

## ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БЕЗ СОГЛАСИЯ: КАКАЯ ПРАКТИКА И КАКОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО НЕОБХОДИМО ДЛЯ ПСИХИАТРИИ XXI ВЕКА?

**Ж.-М. Белоржэ<sup>1</sup>, М. Лукомская<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Юрист, член Государственного Совета Франции, Президент Ассоциации Психическое Здоровье и борьба с Алкоголизмом 13-го округа г.Парижа;

<sup>2</sup>Психиатр, доктор медицинских наук, член Парижского Психоаналитического Общества

В настоящее время в Европе действуют разнообразные системы недобровольного лечения и госпитализации больного без его согласия. Эта проблема, особенно актуальная для психиатрии, является не только заботой медицинских работников, но отражает эволюцию общества в целом, развитие представлений о душевном здоровье и психической патологии, общественное сознание в отношении прав человека. Она побуждает к коллективному размышлению о праве, деонтологии и этике лечебных мероприятий, осуществляемых без согласия больного.

Между тем, различное осмысление одних и тех же явлений характерно не только для широкой публики – оно существует и в мире законодателей, которые одновременно и следуют за общественным мнением, и формируют его. Однако бурные дебаты правоведов нередко остаются вне сферы интересов именно тех специалистов, которым предназначено в будущем на практике реализовывать те или иные правовые подходы. Известно, что многочисленные выступления и публикации юристов по «модной» теме, каковой безусловно является проблема недобровольной госпитализации, у многих вызывают что-то вроде пресыщения, своеобразное состояние аллергии к правовым вопросам.

Желая избежать как пренебрежительного, так и наивно-доверительного отношения к праву, мы попытаемся в этой работе, прежде всего, идентифицировать некоторые аспекты, вызывающие особое беспокойство в практике недобровольной госпитализации. Нам представляется важным, не останавливаясь на описании тех или иных особенностей отдельных законодательств, попытаться выделить общие проблемы, которые требуют дальнейшего обсуждения. Одновременно мы остановимся на определённых моментах, касающихся процедуры недобровольной госпитализации, по которым (за исключением некоторых крайних взглядов) в европейском праве установилось относительное согласие.

Такой подход не предлагает конкретных решений, но позволяет осмыслить проблему в целом, что особенно важно в наше время, когда страсти и модные веяния отрицательно влияют на поиск правового примирения противоречивых интересов. Очевидно, что настоящая проверка действительности тех или иных правовых мероприятий, связанных с недобровольной госпитализацией, происходит при их конкретном воплощении в контексте оказания медицинской помощи, для реализации которой закон должен создавать оптимальные условия.

### 1. Защита общества и гражданские свободы

Медицина в целом, а не только психиатрия, имеет двойное предназначение:

- оказание помощи больному, лечение заболеваний, облегчение страданий и страха;
- охрана общества, то есть социальная защита, от эпидемий и от различных форм поведения, представляющих опасность для других людей, независимо от того, связано ли это с заразной болезнью, с наркоманией или психическим расстройством.

Хотя эти функции долгое время находились под знаком медицинского патернализма и обеспечивались почти исключительно врачом, вторая половина 20-го века отмечена развитием новой тенденции. Современная этическая модель сложилась под влиянием различных манифестаций со стороны пациентов и их родственников, а также в результате деятельности различных ассоциаций с участием широкой общественности, философов и самих врачей.

В рамках этой тенденции всё большее внимание уделяется вопросам сохранения независимости и автономии больного. Это можно видеть, например, при учреждении опекуна или при определении недееспособности. Произойшли правовые изменения и в области меди-

цинской тайны: она была укреплена по отдельным позициям и ослаблена по некоторым другим. Так, ответственность врача за разглашение медицинской тайны, чему во Франции традиционно придаётся особое значение, была ещё более усилена. Одновременно было впервые предусмотрено, что пациент должен иметь доступ к своей истории болезни (французский закон от 4 марта 2002 года по правам больных).

В результате указанной эволюции возникли новые ожидания и сложилась новая концепция партнёрских отношений между врачом и пациентом. Особое значение в ней придаётся информированию больного, его свободному выбору и согласию на лечение. Это неизбежно влечёт определенные изменения в практике врачей, среднего медицинского персонала и социальных работников, на которых возлагается обязанность обсуждать с больным все лечебные мероприятия в доступной для него форме.

Это, на первый взгляд, вполне правомерное требование поднимает ряд новых проблем, которые, к сожалению, законодательство освещает далеко не в полной мере. На практике в наши дни идея демократического здравоохранения нередко редуцируется до уровня лозунгов, таких, например, как «полное информирование пациента», «свободное согласие на медицинское вмешательство», «право на отказ от медицинской помощи». При этом стремление оказать каждому пациенту определенное доверие и сделать его активным участником лечения здесь как бы сводится к стереотипам коммерческого контракта.

Современная мода на контракт не ограничивается медицинской областью, она распространяется на борьбу с бедностью, на образование и другие сферы. Наряду с очевидными достоинствами, она несёт в себе определенные недостатки и нередко является лишь прикрытием, за которым скрываются равнодушие и профессиональная несостоятельность. Поэтому важно понять, до какого момента контрактные отношения с пациентом имеют стимулирующий характер, и где эта мода извращает лечебный процесс и становится его тормозом.

Перед лицом этих общих изменений психиатрия, очевидно, сталкивается с особыми проблемами. Нельзя не признать, что психические расстройства вызывают определенную деформацию в системе коммуникации и выбора решения, что ослабляет возможности применения здесь понятия «свободное», «хорошо информированное» согласие. В целях оказания своевременной помощи здесь гораздо чаще приходится проводить госпитализацию, а затем и лечение без согласия пациента.

Важно обратить внимание на то, что речь здесь идет о двух различных, но тесно связанных моментах: помещение в стационар, изоляция и медикаментозное лечение. Госпитализация может

рассматриваться не только как мера безопасности, но и как метод, позволяющий успокоить больного благодаря ограничению возбуждающих его стимулов, исходящих от ближайшего окружения. Хотя стационарирование не ведёт неизбежно к систематическому медикаментозному лечению, законодательство нередко допускает на этот счёт различные интерпретации, что отражается на практике. Однако строгое разграничение этих двух понятий так же спорно, как и их смешение (вспомним «приюты для умалишенных» или детские дома для инвалидов всего лишь 50 лет назад, когда вопрос о медикаментозном лечении не возникал из-за отсутствия такового). Можем лишь отметить, что старое французское законодательство от 1838 года в этом плане было более ясным, чем закон от 1990 года, применение которого практически стёрло указанные различия.

## 2. Процессуальные аспекты недобровольного лечения

В свете сказанного, какие меры можно предусмотреть в отношении госпитализации и лечения без согласия больного? Принципиальные вопросы, которые нуждаются в дальнейшем обсуждении, можно сформулировать следующим образом.

- Какая степень потери автономии и нарушения психических функций, определяемая по каким признакам, освобождает от необходимости добровольного согласия со стороны больного и допускает привлекать для согласия на госпитализацию некое «третье лицо»?

- Что это за «третье лицо», действующее в интересах больного – общественное или частное, и кто именно может выступать в этой роли? Что служит гарантиями для больного?

- Нужно ли для этой процедуры выделить особое место? И какое – в отделениях скорой помощи?

- Какие сроки следует предусмотреть для различных форм недобровольного лечения? Может ли оно продлеваться?

- Каково должно быть содержание такого рода госпитализации: лишение свободы? ограничение лишь некоторых форм свободы? медикаментозное лечение?

- Кто может решать вопрос об окончании недобровольного лечения и каким образом?

Предполагалось, что новый французский закон по психиатрии, принятый в 1990 году взамен предыдущего закона, действовавшего с 1838 года, ответит более удовлетворительным образом на все эти вопросы. В соответствии с этим новым законодательством в настоящее время во Франции действуют две модели недобровольной госпитализации: «HDT», Hospitalisation a la Demande d'un Tiers, то есть госпитализация без согласия больного по требованию третьего лица, и «НО», Hospitalisation d'Office, то есть госпитализация по требованию определенных представителей власти.

В первом случае заявление на госпитализацию составляется родственниками больного или его близкими, когда больной упорно отказывается от лечения, хотя состояние его требует срочных мер медицинского характера и изоляции. Два независимых медицинских заключения должны подтверждать это мнение близких. Критериями для принудительного стационарирования здесь является констатация того, что:

- психические расстройства, наблюдающиеся у больного, исключают возможность получения от него осознанного согласия;

- его состояние требует постоянного наблюдения и медицинской помощи в условиях психиатрического учреждения.

Второй тип принудительного стационарирования осуществляется, когда грубые расстройства поведения больного приводят к нарушению общественного порядка и представляют угрозу безопасности граждан. Инициатива в этих случаях исходит от лиц, обеспечивающих общественный порядок (комиссар полиции, мэра города), и окончательное решение о принудительной госпитализации исходит от префекта департамента. Медицинское заключение, которое в этом случае может быть составлено любым врачом, констатирует, что:

- по своему психическому состоянию больной представляет опасность для окружающих;

- его состояние требует постоянного наблюдения и медицинской помощи в условиях психиатрического учреждения.

Процедура НДТ представляется более сложной. Она предполагает освидетельствование больного двумя независимыми врачами (врачом, направляющим в психиатрическое учреждение, и психиатром, осуществляющим приём больного). Предусмотрена обстоятельная беседа с родственниками для уточнения мотивов их заявления о госпитализации. Законом оговорено, что в случае особой тяжести состояния (как, например, при острых психозах) возможно лишь одно заключение врача-психиатра, констатирующего необходимость госпитализации. При отсутствии родственников и невозможности установить контакт с близкими больного заявление с просьбой о госпитализации в психиатрическую больницу может быть составлено социальным работником или администратором направляющего лечебного учреждения, что особенно часто практикуется в отделениях скорой помощи при больницах общего типа.

НО осуществляется более быстро, достаточно одного врачебного заключения без привлечения специалистов-психиатров, однако в последующем здесь предусмотрены относительно более суровые меры контроля за обоснованностью госпитализации.

Окончание НДТ происходит на основании заключения лечащего врача-психиатра. При этом

законом предусмотрены регулярные врачебные освидетельствования больного, письменно подтверждающие необходимость его пребывания в психиатрическом учреждении: через 24 часа после поступления, через 15 дней и затем каждый месяц. Выписка больного может производиться также по настоянию родственника, подавшего заявление о госпитализации. Однако в тех случаях, когда имеются серьёзные медицинские противопоказания и бредовой больной представляет социальную опасность, предусмотрена процедура изменения первоначального модуля госпитализации НДТ в госпитализацию НО. В случае НО окончание лечения происходит только по решению префекта, основанного на врачебном заключении. В обоих случаях обоснованность принудительных госпитализаций, так же, как и соблюдение свобод и прав больных в период стационарирования, постоянно контролируются специальной Комиссией по психиатрическим госпитализациям, существующей при каждом департаменте.

Надо прямо сказать, что ожидания французских специалистов, связанные с принятием нового законодательства по психиатрии, полностью не оправдались: одним текст закона от 27 июня 1990 представляется слишком усложнённым, затрудняющим оказание медицинской помощи, другим – слишком слабым по отдельным статьям или в целом, в зависимости от точки зрения. В частности, критике подвергаются:

- расширенное определение случаев, к которым применима недобровольная госпитализация;

- количество медицинских заключений, необходимых для стационарирования и для прекращения недобровольного лечения;

- отсутствие реального разграничения между госпитализацией и лечением;

- роль различных представителей власти – мэра, префекта, прокурора, судьи.

Не останавливаясь на деталях, попытаемся очертить некоторые общие направления, по которым в настоящее время во Франции разворачивается дискуссия о перспективах недобровольного лечения.

- Предлагается полностью отказаться от термина «нарушение общественного порядка», которое нередко фигурирует в документах при недобровольной госпитализации, и заменить это выражение указанием на «поведение, представляющее опасность для самого больного или другого лица».

- Подчеркивается, что ограничение различных форм свободы, даже при госпитализации без согласия, должно осуществляться лишь в меру крайней необходимости (свобода переписки, свобода перемещения).

- В отношении несовершеннолетних настаивается на отмене исключительной власти судьи по делам детей и подростков, который в настоящее время может принять решение о госпитализации

без медицинского заключения. Указывается на необходимость принимать в расчёт, по мере возможности, согласие самих детей, а не только согласие их законных попечителей.

- Предлагается установить в рамках недобровольной госпитализации период наблюдения длительностью в 72 часа. По истечении этого времени может быть принято решение о выписке, либо об организации амбулаторного лечения, либо о добровольной госпитализации. При необходимости более длительного стационарирования против воли больного может быть принято решение о «госпитализации без согласия» – отмене слова «недобровольная» здесь придаётся особое значение.

- Наконец, предлагается отменить существующее разделение госпитализации больного без его согласия на НДТ и НО с тем, чтобы процедура прекращения недобровольного лечения была изменена в сторону её упрощения.

Несмотря на горячие споры и научные дискуссии по указанным вопросам, пока остаётся неясным, насколько реалистичны эти теоретические построения и вытекающие из них предложения, направленные на защиту гражданских прав больных.

### **3. Психиатрическая практика и законодательство**

Как можно проверить эффективность процедуры недобровольной госпитализации? Хотя это и не выглядит слишком оригинально, позволим здесь сослаться на критерий практики.

Опасно возлагать слишком большие надежды на свободный выбор душевнобольного, будь то до госпитализации или уже в больнице, однако не менее вредно и полностью отказывать ему в необходимом доверии. Как относиться к такого рода обобщениям, как например: «За гражданином в больнице должно сохраняться право быть страдающим человеком» (цитата из одной статьи в французском психиатрическом журнале). Делая подобные противопоставления: гражданин или страдающий человек, за бортом оставляют многие другие формы человеческого общения и терапевтического альянса. Это верно в том случае, если речь идёт о том, чтобы не заставлять пациента делать самостоятельный выбор в том состоянии, когда он не способен этого сделать. Однако такая позиция представляется ложной, если она ведет к прекращению разъяснительной работы, к отказу от объяснений, доступных пониманию больного.

Здесь хочется сослаться на опыт работы некоторых врачей и психотерапевтов, который свидетельствует о том, что даже с очень тяжёлыми психотическими больными можно установить общение и стимулировать их психическое функционирование. Когда удаётся избежать практики стереотипных дисциплинарных ограничений и

индивидуализировать медицинские и реабилитационные мероприятия, больного оказывается возможным вырвать из дилеммы «зависимость или протест».

Для того, чтобы развивать такой гуманистический подход, закон должен применяться с уважением – истинным, а не показным, от которого он превращается в тормоз. Именно недостаток подлинного уважения к демократическим институтам, сформулированным в законе, составляет проблему недобровольных госпитализаций и проблему невмешательства, то есть отсутствия медицинской помощи, когда это действительно необходимо. Сами по себе цифры о количестве госпитализаций без согласия больного не слишком убедительны, так как трудно сказать, о чём они свидетельствуют: отсутствие раннего выявления и своевременной помощи больным нередко ведет к ургентным ситуациям, когда недобровольная госпитализация становится неизбежной в интересах самого больного и окружающих его лиц.

Одним из лучших средств избежать того, чтобы закон превратился в некую видимость, является разграничение юридического от терапевтического, настоящее разделение власти. Плохо, если врач и юрист постоянно подозревают друг друга или находятся в состоянии конфликта, но и не слишком хорошо, если у них оказывается много общих интересов. Разделение власти распространяется и на разделение функций.

- С этой точки зрения совершенно необходимо различать аспекты процедуры, связанные с требованием о госпитализации, и само решение о стационарировании больного без его согласия, которые не должны исходить от одного и того же административного института.

- В некоторых критических ситуациях (как, например, в отделениях скорой помощи) вмешательство сотрудников одного и того же учреждения может оказаться весьма полезным, однако и в этих случаях следует соблюдать осторожность. Именно поэтому допускается, что при отсутствии родственников только социальный работник, который не относится к медицинскому персоналу, может подписывать заявление о госпитализации больного без его согласия при оформлении НДТ (что разделяется далеко не всеми судьями). Конечно, ему трудно оценить ситуацию, как это могли бы сделать члены семьи больного или участковый социальный работник, однако это лучше, чем ничего.

Доступ душевнобольных к истории болезни является ещё одной непростой сферой применения закона в психиатрии. На практике врачи действуют по принципу здравого смысла, что не должно приводить к полному игнорированию прав больного человека. Очевидно, что из истории болезни, предоставляемой душевнобольному, должны быть удалены записи врача, представля-

ющие его личные наблюдения, необходимые для работы. Могут быть изъяты и заметки, отражающие различные диагностические гипотезы, либо сам диагноз, когда речь идёт о состояниях, где простое знание собственной диагностики может стать фактором, усугубляющим хроническое заболевание.

Таковы некоторые позиции, по которым нам представляется интересным дальнейшее обсуж-

дение с привлечением российских специалистов. Безусловно, отдельные положения, высказанные здесь, могут быть оспорены, но в определенном смысле этот текст и предложен для начала широких дебатов по данной проблеме. Многого ещё предстоит сделать в этой области совместными усилиями юристов, медицинских работников, широкой общественности, заинтересованной в уважении к правам каждого человека.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Benezech M., Rager P., Tignol J. Reflexions medico-legales theorique et pratique sur la loi du 27 juin 1990 relative a l'hospitalisation des maladies mentales // Ann. Medico-psychologique. – 1991. – Vol. 149. – P. 348–352.
2. Bucher-Thizon M. Consentement oblige... ou consentement oblige // Pratiques en sante mentale. – 2002. – N 2. – P. 11–15.
3. Fagot-Largeault A. Le consentement eclaire. Historique du concept de consentement // Medecine et droit. – Paris: Editions Techniques, 1994. – N 6. – P. 55–66.
4. Gekiere C. Obligation de soin en psychiatrie: evolution des legislations et des pratiques // Perspectives Psy. – 1999. – Vol. 38. – P. 87–95.
5. Jonas J. Le consentement des malades mentaux a leurs soins // Nervure. – 1990. – Vol. 111. – P. 55–56.
6. La loi n°2002-303 du 4 mars relative aux droits des malades.
7. Mannoni d'Intimation B. Conflits d'ethiques en medecine // Commentaire. – 1994. – N 65. – P. 93–103.
8. Petit B. Reflexions sur l'ethique dans le soin psychiatrique // L'Information Psychiatrique. – 2003. – Vol. 79, N 7. – P. 583–589.
9. Reflexions sur le droit de la sante. Rapport public 1998, Conseil d'Etat, 2tudes et documents N°49. – Paris: La Documentation Francaise, 1998.
10. Strohl H. La psychiatrie, la societe et ses reformes // Synapse. – 1998. – Vol. 45. – P. 19–22.