», №4 (107), 1999

Министерство Здравоохранения Российской Федерации. Приказ от 8 апреля 1998 г. N 108. «О Скорой Психиатрической Помощи».

Радио Свобода. Интервью с Романом Черным. http://www.svoboda.org/programs/HR/2000/HR.052400.asp. Прочитано на сайте 06.11.03

Радио Свобода. Интервью с Юрием Савенко и Александром Подрабинеком. 17-09-03. http://www.svoboda.org/programs/hr/2003/hr.091703.asp. Прочитано на сайте 26.10.03

Усманов У.А. Комментарий к уголовному кодексу РФ (комментарии следователя). Приор, 496 стр., 1999.

Федеральный закон от 8 января 1998 г. N 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».

Цымбал Евгений. Как лечить наркомана. Нерешенные проблемы законодательного регулирования оказания наркологической помощи. Медицинская Газета. № 30 2000.