

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК [616.89:340.63]:316.614

О. П. Олійник

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА ПРАВОВІ ЗАСАДИ УСПІШНОЇ РЕСОЦІАЛІЗАЦІЇ
СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНИХ ПАЦІЄНТІВУкраїнський науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії
та наркології МОЗ України, м. Київ
sudprof@ukr.net

Актуальність. На підставі аналізу досвіду роботи в судово-психіатричних відділеннях України та ознайомившись з роботою подібних клінік Німеччини, Литви, Нідерландів, Ізраїлю можна зробити висновок, що концептуальні підходи до напрямків роботи з судово-психіатричними пацієнтами збігаються. Проте вони суттєво різняться в плані практичної реалізації, переважно через недосконалість правової та методичної бази, суттєву різницю у фінансуванні, невідповідність кадрового забезпечення.

Матеріали та методи. У статті проаналізований досвід роботи судово-психіатричних клінік України, Ізраїлю та деяких європейських держав з метою висвітлення найпрогресивніших підходів до організаційних та правових засад судово-психіатричної діяльності.

Результати. Розширення прав і свобод судово-психіатричних пацієнтів має сприяти досягненню основної мети примусових заходів медичного характеру – запобіганню скоєнню ними повторних суспільно небезпечних дій (СНД), але жодним чином не провокувати у пацієнтів відчуття всюдозволеності та безкарності, а у медичного персоналу – відчуття безпорадності.

Закономірності фінансування європейської судової психіатрії виявляють прямо пропорційний зв'язок між рівнем фінансування та рецидивуванням СНД. Це наочно свідчить про те, що впровадити найпрогресивніші організаційні та правові засади ресоціалізації судово-психіатричних пацієнтів неможливо без адекватного фінансування, яке, в свою чергу, є запорукою розробки та успішної реалізації сучасних лікувально-реабілітаційних програм та забезпечення підготовки необхідного кадрового потенціалу, який професійно спроможний виконати це завдання.

Неповнолітні правопорушники та особи із залежністю від ПАР мають бути окремим контингентом судової психіатрії. Це пацієнти, найчутливіші до психореабілітаційних програм.

Висновки. Результати проведеного аналізу свідчать, що судова психіатрія України потребує нагального реформування для приведення у відповідність до міжнародних стандартів надання психіатричної допомоги. Розробка сучасних організаційних та правових засад судової психіатрії має стати стартовим етапом у реформуванні цього напрямку.

Ключові слова:
судова психіатрія,
організаційні та правові
засади реформування,
права пацієнтів,
ресоціалізація.

Актуальність. Сучасний досвід свідчить, що успішна ресоціалізація судово-психіатричних хворих є запорукою зменшення вірогідності скоєння ними рецидивних суспільно-небезпечних дій (СНД). На сьогодні переконання, що основною метою застосування примусових заходів медичного характеру (ПЗМХ) є ізоляція та лікування хворих, є архаїчними уявленнями про способи усунення суспільної небезпечності психічно хворих.

На підставі досвіду роботи в судово-психіатричних відділеннях України та ознайомившись з роботою по-

дібних клінік Німеччини, Литви, Нідерландів, Ізраїлю можна стверджувати, що концептуальні підходи до напрямків роботи з судово-психіатричними пацієнтами збігаються. Але вони суттєво різняться в плані практичної реалізації, переважно через недосконалість правової та методичної бази, значну різницю у фінансуванні, невідповідність кадрового забезпечення.

Організаційні та правові засади є основою судово-психіатричної діяльності, тому будь-яке реформування має починатися з розробки організаційних та правових

аспектів, які відповідатимуть сучасним законам та міжнародним стандартам.

Матеріали та методи дослідження

У статті проаналізований досвід роботи судово-психіатричних клінік України, Ізраїлю та деяких європейських держав з метою висвітлення найпрогресивніших підходів до організаційних та правових засад судово-психіатричної діяльності.

Результати та їх обговорення

В усіх клініках існує градація режимів спостереження з диференційованим обмеженням прав і свобод пацієнтів залежно від їх психічного стану. Режим нагляду призначає суд з огляду на ступінь суспільної небезпечності хворого. Він може бути суворим, посиленням, звичайним та амбулаторним. Скрізь, окрім України, судово-психіатричні клініки є окремими медичними закладами з усіма видами стаціонарних відділень, а подекуди й з амбулаторними структурними підрозділами.

Найбільша схожість в законодавчій базі та практичних підходах до роботи з судово-психіатричними пацієнтами існує між Україною та Литвою.

У Литві на 2,8 млн населення функціонує одна судово-психіатрична лікарня з усіма режимами стаціонарного спостереження в м. Рокішкісі. Клініка була перепрофільована з «законсервованої» соматичної лікарні типової радянської споруди на кошти, виділені Євросоюзом в рамках проекту «Реорганізація судово-психіатричної допомоги в Литві» впродовж 2005–2006 рр. Початково лікарня була розрахована на 270 ліжок [1], однак протягом наступних 2007–2014 років роботи кількість пацієнтів збільшилась майже до 400 осіб, що спричинило необхідність розбудови закладу. При цьому кількість правопорушень у Литві не зростала. Литовська республіка зіткнулася з проблемою виписки пацієнтів за місцем їх постійного проживання після проходження курсу лікування в м. Рокішкісі. Подекуди дана проблема обумовлена відсутністю житла, подекуди – небажанням родичів та спільноти приймати таких пацієнтів, подекуди – неможливістю забезпечити необхідну реабілітаційну програму в амбулаторних умовах за місцем проживання хворого. З огляду на це виникла потреба побудови амбулаторного центру для судово-психіатричних пацієнтів з соціальними гуртожитками та з можливістю отримання кваліфікованої медичної допомоги. Вирішення цього питання перебуває на дискусійному етапі, тривають узгодження організаційних, фінансових та суспільних аспектів можливості реалізації даного проекту.

Рокішкіська психіатрична лікарня реорганізовувалась і продовжує розбудовуватись поступово. З моменту планування проекту у 2002 році і до сьогодні в лікарні успішно реалізовано декілька програм з удосконалення допомоги судово-психіатричним пацієнтам. Більшість з цих програм спрямовані на психореабілітацію та ресоціалізацію хворих. Будь-який проект – чи то побудова нового лікувального корпусу, реабілітаційного центру або центру професійної підготовки, чи то розробка і впровадження програм психологічної та трудової реабілітації, чи то забезпечення технічного моніторингу безпеки в закладі, спочатку проходить етапи ретельного

планування, пошуку джерел фінансування, а потім – реалізації в чітко обумовлені строки і в межах виділеного кошторису. Більшість проектів в Рокішкісі були профінансовані Європейськими структурними фондами [1].

У Німеччині судово-психіатричні клініки є майже в кожній федеральній землі (всього земель 16) за потребою територіальних громад. Фінансуються вони з федерального бюджету (бюджету федеративного округу). Кожна федеральна земля має свій закон про застосування вправних заходів щодо злочинців, єдиного закону немає. Звідси й відмінності Закону про порядок лікування неосудних та обмежено осудних осіб у кожній федеративній одиниці [2, 3]. Судово-психіатричні лікарні в Німеччині різняться від сучасно оснащених і чудово збережених старовинних будівель 18 століття до найновітніших клінік у Рідштадті, що швидше нагадують п'ятизірковий комплекс, обгороджений високим прозорим периметром. З 1970 років психіатрична допомога дітям надається окремо від дорослих. Неповнолітні правопорушники лікуються або в окремому корпусі психіатричної лікарні, або в окремому відділенні багатопрофільної дитячої лікарні.

Європейські судово-психіатричні клініки охоплюють всі види спостереження в одному закладі. Кожен режим спостереження має свої суттєві обмеження щодо «свободи пересування» хворих. Абсолютним протипоказанням до виходу за межі лікувального закладу є суворий та посилений нагляд.

У Литві хворим з відділень із суворим та посиленим наглядом не дозволено відвідувати реабілітаційний центр та заклад професійної підготовки за межами периметру лікарні. Психореабілітацію вони проходять у відповідно оснащених кабінетах в самому відділенні або в приміщеннях інших корпусів, не виходячи за межі лікарні. Найлояльнішим є режим звичайного спостереження, на якому хворі можуть самостійно виходити у визначених справах за межі закладу. Мета виходу має бути обґрунтованою (відвідання реабілітаційних центрів, церкви, установ соціальної допомоги, лікарів у соматичній лікарні тощо). Проста «прогулянка» не є підставою для виходу з лікарні. Місця для прогулянок на свіжому повітрі є у внутрішніх двориках кожного відділення, куди пацієнти можуть вийти прямо із відділення у будь-який не заборонений для цього час. Також для прогулянок існує й більша територія з місцями відпочинку, куди пацієнти виходять на тривалі прогулянки за розкладом. Вихід за межі лікарні можливий за умови дотримання правил внутрішнього розпорядку, виконання всього обсягу індивідуальної лікувально-реабілітаційної програми та у час, що їй не заважає. Будь-яке порушення цих умов може призвести до обмеження прав і свобод уже всередині конкретного режиму спостереження, про що пацієнти письмово проінформовані.

У судово-психіатричних клініках Німеччини більш диференційовані режими нагляду, виділяють п'ять їх рівнів: рівень 0 – суворий нагляд, обмежує пересування хворого в межах палати; рівень 1 – посилений, обмежує пересування хворого в межах відділення; рівень 2 – звичайний, дозволяє вільно переміщатись у межах лікарні, двору, вихід за межі лікарні можливий у супроводі персоналу; рівень 3 – лікарні з вільним виходом; рівень 4 – «нічний стаціонар»

для тих, хто не має житла. Спеціалізовані амбулаторні центри існують окремо. У федеральній землі Гессен на 6 млн населення з 2011 року функціонує та розбудовується надсучасна судово-психіатрична клініка у м. Рідштадті, яка приймає на примусове лікування найнебезпечніших психічно хворих, що були визнані неосудними та обмежено осудними. Окрему увагу приділяють неосудним та обмежено осудним нарко-, алкозалежним. Ступінь нагляду у даній лікарні відповідає 0, 1, 2 рівням. Потреба в судово-психіатричних одиницях землі Гессен складає 550 ліжок для стаціонарного примусового лікування, 500 місць для спеціалізованої амбулаторної допомоги, 230 ліжок для стаціонарного примусового лікування нарко- та алкозалежних і 10 стаціонарних ліжок для підлітків. Лікарня в Рідштадті перекриває потреби в 392 стаціонарних місцях для психічно хворих. Вона розрахована на одно- та дво-місне проживання хворих з особистою площею на одного пацієнта 7,7 кв. м. У палатах передбачені душ та туалет. Ліжко, стіл, шафа для кожного пацієнта окремі. Вартість реалізації цього проекту становить 30 млн євро.

У центрі судової психіатрії в м. Липпштадт, що розташований у Вестфалії, існують всі рівні режимів стаціонарного нагляду, від 0 до 4. Пацієнти, що перебувають на 3 та 4 ступенях нагляду, можуть без супроводу покидати межі психіатричного закладу, працювати, самостійно купувати продукти тощо. Рішення про зміну режиму спостереження в межах лікарні, як у бік посилення, так і в бік послаблення, приймає внутрішньолікарняна комісія.

В Україні самостійний вихід за межі медичного закладу пацієнта, що перебуває на будь-якому виді стаціонарного режиму спостереження, не передбачений.

У Литві, як і в Україні, вид ПЗМХ призначається, змінюється та відміняється тільки за рішенням суду. Строки перебування на примусовому лікуванні обумовлені психічним станом і рівнем суспільної небезпечності пацієнта. Судом вони не встановлюються. Не рідше ніж щопівроку комісія лікарів-психіатрів визначає рівень суспільної небезпечності психічно хворого та подає обґрунтоване клопотання до суду з рекомендаціями щодо перебування хворого на тому чи іншому режимі спостереження. Остаточне рішення за судом. Присутність пацієнта в суді є обов'язковою. Зміна режимів відбувається поетапно, від суворого до амбулаторного. Амбулаторний нагляд призначається обов'язково, за винятком лежачих інвалідів I групи. Якщо хворий «не утримується» на режимі спостереження, його, за рішенням суду, повертають на більш суворий режим нагляду. В Україні застосування більш суворого режиму можливе за рішенням суду тільки у разі скоєння хворим нового СНД.

У Литві лікуючий лікар не входить до складу комісії з перегляду термінів перебування на режимі. Це зроблено з метою запобігання скаргам хворих на упереджене ставлення до них лікуючого лікаря та для об'єктивізації процесу прийняття рішення. До складу комісії входять три лікарі. Зазвичай це завідуючий відділенням, лікар відділення (окрім лікуючого) та представник адміністрації (начмед). Хворий має право оскаржити їхнє рішення. Скарги хворих далеко не завжди маячні.

Як зазначено вище, у німецьких клініках рішення про зміну режиму спостереження в межах лікарні лікарі приймають самостійно, залежно від психічного стану па-

цієнта та дотримання ним визначених правил. Будь-яке порушення попередньо визначених правил внутрішнього розпорядку симетрично відображається на обмеженні прав пацієнтів, як і навпаки. Термін перебування на примусовому лікуванні необмежений. Не рідше одного разу на рік терміни розглядає судова колегія із трьох суддів на підставі звіту, який складається лікарською комісією. Один раз на 5 років хворого обов'язково оглядає незалежний експерт-психіатр. Виписка з психіатричної лікарні Рідштадта відбувається поетапно. Прохання про пом'якшення режиму подає сам пацієнт. Комісія, до якої входить лікар-психіатр (керівник відділення), середній медичний персонал (медична сестра, яка курирує хворого) та психолог, попередньо розглядають прохання хворого, після чого подають його на розгляд головному лікарю. Остаточне рішення приймає консиліум лікарні, затверджує його рішення директор. Далі застосовується так звана «пробна» виписка на 6 місяців з проживанням у спеціальному гуртожитку або інтернаті. При цьому формально особа є пацієнтом клініки, але живе на пробній виписці. При гарних показниках соціальної інтеграції відбувається остаточна виписка через суд. В подальшому до особи застосовується достатньо суворий режим спостереження не менше 5 років з обов'язковим наданням амбулаторної психіатричної допомоги.

У центрі судової психіатрії в Липпштадті наявні всі режими стаціонарного нагляду – від суворого до нічного стаціонару. Зміна режимів відбувається поетапно. Обов'язковим критерієм припинення стаціонарного лікування є утримання на режимі вільного виходу у «відкритій лікарні». Нічний стаціонар розрахований для пацієнтів, які не мають власного житла. Після стаціонарного примусового лікування до всіх пацієнтів обов'язково застосовується примусова амбулаторна допомога за місцем проживання.

В усіх психіатричних лікарнях, як і в Україні, застосовується фіксація та ізоляція пацієнта в наглядову палату. Підстави та правила застосування фізичного обмеження в Україні визначені наказом МОЗ від 24.03.2016 р. № 240 «Про затвердження Правил застосування фізичного обмеження та (або) ізоляції при наданні психіатричної допомоги особам, які страждають на психічні розлади, та форм первинної облікової документації». У Литві листок фіксації заповнює медсестра, вона ж описує стан хворого кожні 15–20 хвилин. Лікар оглядає хворого не рідше одного разу за 2 години. Тривалість фіксації визначається за потребою, з огляду на психічний стан пацієнта. У наглядову палату хворі ізолюються за показаннями (через декомпенсацію психічного стану, потребу в наданні за соматичним станом або через порушення правил внутрішнього розпорядку). Обов'язково ведеться листок активного нагляду, в якому зазначаються підстави до застосування цього виду обмеження, його початок та закінчення, з вказівкою кодів обмеження, наприклад, обмеження спілкування з іншими хворими, заборона на побачення, заборона на відвідування спортзалу, на перегляд телебачення, прослуховування музики тощо. Стан пацієнта описується в листку активного нагляду кожен день. Наглядові палати обов'язково є у відділеннях із суворим надглядом, подекуди – з посиленням, і відсутні у відділеннях із звичайним надглядом. Більшу частину

часу наглядові палати європейських клінік перебувають порожніми. Розташовані вони біля сестринського посту, щоб забезпечити можливість спостереження за хворим без заходу в палату. В німецьких клініках можуть бути окремі палати релаксації з м'якими стінами, зручним ліжком-матрацом або ліжком-пуфом, з можливістю прослуховування спокійної музики, з приглушеною підсвіткою релаксуючих кольорів, наприклад, у вигляді зоряного неба. До такої палати хворий може бути поміщений за ініціативою медичного персоналу через напружений психічний стан або на власне прохання пацієнта, для розслаблення та усамітнення протягом декількох годин.

В європейських судово-психіатричних клініках пацієнти вільно користуються всіма столовими приборами, в тому числі ножами та вилками, електричними приладами, плитами для приготування або розігріву їжі, приладдям для шиття (ножицями, голками), особистими речами, пристроями для прослуховування музики, перегляду телебачення, комп'ютерною технікою та мобільними телефонами (вихід в Інтернет, як і час користування мобільним телефоном, зазвичай обмежені). Користування мобільним телефоном та Інтернетом інколи спричиняє непередбачувані ексцеси, які розв'язуються індивідуально. Такі випадки неминучі, але вони не є підставами для обмеження прав усіх хворих користуватися засобами комунікації. Пацієнти також мають невід'ємне право на вільне віросповідання, навчання та отримання доходів від своєї праці. У трудових майстернях клініки Ліпшадта хворі виробляють автомобільні ліхтарі для однієї з провідних автомобільних компаній Німеччини, за що отримують зарплату на власну банківську картку. Заробленими коштами пацієнти можуть розпоряджатися вільно.

Лікувальна та психореабілітаційна програма розпочинається одразу, з перших днів поступлення хворого до лікарні, незалежно від призначеного режиму спостереження. У Німеччині хворий має право відмовитись від психофармакотерапії. Натомість до нього можуть бути застосовані певні обмеження прав і свобод, аж до застосування позитивного перебування в судово-психіатричному закладі. Деякі хворі цілком свідомо приймають ці умови.

У провідних європейських клініках для біологічної терапії використовують не тільки атипичні нейролептики. Найчастіше там застосовують галоперидол, зуклопентиксол, депоновані препарати, рідше – рисперидон, оланзапін тощо. На вибір препаратів впливає добова сума коштів, що виділяються бюджетом на утримання одного судово-психіатричного пацієнта.

Вартість «ліжко-дня» судово-психіатричного пацієнта у Литві складає орієнтовно 40 євро, у Німеччині близько 400 євро, у Нідерландах – понад 700 євро, в Україні ця сума різна в кожному регіоні і в середньому становить 5 євро.

Рецидивність правопорушень людьми з психічними розладами в Нідерландах становить менше 3 %. Це найменший показник в Європі. В Німеччині особи, що пройшли примусове лікування, за свідченнями самих судових психіатрів, дуже рідко скоюють повторні СНД. В Україні цей показник при деяких психіатричних нозологіях може сягати до 60 %.

У лікарні в Рокішкісі на 95 пацієнтів одного з відділень із звичайним наглядом припадає 4 лікарі-психіатри

та завідувач відділення. Окрім того, в кожному відділенні є психологи, соціальні працівники. Навантаження на одну медичну сестру не перевищує 15 хворих.

На 56 пацієнтів одного з відділень лікарні в Рідштадті припадає 3,5 ставки лікарів-психіатрів, 3 ставки психологів, 0,75 – соціальних працівників, 0,5 – юриста, 3 – терапевта, 1,5 – секретаря, 60 ставок середнього медичного персоналу, 14 – працівників служби охорони та безпеки, 7 ставок прибиральників [2].

Судово-психіатричні клініки Ізраїлю – достатньо закриті установи. Організаційні та правові аспекти надання там судово-психіатричної допомоги набагато прогресивніші, ніж в Україні. У Нідерландах роль лікаря-психіатра максимально мінімізована до рівня консультанта. Майже вся увага приділяється психореабілітації.

В усіх європейських судово-психіатричних клініках привертає увагу неймовірний затишок і чистота. Система безпеки влаштована таким чином, щоб вести відеоспостереження з мінімальною безпосередньою присутністю охоронців серед хворих. Двері відчиняються за системою шлюзів. Металеві решітки припустимі тільки на вікнах, що ведуть на вулицю. Скло використовується винятково броньоване. Працівники мають індивідуальні пристрої (телефон, рації) для екстреного зв'язку з охороною у разі потреби.

Неповнолітнім правопорушникам, неосудним та обмежено осудним особам із залежними станами в європейських країнах приділяється особлива увага. Для них окремо виділяються стаціонарні місця в судово-психіатричних клініках, розробляються спеціальні програми лікування та реабілітації, з обов'язковим амбулаторним наглядом у спеціалізованих центрах за місцем проживання. Особи із залежними станами складають близько 10 % від усього контингенту судово-психіатричних клінік Німеччини. Переважно вони скоюють крадіжки. Після курсу реабілітації рецидивність СНД низька. В Україні ця категорія психічно хворих ніяк не виділяється. Статистика скоєння ними повторних правопорушень навіть не ведеться.

Висновки

Вищенаведений аналіз свідчить, що судова психіатрія в Україні потребує нагального реформування з метою приведення її у відповідність міжнародним стандартам надання психіатричної допомоги. Стандарти забезпечення прав і свобод судово-психіатричних пацієнтів подекуди не відповідають пріоритетам прав і гідності людини, зазначених у Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод 1950 року, Конвенції про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини та деяким положенням інших нормативно-правових актів.

Розширення прав і свобод судово-психіатричних пацієнтів має сприяти досягненню основної мети примусових заходів медичного характеру – запобігання скоєння ними повторних СНД, але жодним чином не провокувати у пацієнтів відчуття вседозволеності та безкарності, а у медичного персоналу – відчуття безпорадності.

Розробка сучасних організаційних та правових засад судової психіатрії має стати стартовим етапом у реформуванні цього напрямку.

Закономірності фінансування європейської судової психіатрії прямо пропорційно пов'язані з рівнем фінансування та рецидивністю повторних СНД осіб з психічними розладами. Це наочно свідчить, що впровадити найпрогресивніші організаційні та правові засади ресоціалізації судово-психіатричних пацієнтів неможливо без адекватного фінансування, яке, в свою чергу, є запорукою розробки та успішної реалізації сучасних лікувально-реабілітаційних програм та забезпечення необхідного кадрового потенціалу, який професійно спроможний виконати це завдання.

Європейський досвід доводить, що неповнолітні правопорушники та особи із залежністю від ПАР мають бути окремим контингентом судової психіатрії, як пацієнти, що мають найбільшу терапевтичну чутливість до психо-реабілітаційних програм. Програми терапії в судово-пси-

хіатричних клініках обов'язково проходять як неосудні, так і обмежено осудні особи з психічними розладами.

Список використаної літератури

1. A social integration of the forensic psychiatric patients / A methodological publication, 2008. – 48 p.
2. Walter M. Schmidbauer Forensische Psychiatrie und Mabregelvollzug in Hessen // Ein Unternehmen des LWV Hessen Reidstadt, 2013. – 28 p.
3. Закон о применении исправительных мер / Zakon o primenenii ispravitelnyih mer Landschaftsverband Westfalen. – Lippe, LWL. – Mabregelvollzugsabteilung Westfalen, 27.10.2009. – 28 p.

References

1. A social integration of the forensic psychiatric patients. (2008). A methodological publication, 48 p.
2. Walter, M. (2013). Schmidbauer Forensische Psychiatrie und Mabregelvollzug in Hessen. Ein Unternehmen des LWV Hessen Reidstadt, 28 p.
3. The law on the application of corrective measures. (27.10.2009). Landschaftsverband Westfalen. Lippe, LWL: Mabregelvollzugsabteilung Westfalen, 28 p.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ УСПЕШНОЙ РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ О. П. Олейник

Актуальность. На основании опыта работы в судебно-психиатрических отделениях Украины и ознакомившись с работой подобных клиник Германии, Литвы, Нидерландов, Израиля можно сделать вывод, что концептуальные подходы относительно направлений работы с судебно-психиатрическими пациентами совпадают. Однако они существенно отличаются в плане практической реализации, в основном из-за несовершенства правовой и методической базы, существенной разницы в финансировании, несоответствия кадрового обеспечения.

Материалы и методы. В статье проанализирован опыт работы судебно-психиатрических клиник Украины, Израиля и некоторых европейских стран с целью освещения наиболее прогрессивных подходов к организационным и правовым основам судебно-психиатрической деятельности.

Результаты. Расширение прав и свобод судебно-психиатрических пациентов должно способствовать достижению основной цели принудительных мер медицинского характера – предотвращению совершения ими повторных общественно опасных действий (ООД), не провоцируя при этом у пациентов ощущения вседозволенности и безнаказанности, а у медицинского персонала – чувства беспомощности.

Закономерности финансирования европейской судебной психиатрии выявляют прямо пропорциональную связь между уровнем финансирования и рецидивированием ООД. Это наглядно свидетельствует, что внедрить самые прогрессивные организационные и правовые основы ресоциализации судебно-психиатрических пациентов невозможно без адекватного финансирования, которое, в свою очередь, является залогом разработки и успешной реализации современных лечебно-реабилитационных программ и обеспечения подготовки необходимого кадрового потенциала, способного выполнить это задание.

Несовершенные правонарушители и лица с зависимостью от психоактивных веществ должны быть отдельным контингентом судебной психиатрии. Эти пациенты являются наиболее чувствительными к психореабилитационным мероприятиям.

Выводы. Результаты проведенного анализа свидетельствуют, что судебная психиатрия Украины нуждается в безотлагательном реформировании для приведения в соответствие международным стандартам оказания психиатрической помощи. Разработка современных организационных и правовых основ судебной психиатрии должна стать стартовым этапом реформирования в этом направлении.

Ключевые слова: судебная психиатрия, организационные и правовые основы реформирования, права пациентов, ресоциализация.

ORGANIZATIONAL AND LEGAL FOUNDATIONS OF SUCCESSFUL REINTEGRATION OF FORENSIC PSYCHIATRIC PATIENTS O. P. Oliynyk

Background. Having experience in forensic psychiatric departments of Ukraine and got acquainted with the work of such clinics in Germany, Lithuania, the Netherlands, Israel can be noted that the conceptual approaches regarding the areas of working with forensic patients are the same. However, they differ significantly in terms of practical implementation is mainly due to the imperfections of the legal and methodological framework of disparity of funding, inconsistency of staffing.

Objective, materials and methods. In article was analyzed the experience of forensic psychiatric clinics in Ukraine, Israel and some European countries with the aim of providing the most advanced approaches to organizational and legal bases of forensic activity.

Results. Extension of the rights and freedoms of forensic psychiatric patients ought to promote achieving the main goals of coercive measures of a medical nature – to prevent from committing repeated socially dangerous acts (SDA). But this should not provoke the patients to feel of permissiveness and impunity, and should not made the medical staff feel helpless.

Pattern of funding in European forensic psychiatry shows a directly proportional relationship between the level of funding and recurrent SDA. This clearly shows that introducing the most advanced organizational and legal bases of rehabilitation of forensic psychiatric patients is impossible without adequate funding. In turn it is key to the development and successful implementation of modern treatment and rehabilitation programs and secure the necessary human resources, which are able to perform this task.

Juvenile offenders and persons with substance dependence should be separate contingent of forensic psychiatry. Those patients are the most sensitive to psychorehabilitation measures.

Conclusions. The above analysis are showed that forensic psychiatry in Ukraine needs urgent reform to meet international standards of psychiatric care. Development of modern organizational and legal basis of forensic psychiatry should be the starting point of reform in this direction.

Keywords: forensic psychiatry, institutional and legal framework reform, patients rights, resocialization.

Стаття надійшла до редакції 15.01.2017 р.

ОЛІЙНИК Оксана Петрівна, к.мед.н., с.н.с., провідний науковий співробітник відділу комплексної судово-психіатричної експертизи Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології Міністерства охорони здоров'я України, м. Київ, Україна; e-mail: sudprof@ukr.net

ОЛЕЙНИК Оксана Петровна, к.мед.н., с.н.с., ведущий научный сотрудник отдела комплексной судебно-психиатрической экспертизы Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии и наркологии Министерства здравоохранения Украины, г. Киев, Украина; e-mail: sudprof@ukr.net

OLIINYK Oksana Petrivna, MD, PhD, Senior Researcher, Leading researcher of the Department of complex forensic-psychiatric examination Ukrainian research Institute of social and forensic psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: sudprof@ukr.net