

**ФГБУ “Федеральный медицинский
исследовательский центр психиатрии
и наркологии имени В.П. Сербского”
Министерства здравоохранения
Российской Федерации**

О.А. Макушкина, В.Г. Булыгина

**ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ
И РЕАБИЛИТАЦИЯ
В ПРОЦЕССЕ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО
ЛЕЧЕНИЯ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ
ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Учебное пособие



Москва - 2016

УДК 616.89

ББК 56.14

М15

Учебное пособие подготовлено в ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России доктором медицинских наук **О.А. Макушкиной**, кандидатом психологических наук **В.Г. Булыгиной**.

Учебное пособие утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России 17 декабря 2015 г., протокол №11.

Рецензенты:

- ведущий научный сотрудник Учебно-методического отдела ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, доктор медицинских наук **Е.А. Панченко**;
- заведующий кафедрой психиатрии и судебно-психиатрической экспертизы ГБОУ ДПО “Казанская государственная медицинская академия” Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор **Ф.Ф. Гатин**;
- профессор кафедры клинической психологии и психотерапии факультета консультативной и клинической психологии ГБОУ ВПО “Московский психолого-педагогический университет” кандидат психологических наук **Р.А. Туревская**.

М15 Макушкина О.А., Булыгина В.Г. **Психосоциальная терапия и реабилитация в процессе принудительного лечения лиц, страдающих психическими расстройствами**: Учебное пособие. – М.: ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2016. – 244 с.

В учебном пособии представлены характеристика принудительных мер медицинского характера, методологические и правовые основы их исполнения. Значительное место уделено организации эффективной психосоциальной работы, вопросам функциональной диагностики и мультидисциплинарного взаимодействия специалистов при оказании помощи психически больным, совершившим опасные действия. Разделы пособия соответствуют логике изложения материала и тематическому плану Учебной программы цикла повышения квалификации по теме “Профилактика опасных действий психически больных в психиатрической службе и исполнение принудительных мер медицинского характера”.

Для непрерывного профессионального образования психиатров, судебно-психиатрических экспертов, иных специалистов.

ISBN 978-5-86002-184-6

ББК 56.14

© О.А. Макушкина, В.Г. Булыгина, 2016.

© ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского”
Минздрава России, 2016.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ (Макушкина О.А.)	5
--	---

Глава 1

Принудительные меры медицинского характера, предусмотренные УК РФ и их характеристика. Методологические, правовые и организационные основы их применения (Макушкина О.А.)	9
1.1. Зарубежный опыт применения принудительных мер медицинского характера в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами	9
1.2. История применения и законодательной регламентации принудительных мер медицинского характера в России	18
1.3. Действующая система исполнения принудительных мер медицинского характера в Российской Федерации	29
1.4. Исполнение принудительных мер медицинского характера в амбулаторных условиях	44
1.5. Исполнение принудительных мер медицинского характера в психиатрическом стационаре	63

Глава 2

Принципы формирования структуры диагноза у лиц, находящихся на принудительном лечении (Макушкина О.А.)	81
--	----

Глава 3

Порядок взаимодействия специалистов в процессе исполнения принудительных мер медицинского характера (Макушкина О.А.)	94
--	----

Глава 4

Психолого-психотерапевтическая и социальная работа в системе профилактики опасных действий психически больных (Бульгина В.Г.)	126
4.1. Методы психологической коррекции при исполнении принудительных мер медицинского характера	126
4.2. Психообразовательная работа при проведении принудительного лечения	144
4.3. Тактика психосоциальной реабилитации пациентов с болезнями зависимости в процессе исполнения принудительных мер медицинского характера (Макушкина О.А.) ..	162
4.4. Социальная работа в системе судебно-психиатрической профилактики	169
4.5. Работа с семьями и родственниками пациентов, персоналом психиатрических учреждений при проведении принудительного лечения	179
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	236
Справочно-библиографический аппарат	238

ВВЕДЕНИЕ

Предупреждение опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами, – одна из важных задач психиатрической службы и работающих в ней специалистов.

Вопросы совершенствования последиplomного образования психиатров, психотерапевтов, судебных психиатров-экспертов в аспекте судебно-психиатрической профилактики являются актуальными в связи с высоким социальным значением проблемы опасного поведения психически больных, решение которой требует специальных познаний.

Сложившийся к настоящему времени порядок предупреждения общественно опасных действий (ООД) психически больных включает комплекс мер, которые условно можно разделить на меры первичной и вторичной профилактики. Первичная профилактика заключается в своевременном выявлении из числа лиц, страдающих психическими расстройствами, больных, имеющих риск опасного поведения, и реализации медицинских мероприятий по его предупреждению. В этой работе в той или иной степени задействованы все подразделения психиатрической службы страны. Вторичная профилактика направлена на предупреждение повторного совершения психически больными опасных действий и осуществляется путем исполнения принудительных мер медицинского характера (ПММХ), а также выполнения стационарными и внебольничными подразделениями психиатрической службы комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий по превенции рецидива опасного поведения после проведенного принудительного лечения.

Таким образом, предупреждение опасных действий психически больных становится все более значимым сегментом работы как стационарных психиатрических учреждений, которые традиционно занимаются этой проблемой, так и внебольничных подразделений психиатрической службы (психоневрологических диспансеров, диспансерных отделений психиатрических больниц, кабинетов психиатров центральных районных больниц).

Смещение в направлении амбулаторной помощи, во-первых, соответствует общим тенденциям развития психиатрии, а во-вторых, является перспективным, поскольку связано с ранним выявлением психически больных, в том числе и представляющих общественную опасность, а также необходимостью длительного (иногда на протяжении всей жизни) наблюдения и курации пациентов. Последнее возможно только при наличии достаточно развитой и организованной психиатрической службы, подготовленных кадров, способных обеспечить не только диагностику психических расстройств, но и необходимое наблюдение за состоянием пациентов, образом их жизни, оказание эффективной лечебно-реабилитационной помощи.

В деятельности федеральных психиатрических больниц специализированного типа с интенсивным наблюдением и региональных психиатрических учреждений, в чью компетенцию входит как первичная, так и вторичная профилактика опасного поведения психически больных, все большее место принадлежит социальной поддержке, психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации. Это обусловлено спецификой контингента лиц, направляемых на принудительное лечение, большая часть которых не трудоспособны и социально дезадаптированы.

Вышесказанное определяет широкий круг специалистов, ответственных за работу по профилактике опасных действий психически больных, – психиатров, судебных психиатров экспертов, психотерапевтов и работников немедицинских специальностей.

Указанным специалистам необходимы знания законодательных основ, нормативно-правового регулирования этого рода деятельности, вопросов оценки риска опасного поведения, требований к организации эффективных превентивных мероприятий, лечебной работы и психосоциальной реабилитации как во внебольничных условиях, так и при исполнении принудительных мер медицинского характера в психиатрическом стационаре.

Цель настоящего учебного пособия заключается в углубленном изучении, получении теоретических знаний, обеспечивающих совершенствование профессиональных компетенций медицинских кадров для самостоятельной деятельности в рамках имеющейся квалификации по профилактике опасных действий психически больных, исполнению принудительных мер медицинского характера.

При подготовке пособия использованы нормативные правовые документы и научные публикации сотрудников Отдела судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» (В.П. Котова, М.М. Мальцевой, С.В. Полубинской и др.), перечень которых представлен в разделе «Справочно-библиографический аппарат».

Учебное пособие предназначено для непрерывного профессионального образования психиатров, судебно-психиатрических экспертов, иных специалистов, работа которых связана с оценкой риска и предупреждением опасных действий психически больных лиц, исполнением принудительных мер медицинского характера. В нем содержится новая информация, не представленная ранее в учебно-методической литературе по специальности «психиатрия».

Концепция пособия основывается на том, чтобы с использованием активного и интерактивного методов преподавания общей и судебной психиатрии, психологической и социальной работы с психически больными с риском опасного поведения обучить слушателей эффективному использованию необходимого спектра профилактических и лечебно-реабилитационных воздействий.

В учебном пособии значительное место уделено характеристике принудительных мер медицинского характера, методологическим, правовым и организационным основам их исполнения, вопросам выбора вида принудительного лечения, организации эффективной психосоциальной работы в психиатрическом стационаре с использованием биопсихосоциального, мультидисциплинарного подходов. Его актуальность определяется социальным значением проблемы профилактики опасных действий психически больных лиц, необходимостью повышения эффективности работы психиатрической службы в данном направлении, требующей развития психосоциальной реабилитации, наличия подготовленных специалистов.

Основными компонентами учебного пособия являются разделы, касающиеся:

- принудительных мер медицинского характера, предусмотренных УК РФ и их характеристики; методологических, правовых и организационных основ их применения;
- принципов формирования структуры диагноза у лиц, находящихся на принудительном лечении;
- порядка взаимодействия специалистов в процессе исполнения принудительных мер медицинского характера;
- психолого-психотерапевтической, социальной работы в системе профилактики опасных действий психически больных.

Пособие соответствует учебной программе цикла повышения квалификации по теме “Профилактика опасных действий психически больных в психиатрической службе и исполнение принудительных мер медицинского характера”; разработано в рамках специальностей 14.01.06 – “психиатрия” и 31.08.24 – “судебно-психиатрическая экспертиза”.

Глава 1

ПРИНУДИТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА, ПРЕДУСМОТРЕННЫЕ УК РФ И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКА. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ, ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ ¹

Принудительные меры медицинского характера – важное средство профилактики повторных общественно опасных действий лиц с психическими расстройствами. Являясь мерами государственного принуждения, они назначаются по определению или приговору суда лицам, страдающим психическими расстройствами, совершившим общественно опасное действие или преступление, и заключаются в оказании психиатрической помощи в амбулаторных условиях или психиатрическом стационаре. Принудительные медицинские меры могут либо заменять, либо сопровождать уголовное наказание.

Такие меры широко представлены в уголовных законах многих стран, однако их названия не всегда совпадают. К примеру, в Голландии они названы “мерами”, в Уголовных кодексах Польши, Испании и Таиланда – “уголовно-правовыми мерами” и “мерами безопасности”, в УК ФРГ – “мерами исправления и безопасности”.

1.1. Зарубежный опыт применения принудительных мер медицинского характера в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами

Законодательное регулирование назначения и исполнения ПММХ в отношении психически больных, совершивших уголовно наказуемые деяния, имеет ряд

¹ В подразделах 1.1 и 1.2 настоящей главы использованы материалы аналитического обзора канд. юрид. наук С.В. Полубинской “Исполнение принудительных мер медицинского характера: юридический, исторический и сравнительно-правовой аспекты”. – М.: ФГБУ “ГНЦССП им. В.П. Сербского”, 2013. – 44 с.

различий в зарубежных странах, во многом обусловленных их правовыми особенностями.

В Великобритании на протяжении длительного времени в связи с жесткостью экспертных критериев принудительное лечение применялось редко. Наиболее распространенной практикой было оказание медицинской помощи психически больным без решения вопроса о вменяемости.

Положения относительно психически больных, совершивших правонарушение, содержатся в нескольких законах Великобритании: в Законе об уголовной процедуре (невменяемость) 1964 г., Законе об уголовной процедуре (невменяемость и неспособность предстать перед судом) 1991 г., Законе об убийствах 1957 г., а также в Законе о психическом здоровье 1983 г. (действующая редакция с поправками 2007 г.).

Обвиняемый может быть признан неспособным предстать перед судом, если будет установлено, что по причине психического расстройства он не может понимать предъявленное ему обвинение и его характер, участвовать в процессе и др. (Закон об уголовной процедуре (невменяемость и неспособность предстать перед судом) 1991 г.). В этом случае суд может принять решение о помещении такого лица в психиатрическую больницу с судебным приказом об ограничении его выписки либо без него.

После вступления в действие в 1991 г. Закона об уголовной процедуре, судам предоставлено право при вынесении вердикта “невиновен по причине невменяемости” принимать в отношении невменяемых лиц такие же решения, какие возможны для обвиняемого, признанного неспособным предстать перед судом. При этом у суда появилась возможность выбора меры медицинского характера. Так, если больной представляет серьезную угрозу для окружающих, он помещается в больницу с максимальным уровнем безопасности (maximum secure hospital). Средняя продолжительность принудительного лечения (ПЛ) в этих учреждениях как правило превышает

8 лет. Практика отмены ПЛ может быть ступенчатой – направление в больницу или отделение со средним уровнем безопасности (medium secure hospital), затем – в обычную психиатрическую больницу.

Особенностью Великобритании, также как и Дании, Финляндии, Ирландии, Швеции, является практика помещения в судебно-психиатрические больницы наряду с правонарушителями и лиц с психическими расстройствами, не совершавших уголовно-наказуемых деяний, но при высоком риске их совершения либо при агрессивном или аутоагрессивном поведении. Тяжесть и клинические особенности психического расстройства, обуславливающие необходимость психиатрической помощи, определяют вид принудительного лечения и место его проведения.

Оказание помощи психически больным, совершившим ООД, проходит практически по тем же правилам, что и лиц, недобровольно госпитализированных в гражданском порядке с тем исключением, что в течение первых 6 месяцев они не могут обращаться в специальный Трибунал по пересмотру этих мер медицинского характера. Суд может также наложить запрет на выписку на определенный срок или бессрочно, если сочтет, что душевнобольной представляет повышенную опасность для общества. В Великобритании большое значение придается процессу реабилитации и ресоциализации психически больных, совершивших правонарушение, как в период исполнения ПММХ, так и при последующем наблюдении во внебольничном звене психиатрической помощи по месту жительства.

Принудительное лечение может проводиться как в специальных психиатрических больницах, так и в отделениях с усиленным режимом безопасности, с облегченным режимом безопасности системы здравоохранения, а также в амбулаторных условиях. Безопасность психиатрических стационаров в этой стране имеет 3 уровня – облегченный (low), усиленный (medium) и строгий (high).

Лечение больных, “представляющих серьезную и непосредственную опасность для общества” и нуждающихся в лечении в особых условиях безопасности в соответствии с Законом о психическом здоровье (1983 г.), проводится в специальных психиатрических больницах со строгим режимом безопасности, являющихся самостоятельными учреждениями, и финансируемыми Национальной службой здравоохранения. В Великобритании 3 таких больницы, в том числе Бродмур, созданный в 1863 г.

В США принудительное лечение психически больных правонарушителей в большинстве случаев проводится в отношении лиц, признанных неспособными предстать перед судом, а также лиц с психическими расстройствами, проходящих такое лечение наряду с отбыванием наказания.

Практикой лечения психически больных правонарушителей в США является направление в судебно-психиатрические клиники системы здравоохранения, сроки содержания в которых обычно не превышают срока возможного наказания за данное преступление. Для помещения в психиатрическое учреждение во многих штатах используются законы о недобровольной госпитализации, длительность которой не может превышать 18 месяцев. Однако в части штатов выписка пациентов, попавших в психиатрическое учреждение недобровольно после судебного решения “невиновен по причине невменяемости”, производится по решению суда.

С учетом того, что в Великобритании, США и ряде других стран судебный прецедент является источником последующей правовой регламентации, определяя более широкие возможности судебного рассмотрения и оценки, это накладывает отпечаток и на систему назначения ПММХ. Невменяемость лица является способом его защиты в уголовном судопроизводстве, определяя содержание судебного решения (“невиновен по причине невменяемости”) и помещение на лечение в психиатрическое учреждение. В других же странах, где практика

прецедентного права отсутствует, действующее уголовное законодательство является более детализированным, основания назначения принудительного лечения и его виды содержатся в уголовных кодексах.

К примеру, в соответствии с УК Германии, при совершении правонарушения в состоянии невменяемости или уменьшенной (ограниченной) вменяемости, гражданин, его совершивший, подлежит помещению в психиатрическую больницу, если после оценки его состояния и совершенного им деяния следует, что он опасен для общества и может совершить иные противоправные деяния вследствие его состояния.

В Германии судебно-психиатрические стационары отделены от общих психиатрических больниц и подразделяются по режимам безопасности. Степень общественной опасности лица определяет условия проведения его лечения, при этом в стационары с максимальным режимом безопасности помещаются больные, имеющие риск совершения ими новых серьезных уголовно наказуемых деяний.

В ряде стран назначение принудительных мер медицинского характера психически больному лицу опосредовано не только фактом его сохраняющейся опасности, но и характером совершенного деяния.

Так, в Швеции возможность назначения принудительного лечения и помещение в закрытое психиатрическое учреждение обусловлена характером совершенного правонарушения и видом предусмотренного уголовным законодательством наказания. Суд не может направить на лечение лицо, совершившее преступление, за которое предусмотрен штраф, несмотря на наличие у него серьезного психического расстройства. При этом решение о принудительном лечении во всех случаях принимается, если лицо страдает серьезным психическим расстройством; нуждается в лечении в условиях психиатрического стационара и высказывает несогласие с его проведением либо по своему психическому состоянию не может принять

данного решения. Законом регламентирован порядок помещения на принудительное лечение, его проведение и отмена. В отношении большей части больных, которым проводится судебно-психиатрическое лечение, предусматривается особое рассмотрение вопроса об их выписке. При этом во всех случаях оценивается риск повторного совершения больным серьезного правонарушения.

В Нидерландах применяются 2 вида принудительных мер медицинского характера. В первом случае лицо, совершившее уголовно наказуемое деяние и признанное невменяемым, помещается по решению суда в психиатрический стационар системы здравоохранения сроком на 1 год при условии наличия его опасности “для себя, других лиц или общей безопасности людей и собственности”, обусловленной имеющимся психическим расстройством. В последующем даже при наличии показаний для продолжения стационарного лечения, оно может осуществляться в соответствии с общим законодательством об оказании психиатрической помощи.

Во втором случае судья может направить правонарушителя, который в период совершения преступления отставал в умственном развитии или страдал психическим расстройством, на принудительное лечение при совершении им серьезного преступления, наказуемого тюремным заключением на срок более 4 лет, если принудительное лечение необходимо по соображениям “общей безопасности”. Судебное решение, как правило, выносится в отношении тех, кто совершил тяжкие правонарушения в состоянии невменяемости или так называемой уменьшенной вменяемости при наличии высокого риска совершения новых опасных действий. В случае уменьшенной вменяемости принудительное лечение назначается наряду с наказанием. Лечение проводится в судебно-психиатрических центрах, находящихся в ведении Министерства юстиции.

Уголовное законодательство Нидерландов в части применения принудительного лечения дополнено зако-

подательством об его исполнении, в котором установлено, что целью принудительного лечения является защита общества от повторных опасных деяний психически больных, основой его проведения должно быть использование междисциплинарного подхода, направленного на ресоциализацию – возвращение человека в общество. Законодательно регламентированы порядок обеспечения контроля за проведение ПЛ, а также права пациентов. Судебно-психические центры в этой стране находятся в ведении Министерства юстиции, которое определяет особенности режима безопасности.

Лечебно-реабилитационная работа с больными в период их пребывания на принудительном лечении опосредована действующими стандартами оказания психиатрической помощи и общим законодательством о здравоохранении, отличаясь от лечения на общих основаниях режимом безопасности и направленностью на профилактику повторного опасного поведения, что имеет законодательное закрепление в Нидерландах и Германии. При этом традиционно большое значение придается психосоциальной реабилитации.

Меры безопасности при проведении принудительного лечения, как правило, включают наличие достаточного количества медицинского персонала и специальную его подготовку к работе с пациентами, пропускной режим, определенные правила приема посетителей и передач, ограждение территории, наличие сигнализации, системы “закрытых дверей”, видеонаблюдения и т.п.

Практически во всех странах существуют ограничения для пациентов, обусловленные требованиями безопасности. Они могут касаться права на получение или отправку почтовых сообщений, прием посетителей и телефонные переговоры и др.

При этом большое внимание за рубежом традиционно уделяется соблюдению прав больных, находящихся на принудительном лечении, включая право на обжалование врачебного заключения относительно его продле-

ния, право на привлечение независимого эксперта для решения процессуальных вопросов, участие адвоката, а также возможности лечения пациента без его согласия. При этом, к примеру, законодательная возможность проведения принудительного медикаментозного лечения отсутствует в Бельгии, Греции и Португалии. В большой части зарубежных стран (Англия, Франция, Нидерланды и др.), как и в нашей стране, срок принудительного лечения судом не устанавливается, его продолжительность не опосредована длительностью тюремного заключения за аналогичное преступление психически здорового лица.

Хотя имеет место и иная практика. В уголовном законодательстве Испании, Израиля, Колумбии, Мексики указанная сопоставимость сроков принудительного лечения и предусмотренного законом уголовного наказания за аналогичное преступление существует. Так же существуют и минимальные ограничения нахождения на принудительном лечении. Так, в Италии психически больной при совершении правонарушения, наказываемого лишением свободы на срок более 5 лет, обязан находиться на принудительном лечении не менее 1 года, в случае совершения уголовно наказуемого деяния, наказываемого лишением свободы на срок свыше 10 лет – не менее 3 лет.

В Нидерландах общая продолжительность принудительного лечения не может превышать 4-летний срок, за исключением случаев совершения психически больными лицами тяжких преступлений против личности, когда он не ограничен и определяется наличием риска рецидива противоправного поведения.

В уголовном законодательстве ряда стран (Англия, Нидерланды, Швеция) регламентирована периодичность врачебных освидетельствований для решения вопроса о продлении либо отмене принудительного лечения, составляющая от 6 месяцев до 1–2 лет. Особенностью Германии является его проведение независимым психиатром. Данная процедура не всегда требует последующего

рассмотрения с принятием окончательного решения в суде, ограничиваясь врачебным заключением. Однако в некоторых странах (Швеция и др.), как и в нашей стране, законодательно закреплена процедура судебного продления и отмены ПММХ.

В Германии, Новой Зеландии, Нидерландах, Великобритании, Австрии, Шотландии, США и др., кроме стационарного, существует амбулаторное недобровольное лечение. При этом данный вид психиатрической помощи применяется не только к лицам, совершившим правонарушения, но также для предотвращения прогнозируемого ухудшения психического состояния и обусловленного этим опасного поведения больных, ранее не совершавших опасных действий.

Как правило, эта мера применяется к лицам с тяжелыми психическими расстройствами. Суды возлагают на них определенные обязанности, в том числе соблюдение врачебных рекомендаций с обязательным приемом назначенных препаратов, регулярные посещения психиатра и иных специалистов, занятых в процессе оказания специализированной помощи. В случае нарушений режима амбулаторного лечения, невыполнения предписаний специалистов, больной может быть госпитализирован в недобровольном порядке.

Эффективной моделью профилактики повторного противоправного поведения психически больных является, к примеру, опыт создания судебно-психиатрических центров в Нидерландах. Наличие разных режимов безопасности в психиатрическом стационаре, амбулаторной службы и жилья под защитой обеспечивает необходимые условия преемственности в лечебно-реабилитационной работе.

В целом анализ зарубежного опыта правовой регламентации и организации исполнения принудительного лечения позволяет провести определенные сопоставления, использовать эффективные профилактические модели в процессе совершенствования исполнения принудительных мер медицинского характера в нашей стране.

1.2. История применения и законодательной регламентации принудительных мер медицинского характера в России

История применения принудительного лечения психически больных, совершивших уголовно наказуемые деяния, может быть отнесена в нашей стране к началу XIX в. В принятых в 1919 г. Руководящих началах по уголовному праву РСФСР устанавливалось, что “суду и наказанию не подлежат лица, совершившие деяние в состоянии душевной болезни или вообще в таком состоянии, когда совершившие его не отдавали себе отчета в своих действиях, а равно и те, кто хотя бы и действовал в состоянии душевного равновесия, но к моменту приведения приговора в исполнение страдает душевной болезнью”. Указанным документом предусматривалась возможность применения к таким лицам лечебных мер. В соответствии со ст.17 УК РСФСР 1922 г. к той же категории лиц могло применяться “помещение в учреждения для умственно или морально дефективных” и “принудительное лечение”. В Основных началах уголовного законодательства СССР и союзных Республик 1924 г. меры медицинского характера заключались в принудительном лечении и помещении в “медико-изоляционные учреждения”. Аналогичные виды принудительных медицинских мер сохранились и в УК РСФСР 1926 г. Меры социальной защиты медицинского характера могли быть применены судом в случаях, “если он признает несоответствующим данному случаю применение мер социальной защиты судебно-исправительного характера, а равно и в дополнение к последним”.

Специальных медицинских учреждений для психически больных, совершивших уголовно наказуемые деяния, организовано не было, и они направлялись в психиатрические больницы системы здравоохранения как по решению суда, так и до судебного разбирательства.

В 1935 г. Народный комиссариат юстиции совместно с Народным комиссариатом здравоохранения РСФСР

издали Инструкцию “О порядке назначения и проведения принудительного лечения психически больных, совершивших преступление”. Целью данного документа было введение единообразной практики применения принудительного лечения. В Инструкции, в частности, было определено, что такое лечение “может быть назначено исключительно приговором или определением суда”, его назначению должна предшествовать судебно-психиатрическая экспертиза. Находившиеся на принудительном лечении психически больные в соответствии с Инструкцией должны содержаться “в условиях строгого надзора (как и другие больные, опасные для себя и окружающих), гарантирующего принудительное содержание их в психиатрических больницах”. Выписка таких лиц с принудительного лечения должна осуществляться “на основании постановления специальной комиссии, образуемой главным врачом учреждения, с утверждением этого постановления судом, вынесшим определение о принудительном лечении (или судом по месту нахождения лечебного учреждения)”.

Следующим нормативным актом стала совместная Инструкция МЗ СССР, Минюста СССР, МВД СССР и Прокуратуры СССР от 25.03.1948 г. “О порядке применения принудительного лечения и других мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших преступление”.

Данный документ содержал более детальную регламентацию процедуры назначения и исполнения ПЛ. В нем были закреплены следующие виды ПММХ: принудительное лечение в общих психиатрических учреждениях; принудительное лечение в специальных психиатрических учреждениях (или специальных отделениях общих психиатрических учреждений) в соединении с изоляцией; отдача на попечение родных и одновременно под врачебное наблюдение.

Указаны лица, к которым могли применяться принудительные медицинские меры: совершившие “преступле-

ние в состоянии хронического психического заболевания или временного расстройства душевной деятельности” и признанные невменяемыми; совершившие преступление в состоянии вменяемости, но до вынесения приговора заболевшие “хронической душевной болезнью”, а также заболевшие “психической болезнью во время отбывания наказания в местах лишения свободы”.

В Инструкции содержались положения относительно процедуры назначения, изменения вида и прекращения ПЛ, осуществления надзора за его осуществлением. Закреплялась возможность передачи признанного невменяемым психически больного на попечение родных с одновременным врачебным наблюдением, если судом будет признано “ненужным применение принудительного лечения в психиатрическом учреждении”.

Устанавливалось, что принудительному лечению подлежат перечисленные лица, “представляющие по своему психическому состоянию или по характеру совершенного преступления опасность для общества”, а также определялась зависимость выбора вида медицинской меры “от степени опасности лица для общества”. Выздоровление или изменение психического состояния больного, “устраняющее его опасность для общества или изменяющее степень этой опасности” рассматривались как основания для решения вопроса о прекращении ПММХ либо об изменении их вида. При этом указывалось на возможность изменения вида принудительного лечения лишь с более строгого на менее строгий.

В соответствии с Инструкцией проведение принудительного лечения возлагалось на органы здравоохранения, его продолжительность судом не определялась, за исключением лиц, “привлекавшихся по делам о контрреволюционных и иных особо опасных преступлениях”. В этом случае проведение принудительного лечения поручалось органам здравоохранения совместно с органами МВД, для чего в ведении МВД организовывались “специальные больницы”. В последующем эти психиат-

рические учреждения были названы психиатрическими больницами специализированного типа с интенсивным наблюдением (ПБСТИН), и с 1988 г. переданы в ведение органов здравоохранения.

Ряд положений Инструкции относились к процедуре исполнения ПММХ и соблюдению прав больных. В частности, предусматривалось, что принудительное лечение “осуществляется психиатрическими учреждениями с соблюдением условий, обеспечивающих необходимое лечение и обслуживание психически больных, в также предупреждающих возможность с их стороны побегов и других эксцессов”. Для пациентов, находящихся на принудительном лечении в соединении с изоляцией, запрещались отпуска из больницы и выход за ее пределы. В отношении других больных “вопрос мог быть разрешен в исключительных случаях администрацией больницы с обеспечением надзора”.

Данный документ регламентировал периодичность комиссионных переосвидетельствований больных, находящихся на ПЛ (через каждые 6 месяцев), с целью “определения их состояния и возможности постановки вопроса о прекращении принудительного лечения или об изменении формы принудительного лечения, или об отдаче на попечение родных и одновременно под врачебное наблюдение”. Для обращения в суд с целью решения данного вопроса обязательным было наличие заключения экспертной психиатрической комиссии, организуемой в соответствии с “Инструкцией о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР” от 17 февраля 1940 г. Инструкцией устанавливалось, что судебное решение о принудительном лечении выносится “на основании рассмотрения заключения экспертов, а также разрешения вопроса о том, действительно ли те или иные общественно опасные действия совершены невменяемым, и вопроса о степени опасности его для общества”.

“Инструкция о порядке применения принудительного лечения и других мер медицинского характера в отноше-

нии психически больных, совершивших преступление” была утверждена МЗ СССР и согласована с Минюстом и МВД и Прокуратурой СССР в 1954 г. По содержанию она содержала некоторые изменения и дополнения к Инструкции 1948 г.

Выделялись 2 вида ПММХ: принудительное лечение в общих психоневрологических и психиатрических лечебных учреждениях и принудительное лечение в специализированных психиатрических учреждениях. А также 2 непринудительных медицинских меры: отдача на попечение родных или опекунов с одновременным врачебным наблюдением и лечение в психоневрологической больнице на общих основаниях.

Принципиальным являлось изменение основания для назначения принудительного лечения. Если прежде таким основанием являлась опасность лица для общества, либо по психическому состоянию, либо по характеру совершенного преступления (п.4 Инструкции от 1948 г.), то теперь опасность психически больного стала определяться на основании сочетания характера совершенных им действий и его психического состояния.

При этом был конкретизирован перечень особо опасных преступлений, при совершении которых психически больными в состоянии невменяемости или в случае заболевания хроническим психическим расстройством после их совершения до суда или во время отбывания наказания, эти лица направлялись для принудительного лечения в специальные психические учреждения. При этом в Инструкции содержалось требование установления “значительной общественной опасности” такого больного по психическому состоянию. В случаях, если лицо по психическому состоянию представляло “особую общественную опасность”, оно могло быть направлено в специальную психиатрическую больницу даже в случае совершения иных преступлений.

Также Инструкцией закреплялось требование об участии в судебном заседании при принятии решения о принудительном лечении прокурора и адвоката.

В соответствии с Основами уголовного законодательства СССР и союзных республик 1958 г. установление видов принудительных мер медицинского характера было отнесено к компетенции союзных республик, что определило наличие некоторых различий в применении ПММХ в разных территориях СССР. Так, в ст.58 УК РСФСР 1960 г. было предусмотрено 2 вида таких мер – помещение в психиатрическую больницу общего типа и помещение в психиатрическую больницу специального типа. При этом в других союзных республиках была предусмотрена также возможность передачи больного на попечение родственников или опекунов при обязательном врачебном наблюдении (ст.13 УК УССР, ст.11 УК Казахской ССР, ст.58 УК Грузинской ССР, ст.54 УК Азербайджанской ССР), а в Эстонской ССР – принудительное лечение в учреждениях для хронических душевнобольных.

Следующая Инструкция о порядке применения принудительного лечения и других мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших общественно опасные деяния, была утверждена заместителем министра здравоохранения СССР и согласована с Верховным Судом, Прокуратурой и Министерством охраны общественного порядка СССР 14 февраля 1967 г. Данная Инструкция была основана на российском уголовном законе. В ней (в соответствии со ст.58 УК РСФСР от 1960 г.) было предусмотрено 2 вида ПММХ – помещение в психиатрическую больницу общего типа и помещение в психиатрическую больницу специализированного типа и соответствующие УК РСФСР критерии для их назначения.

В данной Инструкции более подробно был регламентирован порядок исполнения ПММХ; приведен перечень документов, необходимых для приема больных на принудительное лечение; закреплена необходимость обеспечения преемственности в работе по профилактике общественной опасности больных между психиатрическими больницами и психоневрологическими диспансерами.

К примеру, на психиатрический стационар возлагалась обязанность не позднее, чем за 10 дней до выписки больного с принудительного лечения направить в психоневрологический диспансер или участковому психиатру по месту его жительства выписку из истории болезни, а также известить об отмене ПЛ органы милиции по месту жительства пациента, а также его родственников или опекунов. В последующем участковый психиатр должен был взять его на специальный учет. На психиатрическую больницу также возлагалась обязанность принять меры к установлению опеки над проходящим ПЛ недееспособным больным в случае отсутствия у него опекуна.

В 1988 г. в нашей стране был принят первый законодательный акт, регламентирующий оказание психиатрической помощи и соблюдение прав психически больных – Положение об условиях и порядке оказания психиатрической помощи, в соответствии с которым установление видов ПММХ было отнесено к компетенции союзного законодательства. Данное Положение гласило, что принудительное лечение психически больных, совершивших общественно опасные деяния, предусмотренные уголовным законом, осуществляется в психиатрических больницах (отделениях) органов здравоохранения с обычным, усиленным или строгим наблюдением. Таким образом, было выделено 3 вида ПММХ, их исполнение передано органам здравоохранения.

В Положении закреплена периодичность обязательных комиссионных переосвидетельствований психически больных, находящихся на ПЛ – не реже 1 раза в 6 месяцев.

Важным этапом развития практики исполнения ПММХ в нашей стране стал приказ МЗ СССР № 225 от 21 марта 1988 г. “О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи”. Приказ утвердил Временное положение о психиатрической больнице со строгим наблюдением, Временное положение об отделении с усиленным наблюдением психиатрической

больницы, а также Временную инструкцию о порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния.

Настоящий Приказ стал первым нормативным документом, содержащим критерии применения различных мер медицинского характера. В утвержденной им Временной инструкции перечислен общий перечень клинико-психопатологических и социально-психологических факторов, которые необходимо учитывать при определении “выраженности общественной опасности больного” и выборе вида ПММХ.

При определении рекомендуемой для применения судом меры медицинского характера судебно-психиатрическим экспертным комиссиям и врачебным комиссиям психиатрических больниц предписывалось руководствоваться общественной опасностью больного, определяемой по его психическому состоянию и характеру совершенного общественно опасного деяния. Указывалось, что заключение комиссии должно основываться на “общем принципе необходимости и достаточности рекомендуемой меры для предотвращения новых опасных действий со стороны больного, а также проведения показанных ему лечебно-реабилитационных мероприятий”.

В п.12 Инструкции содержится положение о том, что не следует рекомендовать применение ПММХ больным, риск совершения которыми повторных общественно опасных действий по психическому состоянию и социально-психологическим особенностям незначителен. В таких случаях может быть рекомендовано лечение в психиатрической больнице (отделении) на общих основаниях или передача на динамическое диспансерное наблюдение психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета).

В Инструкции впервые сформированы формализованные критерии, которые могли быть использованы психиатрическими комиссиями при вынесении рекомендаций о назначении, изменении вида и отмене ПММХ.

Отдельные пункты уделены соблюдению прав психически больных, находящихся на ПЛ. Так, в п.14 указывается, что принудительное лечение в психиатрических больницах с обычным и усиленным наблюдением должно осуществляться, как правило, по месту жительства больного, его родственников или законных представителей. В соответствии с п.20 при проведении ПЛ могут применяться только методы диагностики, лечения и реабилитации, разрешенные к применению Министерством здравоохранения, а их выбор определяется исключительно клиническими показаниями.

После вступления в силу нового УК РФ 1996 г. существенно изменилась система ПММХ по сравнению с предыдущим УК РСФСР, в связи с чем приказ МЗ СССР № 225 от 21 марта 1988 г. “О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи” и утвержденная им Инструкция по принудительному лечению в части положений перестала соответствовать уголовному законодательству. Однако указанный приказ на сегодняшний день не утратил законной силы и используется по ряду позиций в практике исполнения ПММХ в нашей стране.

Важным этапом развития системы вторичной профилактики ООД было появление в отечественном законодательстве нового вида принудительных мер медицинского характера – амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра (АПНЛ), в последующем переименованного в действующем уголовном законодательстве на “принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях”. Это относительно новый для отечественной судебно-психиатрической практики вид принудительных мер медицинского характера, впервые появившийся в Уголовном кодексе РФ, вступившем в действие с 1 января 1997 г. (п. “а” ч.1 ст.99 УК РФ).

Введение АПНЛ отчасти было направлено на сокращение числа лиц, помещаемых на стационарное прину-

длительное лечение, которое связано с более серьезными ограничениями для пациентов, чем лечение в амбулаторных условиях. Кроме того, это законодательное решение во многом было продиктовано необходимостью снижения повторности ООД лиц, страдающих психическими расстройствами, которая в разные годы по регионам страны колебалась от 20 до 40%.

В 1997 г. Минздравом РФ совместно с МВД РФ был издан Приказ №133/269 “О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами”, действующий до настоящего времени. Инструкцией, утвержденной данным приказом, введено понятие “активного диспансерного наблюдения” (АДН), регламентированы основные организационные аспекты этой работы, межведомственный подход к ее исполнению. В Инструкции содержится положение о том, что больные, представляющие общественную опасность, в том числе и лица, направленные на АПНЛ, подлежат активному диспансерному наблюдению, осуществляемому участковыми психиатрами совместно с отделением милиции (полиции), подчеркивается необходимость оказания содействия и помощи медицинским работникам со стороны органов МВД в проведении данной работы.

В Комментариях к законодательству в области психиатрии (2002) также указывается, что при исполнении АПНЛ врачи и иные медицинские работники должны тесно взаимодействовать с органами внутренних дел, поскольку возможны случаи отказа лица от амбулаторной помощи, уклонения от нее, перемены места жительства и т.п.

В 1999 г. Министерством здравоохранения РФ было издано методическое письмо №2510/8236-99-32 “О порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния”, согласованное с Верховным судом, Генеральной прокуратурой и Министерством внутренних дел РФ. Его

содержание соответствовало положениям УК РФ 1996 г. и к Закону РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”.

В частности, в Методическом письме отмечалось, что при наличии показаний лечение пациентов, находящихся на принудительном лечении, можно проводить без их согласия и без согласия их законных представителей. Подчеркивалось, что лица, находящиеся на ПЛ в психиатрическом стационаре, пользуются правами пациентов, предусмотренными ст.37 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, с учетом возможных, оговоренных в Законе, ограничений. Указывалось на право лиц, находящихся на стационарном принудительном лечении, на пособие по государственному социальному страхованию или пенсию на общих основаниях, а также необходимость признания их нетрудоспособными на весь период пребывания в стационаре.

В 2001 г. по указанию Минюста РФ, усмотревшего в данном Методическом письме правовые нормы, которые могут устанавливаться лишь федеральным законом, Минздрав РФ признал его недействительным.

С целью совершенствования правового регулирования исполнения принудительных мер медицинского характера целесообразно принятие специального закона, объединяющего принципы законодательства о здравоохранении (ФЗ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, ФЗ “Об основах здоровья граждан в Российской Федерации”) с положениями уголовного и уголовно-процессуального законодательства.

В настоящее время нормативными документами, регламентирующими исполнение ПММХ в нашей стране являются: УК РФ, УПК РФ и УИК РФ, а также ФЗ “Об основах здоровья граждан в Российской Федерации”, ФЗ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, приказ МЗ СССР № 225 от 21 марта 1988 г. “О мерах по дальнейшему совершенствованию

психиатрической помощи”, совместный приказ МЗ РФ и МВД РФ №133/269 от 30 апреля 1997 г. “О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами”.

Применение принудительных мер медицинского характера к лицам, совершившим уголовно наказуемые общественно опасные деяния и страдающим психическими расстройствами, по сути, является формой оказания им психиатрической помощи, что позволяет, как уже было сказано выше, распространить на этих лиц Закон РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”. Названный Закон во многом определяет правовой статус лиц, в отношении которых исполняются принудительные меры медицинского характера.

Кроме того, как указал Верховный суд РФ в постановлении Пленума “О практике применения судами принудительных мер медицинского характера” от 7 апреля 2011 г., “при решении отдельных вопросов, связанных с применением принудительных мер медицинского характера, необходимо руководствоваться” и другими законодательными и иными нормативными правовыми актами (п.1). К таковым относятся указанные выше приказы МЗ РФ и МВД РФ.

1.3. Действующая система исполнения принудительных мер медицинского характера в Российской Федерации

Принудительные меры медицинского характера в нашей стране могут быть назначены судом лицам:

- а) совершившим деяния, предусмотренные статьями Особенной части Уголовного кодекса РФ, в состоянии невменяемости;
- б) у которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания;
- в) совершившим преступление и страдающим психическими расстройствами, не исключающими

вменяемости (так называемые “ограниченно вменяемые” лица);

- г) совершившим в возрасте старше 18 лет преступление против половой неприкосновенности несовершеннолетнего, не достигшего 14-летнего возраста, и страдающим расстройством сексуального предпочтения (педофилией), не исключающим вменяемости.

Принудительные меры медицинского характера назначаются только в случаях, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц (ч.2 ст.97 УК РФ).

В отношении лиц, указанных в пунктах а), б) и в), и не представляющих опасности по своему психическому состоянию, суд может передать необходимые материалы в федеральный орган исполнительной власти в сфере здравоохранения или орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения для решения вопроса о лечении указанных лиц в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь, или их направлении в стационарные учреждения социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами.

Целью применения принудительных мер медицинского характера, согласно ст.98 УК РФ, является излечение лиц, которым эти меры были назначены, или улучшение их психического состояния, а также предупреждение совершения ими новых деяний, предусмотренных статьями Особенной части Уголовного кодекса.

Достижение указанной цели требует редукции клинических проявлений психического расстройства и проведения комплекса мероприятий по психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации, направленных на восстановление психических функций, познавательного, эмоционально-волевого потенциала пациента, формирование социально приемлемых форм поведения, интеграцию в общество.

В соответствии с действующим уголовным законодательством (ст.99 УК РФ), суд может назначить следующие виды принудительных мер медицинского характера:

- а) принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях;
- б) принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа;
- в) принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа;
- г) принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Психически больным, совершившим деяния, предусмотренные статьями Особенной части Уголовного кодекса РФ, в состоянии невменяемости; а также тем, у кого после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания, судом может быть назначен любой из указанных 4 видов принудительного лечения.

Лицам, совершившим преступление и страдающим психическими расстройствами, не исключаящими вменяемости (“ограниченно вменяемые”), а также совершившим в возрасте старше 18 лет преступление против половой неприкосновенности несовершеннолетнего, не достигшего 14-летнего возраста, и страдающим расстройством сексуального предпочтения (педофилией), не исключаящим вменяемости, суд наряду с наказанием может назначить принудительную меру медицинского характера в виде принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях (ст.99 УК РФ). В этих случаях принудительные меры медицинского характера исполняются по месту отбывания лишения свободы, а в отношении осужденных к иным

видам наказаний – в медицинских организациях государственной системы здравоохранения, оказывающих психиатрическую помощь в амбулаторных условиях.

При изменении психического состояния осужденного, требующем лечения в стационарных условиях, помещение осужденного в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, или иную медицинскую организацию производится в порядке и по основаниям, которые предусмотрены законодательством в сфере охраны здоровья.

Решение о назначении ПММХ принимается судом на основании рассмотрения заключения судебно-психиатрической экспертизы, психиатрической комиссии по освидетельствованию осужденных, комиссии врачей-психиатров (для лиц, находящихся на ПЛ), полномочных давать рекомендации по применению этих мер. Указанные комиссии и суд при выборе конкретной меры медицинского характера исходят из оснований, приведенных в общей форме в ст.100, 101 УК РФ.

В УК РФ отсутствует прямая связь между характером совершенного деяния и решением о применении той или иной меры медицинского характера. Выбор вида ПЛ определяется психическим состоянием и “опасностью больного по своему психическому состоянию” (ст.ст.100–101 УК РФ).

Заключение судебно-психиатрической экспертизы должно основываться на общем принципе необходимости и достаточности рекомендуемой меры для предотвращения новых опасных действий со стороны больного, а также для проведения показанных ему лечебно-реабилитационных мероприятий.

При выборе принудительной меры медицинского характера следует учитывать клинико-психопатологические и социально-психологические факторы, взаимодействие которых может привести к формированию психопатологического механизма ООД.

Представленные ниже рекомендации по определению вида ПЛ были сформированы сотрудниками Центра имени В.П. Сербского В.П. Котовым, М.М. Мальцевой, Л.А. Яхимович и на протяжении нескольких десятилетий применяются судебными психиатрами-экспертами.²

В соответствии со ст.100 УК РФ принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях может быть назначено, если психическое расстройство связано с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц, в тех случаях, когда лицо по своему психическому состоянию не нуждается в помещении в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях.

Научный анализ практики применения принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях свидетельствует о целесообразности его назначения и эффективности исполнения в отношении больных:

- совершивших ООД в состоянии временного психического расстройства или психотического обострения хронического психического расстройства, разрешившихся ко времени проведения экспертизы, в случае малой вероятности повторения психоза, а также при сохранности социальной адаптации больного и способности к соблюдению предписанного режима;
- с явлениями слабоумия, состояниями психического дефекта, совершивших ООД, спровоцированное неблагоприятной ситуацией, которая к настоящему времени разрешилась, при способности к соблюдению амбулаторного режима.

² В этом подразделе главы использованы материалы Методических рекомендаций В.П. Котова, М.М. Мальцевой, Л.А. Яхимович “Критерии и обоснование дифференцированного применения принудительных мер медицинского характера в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния”. – М.: “ГНЦСП им. В.П. Сербского”, 2013. – 24 с.

В заключении комиссии судебно-психиатрических экспертов целесообразно указать, что ООД совершено в состоянии временного психического расстройства или психотического обострения хронического психического расстройства, которое к настоящему времени прошло и его повторение маловероятно, либо что оно было спровоцировано неблагоприятной ситуацией, разрешившейся к настоящему времени. Следует также отметить, что по своему психическому состоянию и социально-бытовым условиям больной способен к соблюдению предписанного режима в амбулаторных условиях.

Целесообразно учитывать индивидуально-личностные особенности и морально-нравственные установки, свойственные пациенту в преморбиде, которые могут отразиться на его отношении к лечению и соблюдению врачебных рекомендаций в амбулаторных условиях, дальнейшей реадaptации в обществе.

Необходимость назначения АПНЛ в порядке изменения принудительной меры медицинского характера после проведения принудительного лечения пациента в стационаре возникает, когда больной не обладает к моменту выписки достаточным реабилитационным потенциалом для адаптации в социуме без помощи и контроля со стороны психиатрической службы. При этом он по своему психическому состоянию должен быть способен к упорядоченному поведению, соблюдению назначенного амбулаторного режима, иметь положительные социальные установки.

Принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, может быть назначено, если психическое расстройство связано с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц, в тех случаях, когда характер психического расстройства лица требует таких условий лечения, ухода, содержания и наблюдения, которые могут быть осуществлены только в психиатрическом стационаре.

В соответствии с ч.2 ст.101 УК РФ принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа, может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию нуждается в лечении и наблюдении в стационарных условиях, но не требует интенсивного наблюдения.

Данный вид принудительного лечения рекомендуется лицам:

- находящимся в психотическом состоянии, в случаях отсутствия тенденций к нарушениям больничного режима и благоприятного прогноза в отношении терапевтического купирования психоза, но при сохраняющейся вероятности его повторения, а также при недостаточной критике к своему состоянию, делающей невозможным проведение лечения в стационаре или в амбулаторных условиях на “добровольных” началах;
- с явлениями слабоумия, состояниями психического дефекта различного происхождения и другими психическими расстройствами, совершившим деяния, спровоцированные какими-либо внешними неблагоприятными обстоятельствами, без выраженной тенденции к повторению ООД и нарушениям больничного режима;
- страдающим психическим расстройством, развившимся после совершения преступления, при отсутствии выраженных тенденций к совершению новых ООД и нарушениям больничного режима.

В заключении комиссии судебно-психиатрических экспертов целесообразно указать, что совершенное больным ООД было обусловлено выраженным психическим расстройством (обострением), которое является курабельным и преходящим, либо связано с внешними неблагоприятными обстоятельствами, что у него нет тенденции к грубым нарушениям больничного режима и стойких асоциальных установок, но отсутствие достаточно критичного

отношения к своему болезненному состоянию не позволяет проводить показанные лечебно-реабилитационные мероприятия “на общих основаниях”. Поэтому лечение следует провести в принудительном порядке.

Если психическое расстройство возникло после совершения преступления, в обосновании следует указать на относительную опасность этого лица и наличие таких нарушений поведения и критики к своему состоянию, которые требуют стационарного лечения в принудительном порядке.

Принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию требует постоянного наблюдения (ч.3 ст.101 УК РФ).

Данный вид ПММХ рекомендуется больным:

- с хроническими психическими расстройствами или слабоумием, обнаруживающим в силу клинических проявлений заболевания и(или) преморбидных личностных особенностей склонность к повторным ООД и нарушениям больничного режима, делающую невозможным проведение показанных им лечебно-реабилитационных мероприятий в условиях психиатрического стационара общего типа;
- совершившим ООД в состоянии временного психического расстройства или психотического обострения хронического психического расстройства при сохраняющейся тенденции к повторению таких состояний в связи с наличием предрасполагающих факторов (органического психического расстройства, расстройства зрелой личности, синдрома зависимости от ПАВ и т.п.);
- страдающим психическим расстройством, развившимся после совершения преступления, в случае угрозы совершения ими новых ООД, грубых нарушений больничного режима, включая побег.

В заключении комиссии судебно-психиатрических экспертов следует указать, что больной, хотя и не представляет особой опасности для общества, в силу психических нарушений, носящих стойкий или рецидивирующий характер, обнаруживает тенденцию к асоциальному образу жизни, повторным ООД и внутрибольничным нарушениям, требующим помещения в условия специально организованного режима.

Принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию представляет особую опасность для себя или других лиц и требует постоянного и интенсивного наблюдения (ч.4 ст.101 УК РФ).

Этот вид ПЛ рекомендуется назначать лицам:

- с хроническими психическими расстройствами или слабоумием, обнаруживающим тенденцию, обусловленную клиническими проявлениями заболевания и(или) преморбидными личностными особенностями, к совершению повторных *тяжких* или *особо тяжелых* ООД;
- совершившим ООД в состоянии временного психического расстройства или психотического обострения хронического психического расстройства при высокой вероятности в связи с наличием предрасполагающих факторов (органического психического расстройства, расстройства зрелой личности, синдрома зависимости от ПАВ и т.п.) повторения состояний, сопровождающихся тенденцией к совершению *тяжких* и *особо тяжелых* ООД;
- с хроническими психическими расстройствами или слабоумием, обнаруживающим в силу клинических проявлений заболевания и(или) преморбидных личностных особенностей упорные антисоциальные тенденции, проявляющиеся в многократных ООД, а также в грубых нарушениях больничного режима (по данным прежних стационаров),

если указанные нарушения поведения делают невозможным проведение показанных им лечебно-реабилитационных мероприятий в условиях применения других принудительных мер медицинского характера;

- страдающим психическим расстройством, развившимся после совершения преступления, в случае угрозы совершения ими новых тяжких или особо тяжких деяний, а также побега.

В заключении комиссии судебно-психиатрических экспертов необходимо показать, что больной в силу тяжести совершенного деяния, его повторности (или многократности) и сохраняющихся особенностей состояния (каких именно), которые обуславливают значительную вероятность новых опасных деяний, либо в силу грубых расстройств поведения (каких именно), препятствующих проведению показанных ему лечебно-реабилитационных мероприятий, представляет особую опасность для общества.

Признаками, значимыми для дифференцированного выбора вида ПММХ являются:

- психическое состояние больного в динамике, включая периоды совершения ООД и проведения СПЭ;
- характер, тяжесть, повторность и психопатологические механизмы ООД, их стойкость;
- анамнестические данные об образе жизни больного, его социальных установках и уровне социальной адаптации;
- сведения о комплаентности и поведении при наблюдении участкового психиатра и прежних госпитализациях (побеги, употребление ПАВ, агрессия и т.д.);
- информация о поведении в следственном изоляторе (если это имело место);
- наличие критического отношения к состоянию, совершенному ООД и сложившейся ситуации, реальных планов на будущее.
- особенности социальной микросреды.

При выборе вида ПММХ необходимо использовать многоосевой принцип оценки риска общественной опасности на основе анализа психопатологических, личностных, патопсихологических, социальных и адаптационных факторов.

В соответствии с ч.1 ст.102 УК РФ продление, изменение и прекращение применения принудительных мер медицинского характера осуществляются судом по представлению администрации медицинской организации, осуществляющей принудительное лечение, или уголовно-исполнительной инспекции, контролирующей применение принудительных мер медицинского характера, на основании заключения комиссии врачей-психиатров.

Изменение или прекращение применения принудительной меры медицинского характера осуществляется судом в случае такого изменения психического состояния лица, при котором отпадает необходимость в применении ранее назначенной меры либо возникает необходимость в назначении иной принудительной меры медицинского характера.

Лицо, которому назначена принудительная мера медицинского характера, подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров не реже одного раза в 6 месяцев для решения вопроса о наличии оснований для внесения представления в суд о прекращении применения или об изменении такой меры. Освидетельствование такого лица проводится по инициативе лечащего врача, если в процессе лечения он пришел к выводу о необходимости изменения принудительной меры медицинского характера либо прекращения ее применения, а также по ходатайству самого лица, его законного представителя и (или) близкого родственника. Ходатайство подается через администрацию медицинской организации, проводящей принудительное лечение, или уголовно-исполнительную инспекцию, осуществляющую контроль за применением принудительных мер медицинского характера, вне зависимости от времени последнего освидетельствования.

При отсутствии оснований для прекращения применения или изменения принудительной меры медицинского характера администрация медицинской организации или уголовно-исполнительная инспекция представляет в суд заключение для продления принудительного лечения. Первое продление может быть произведено по истечении 6 месяцев с момента начала лечения, в последующем продление принудительного лечения производится ежегодно.

Персональный состав комиссии по освидетельствованию больных, находящихся на принудительном лечении, утверждается либо приказом главного врача психиатрического (психоневрологического) учреждения, либо приказом руководителя территориального органа управления здравоохранением. Количественный состав комиссии законодательством и какими-либо нормативными актами не установлен, она может состоять минимум из 2 человек. Лечащий врач, независимо от стажа и опыта, участвует в работе комиссии в качестве ее полноправного члена. К этому следует добавить, что по общему правилу в состав комиссии по ходатайству лица, подлежащего освидетельствованию, или его законного представителя может быть включен врач-психиатр из числа указанных ими лиц, согласившийся принять участие в освидетельствовании (ч.2 ст.5 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”). Неявка врача-психиатра, включенного в состав комиссии по ходатайству освидетельствуемого лица или его законного представителя, если он был своевременно извещен о времени заседания комиссии, не препятствует проведению освидетельствования.

В сельских районах, где амбулаторная психиатрическая помощь оказывается участковым психиатром Центральной районной больницы, для освидетельствования лиц, находящихся на АПНЛ, орган управления здравоохранением с учетом местных условий может либо сформировать комиссию в составе указанного спе-

циалиста и врача регионального (краевого/областного) психиатрического учреждения, либо возложить эту функцию на комиссию врачей-психиатров учреждения, осуществляющего стационарное принудительное лечение в данном регионе.

В сложных и спорных случаях вопросы о возможности изменения или прекращения ПММХ могут быть рассмотрены комиссией под председательством главного психиатра соответствующего (по подчиненности медицинской организации) органа управления здравоохранением.

Больной, находящийся на ПЛ, должен представляться на комиссию не реже одного раза в 6 месяцев либо во внеочередном порядке, если возникает вопрос об изменении или прекращении применения принудительной меры медицинского характера, а также по просьбе самого лица, его законного представителя или близкого родственника. При этом продление принудительного лечения первый раз осуществляется судом через 6 месяцев, а в последующем – не реже 1 раза в год; прекращение и изменение принудительной меры также осуществляется только судом на основании заключения комиссии врачей-психиатров.

Комиссия, независимо от количества больных, работает на постоянной основе с обязательной регистрацией в специальном журнале всех освидетельствований.

Заключение о психиатрическом освидетельствовании комиссией врачей-психиатров лица, находящегося на принудительном лечении (медицинское заключение – форма 104У), требующее судебного решения, администрацией учреждения в течение 10 дней направляется в суд, назначивший принудительную меру медицинского характера или в суд по месту нахождения лечебного учреждения, а в отношении лиц, страдающих расстройством сексуального предпочтения (педофилией) – в уголовно-исполнительную инспекцию. Суд выносит решение о продлении, изменении или прекращении применения принудительной меры медицинского характера. Данное

решение может быть реализовано только после его вступления в законную силу. От этой даты (вступления в законную силу) ведется исчисление сроков следующего комиссионного освидетельствования.

В ряде случаев в суд направляется комиссионное заключение о необходимости изменения принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях на принудительное лечение в психиатрическом стационаре того или иного типа. Такие заключения обычно даются в связи с изменением состояния больного, приведшего к возрастанию его общественной опасности (нередко значительному), что не позволяет откладывать госпитализацию до получения решения суда. В этой связи необходимо заметить, что при наличии показаний, больной, находящийся на АПНЛ, может быть госпитализирован в психиатрический стационар в недобровольном порядке в соответствии со ст.29 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”. При этом диспансер, во-первых, в соответствии с п.1.6 Инструкции, утвержденной совместным приказом МЗ РФ и МВД РФ №133/269 от 30.04.1997 г. “О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами”, может прибегнуть к помощи полиции, а во-вторых, должен известить психиатрический стационар о том, что пациент находится на АПНЛ, а также о том, что в суд направлено представление об изменении принудительной меры медицинского характера. Комиссионное заключение о необходимости назначения стационарного принудительного лечения направляется в суд одновременно с госпитализацией или вслед за ней.

В случае прекращения применения принудительного лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, суд на основании ч.4 ст.102 УК РФ может передать необходимые материалы в отношении лица, находившегося на принудительном лечении, в федеральный орган испол-

нительной власти в сфере здравоохранения или орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения для решения вопроса о лечении этого лица в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь, или направлении этого лица в стационарное учреждение социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами, в порядке, установленном законодательством в сфере охраны здоровья.

В случае излечения лица, у которого психическое расстройство наступило после совершения преступления, при назначении наказания или возобновлении его исполнения время, в течение которого к лицу применялось принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, засчитывается в срок наказания из расчета один день пребывания в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, за один день лишения свободы.

Прекращение применения принудительной меры медицинского характера, соединенной с исполнением наказания, производится судом по представлению органа, исполняющего наказание, на основании заключения комиссии врачей-психиатров.

В ряде случаев суды отказывают лечебным учреждениям в продлении, изменении, прекращении ПММХ в связи с недостаточно полным и убедительным описанием психического состояния больного на период обращения в суд или отсутствием четких указаний на характер происшедших изменений, требующих применения иной принудительной меры медицинского характера либо ее прекращения. Этим определяются высокие требования к качеству медицинских заключений, так как четкость и аргументированность содержащихся в них выводов являются необходимой предпосылкой для решения суда.

Заключение о психиатрическом освидетельствовании должно быть написано языком, понятным для лиц, не

имеющих специальных знаний в области психиатрии, по возможности не содержать специальных психиатрических терминов. Необходимо подробно и исчерпывающе отражать психическое состояние больного к моменту обследования, характер течения заболевания, особенности социального статуса, рекомендации по его дальнейшей курации.

1.4. Исполнение принудительных мер медицинского характера в амбулаторных условиях

Обязанность по исполнению назначенного судом принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях возложена на медицинские организации, оказывающие внебольничную психиатрическую помощь.

Принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях назначается судом лицам: совершившим уголовно наказуемые деяния и признанным невменяемыми (ст.21 УК РФ); совершившим преступления и заболевшим психическим расстройством, исключающим назначение или исполнение наказания (ст.81 УК РФ); совершившим преступление и страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости (ст.22 УК РФ); совершившим в возрасте старше 18 лет преступление против половой неприкосновенности несовершеннолетнего, не достигшего 14-летнего возраста, и страдающим расстройством сексуального предпочтения (педофилией), не исключающим вменяемости (Федеральный закон от 29.02.2012 г. № 14-ФЗ).

Таким образом, данный вид ПММХ по назначению суда исполняется в отношении юридически разнородных групп больных: невменяемых, ограниченно вменяемых и вменяемых, что определяет различную практику его исполнения.

*Принудительное наблюдение и лечение
у врача-психиатра в амбулаторных условиях лиц
с тяжелыми психическими расстройствами*

Специфика АПНЛ в отношении больных тяжелыми психическими расстройствами (совершивших ООД в состоянии невменяемости, а также лиц, у которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания) состоит в том, что оно, в отличие от стационарного принудительного лечения, влечет за собой значительно меньшие ограничения личной свободы пациентов. Особенностью этого контингента является, с одной стороны, их потенциальная общественная опасность (ч.2 ст.97 УК РФ), а с другой – способность понимать требования АПНЛ и выполнять их, в связи с чем они “не нуждаются в помещении в психиатрический стационар” (ст.100 УК РФ).

Пациенты, в отношении которых исполняется указанный вид ПММХ, подлежат включению в группу активного диспансерного наблюдения без представления на врачебную комиссию (приказ Минздрава РФ и МВД РФ от 30 апреля 1997 г. № 133/269). При этом их статус определен уголовным законодательством. Курация таких пациентов осуществляется в соответствии с особыми правилами, определяющими наиболее строгий психиатрический контроль и наблюдение, которые реализуются психиатрами совместно с органами внутренних дел. Ее проведение регламентировано совместным приказом МЗ РФ и МВД РФ от 30.04.1997 г. №133/269 “О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами”. В настоящее время Минздравом России проводится работа по обновлению данного приказа, при этом позиция ведомства заключается в сохранении и укреплении упомянутого межведомственного взаимодействия.

Диспансерное наблюдение за потенциально опасными больными должно быть нацелено, с одной стороны,

на выявление признаков усиления общественной опасности, с другой – на организацию различных лечебно-реабилитационных и социально-воспитательных мероприятий.

Медицинские карты больных, находящихся на АПНЛ, располагаются в общих картотеках психоневрологических диспансеров с пометкой в верхнем правом углу лицевой стороны карты – “АПНЛ” (принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях) и цветной маркировкой, либо формируются отдельным массивом с той же пометкой. При любом способе расположения амбулаторные карты больных с общественно опасными тенденциями должны легко обнаруживаться в картотеке и особо учитываться.

На сегодняшний день в среднем по России количество пациентов, в отношении которых исполняется АПНЛ, составляет примерно 0,6% от числа больных, находящихся под диспансерным наблюдением участкового психиатра. Указанное соотношение не является стабильным – на протяжении всего периода после введения АПНЛ (1997 г.) происходит постепенное увеличение данной категории больных как за счет роста сроков принудительного лечения у психиатра в амбулаторных условиях (в среднем 656,2 дней в 2014 г.), так и за счет все более частого его назначения судами.

АПНЛ лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, может использоваться как первичная принудительная медицинская мера и как заключительная мера после лечения в стационаре перед полным прекращением применения принудительных мер медицинского характера. В отношении ограниченно вменяемых и вменяемых лиц, страдающих расстройством сексуального предпочтения (педофилией), иные виды ПММХ уголовным законом не предусмотрены.

Лица с психическими расстройствами, находящиеся на принудительном наблюдении и лечении у врача-психиатра в амбулаторных условиях, обследуются не

реже 1 раза в месяц (приказ Минздрава РФ и МВД РФ от 30 апреля 1997 г. № 133/269). При необходимости могут потребоваться более частые осмотры. Сохраняет также свое значение установившееся в практике правило обязательного освидетельствования каждого больного в течение 3 дней после выписки из стационара.

При госпитализации лиц рассматриваемой группы в психиатрический стационар, передаче под диспансерное наблюдение другого ПНД направляющее учреждение извещает принимающее учреждение о нахождении на принудительном наблюдении и лечении у врача-психиатра в амбулаторных условиях. В этих случаях в обязательном порядке сообщаются также следующие данные о больном: диагноз и тип течения психического расстройства, ведущий синдром; психопатологический механизм совершенного ООД, характер и кратность общественно опасных действий; личностные и ситуационные факторы, способствующие или препятствующие их осуществлению; проведенные лечебно-реабилитационные мероприятия и их эффективность; рекомендуемые меры по предотвращению общественно опасных действий.

Отличие правового статуса психически больных, которым назначено АПНЛ от иных пациентов, получающих амбулаторную психиатрическую помощь, заключается в невозможности продления и прекращения применения этой меры без решения суда. Пациенты с тяжелыми психическими расстройствами в случае уклонения от АПНЛ, отказа от назначенных лечебных мероприятий могут быть подвергнуты недобровольной госпитализации (ст.29 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”). По решению суда больным, совершившим уголовно наказуемые деяния и признанным невменяемыми (ст.21 УК РФ), а также совершившим преступления и заболевшим психическим расстройством, исключающим назначение или исполнение наказания (ст.81 УК РФ), АПНЛ может быть заменено на ПММХ в психиатрическом стационаре.

Применение АПНЛ, равно как и любого другого вида ПММХ является формой оказания психиатрической помощи, что позволяет распространить на них положения Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”. Отдельные статьи этого Закона содержат прямые указания на принудительное лечение (ст.11, ч.4 и 5 – “Согласие на лечение”, ст.13 – “Принудительные меры медицинского характера”), многие другие его нормы имеют общий характер и относятся ко всем пациентам, включая и находящихся на принудительном лечении.

Во время проведения принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях лицо, которому оно назначено судом, пользуется всеми правами, предусмотренными Законом РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”. Оно может получать помощь во всех имеющихся в диспансере подразделениях (кабинетах, дневном стационаре, лечебно-трудовых мастерских и т.п.). При наличии показаний, оно может быть госпитализировано в психиатрический или общесоматический стационар. В случае если пациент работает на прежнем месте работы или в специально приспособленных условиях, он имеет право на получение больничного листа, а при стойком снижении или утрате трудоспособности – на оформление инвалидности и получение пенсии на общих основаниях.

В соответствии с Приказом МЗ РФ и МВД РФ от 30.04.1997 г. №133/269 списки лиц, включенных в группу АДН и находящихся на принудительном наблюдении и лечении у врача-психиатра в амбулаторных условиях, ежегодно передаются в орган внутренних дел (полиции). В дальнейшем информация об изменениях в составе группы (включение новых пациентов, отмена АПНЛ) передаются туда немедленно. Орган внутренних дел по просьбе диспансера устанавливает место пребывания лица, находящегося на АПНЛ, способствует врачебному осмотру, а также информирует диспансер обо всех случаях

совершения указанным пациентом общественно опасных деяний, административных правонарушений, а также об особенностях поведения, говорящих о вероятности совершения ООД.

В настоящее время в части территорий имеют место некоторые затруднения в реализации мероприятий по профилактике общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами, с позиции обеспечения их недобровольной госпитализации. Данная ситуация сложилась из-за существующих противоречий между ФЗ “О полиции” от 7 февраля 2011 г. № 3-ФЗ (с изм.) и Законом РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” от 02.07.1992 г. №3185-1 (ред. от 28.12.2013 г.).

В частности, согласно ч.3 ст.30 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” “сотрудники полиции обязаны оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольной госпитализации и обеспечивать безопасные условия для доступа к госпитализируемому лицу и его осмотра. В случаях необходимости предотвращения действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих со стороны госпитализируемого лица или других лиц, а также при необходимости розыска и задержания лица, подлежащего госпитализации, сотрудники полиции действуют в порядке, установленном Федеральным законом “О полиции”. При этом в соответствии с ФЗ “О полиции” (пп.35 п.1 ст.12 гл. 3) такое содействие должно быть обеспечено только при наличии решения суда.

При этом в соответствии с п.35 ст.12 ФЗ “О полиции” в обязанности сотрудников полиции вменено “...участие совместно с органами здравоохранения в наблюдении за лицами, страдающими психическими расстройствами и представляющими опасность для окружающих, в целях предупреждения совершения ими преступлений...”. Данное положение определяет легитимность межведомственного взаимодействия по вопросам профилактики

опасных действий психически больных во внебольничных условиях, регламентированного Приказом МЗ РФ и МВД РФ от 30.04.1997 г. №133/269.

При необходимости недобровольной госпитализации из дома психически больного, представляющего непосредственную опасность для себя или окружающих, и при наличии оснований предполагать, что он или его родственники окажут сопротивление, работники медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в амбулаторных условиях, скорой психиатрической помощи обращаются за содействием в орган внутренних дел, на территории обслуживания которого находится пациент. Недобровольная госпитализация возлагается на работников психиатрической службы. Сотрудники полиции осуществляют розыск и оказывают содействие в задержании лиц, подлежащих госпитализации, обеспечивают охрану общественного порядка, безопасные условия для доступа к госпитализируемому лицу и его осмотра, пресекают противоправные действия граждан, препятствующих госпитализации.

В совместном наблюдении диспансера и работников полиции более других нуждаются больные с психопатоподобными расстройствами, имеющие в преморбиде криминальные установки, с алкогольной или наркотической зависимостью, контактирующие с асоциальными лицами, негативно относящиеся к лечению, а также больные с частыми обострениями продуктивной психотической симптоматики, конфликтующие по бредовым мотивам с лицами из ближайшего окружения.

Контакт психиатра с сотрудниками полиции заключается в обмене информацией о фактическом месте жительства больных, их трудовом статусе, в проведении разъяснительной работы с участковыми инспекторами, а также в помощи правоохранительных органов при возрастании риска общественной опасности пациентов.

Существенную роль в совершении общественно опасных действий играет употребление алкоголя и наркотиков,

что может вызвать обострение основного психического заболевания и спровоцировать опасные тенденции. Большое значение в этом отношении имеют разъяснительные беседы с членами семьи больного, которые должны ограждать его от употребления психоактивных веществ, а также психологическая коррекция.

Реабилитационные мероприятия неразрывно связаны с оказанием больным социально-бытовой и юридической помощи по защите их прав и законных интересов.

Существуют 2 модели организации деятельности внебольничного психоневрологического учреждения (подразделения) по исполнению АПНЛ. Первая из них реализуется в основном в кабинетах психиатров центральных районных больниц (ЦРБ) и маломощных психоневрологических диспансерах (отделениях) с небольшим (до 7–8) количеством психиатрических участков и заключается в выделении группы больных, находящихся по решению суда на АПНЛ, и организации специфической работы с ней. Эта деятельность осуществляется преимущественно участковым психиатром с привлечением других имеющих в учреждении специалистов.

Вторая модель рекомендуется для использования в основном в достаточно крупных психоневрологических диспансерах и состоит в создании специализированного кабинета (отделения) активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения, осуществляющего лечебно-реабилитационную и профилактическую работу со всеми больными, находящимися на АПНЛ в данном учреждении.

Кабинеты активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения создаются за счет общей численности штатов медицинского персонала диспансера (диспансерного отделения) без нарушения участкового принципа обслуживания основной массы пациентов.

Это определяет потребность в дополнительных кадровых ресурсах. Законодательное введение АПНЛ и по-

степенное накопление пациентов, в отношении которых применяется данная мера медицинского характера, как уже отмечалось, требуют во всевозрастающем объеме обязательного и регулярного их комиссионного освидетельствования с оформлением соответствующей документации, периодических обращений в суд и участия в судебных заседаниях при продлении, изменении вида, отмене принудительного лечения; фиксированной повышенной частоты посещений больных (не реже одного раза в 30 дней); постоянных рабочих контактов с органами внутренних дел и другими административными структурами; выполнения ряда других дополнительных обязанностей. Следует учитывать и то обстоятельство, что речь идет о специфическом контингенте, работа с которым представляет повышенную опасность. Вышеперечисленное свидетельствует в пользу целесообразности организации специальных структурных подразделений (кабинетов активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения).

В утвержденный Приказом Министерства здравоохранения РФ от 17 мая 2012 г. за №566н “Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения” включены “Правила организации деятельности кабинета активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения”. К основным функциям кабинетов АДН отнесены:

- диспансерное наблюдение и лечение лиц, страдающих хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, склонных к совершению общественно опасных действий;
- амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра лиц, которым судом назначена данная принудительная мера медицинского характера;

- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.

Структура и штатная численность кабинета АДН устанавливаются исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы, численности обслуживаемого населения и штатных нормативов, рекомендуемых Приказом Министерства здравоохранения РФ от 17 мая 2012 г. №566н, из расчета:

- врач-психиатр – 1 ставка на 120 больных, находящихся на диспансерном наблюдении и проведении амбулаторного принудительного лечения;
- медицинская сестра – 1 ставка на 60 больных, находящихся на диспансерном наблюдении и проведении амбулаторного принудительного лечения;
- медицинский психолог – 1 ставка на 60 больных, находящихся на диспансерном наблюдении и проведении амбулаторного принудительного лечения;
- специалист по социальной работе – 1 ставка на 120 больных, находящихся на диспансерном наблюдении и проведении амбулаторного принудительного лечения;
- социальный работник – 1 ставка на 60 больных, находящихся на диспансерном наблюдении и проведении амбулаторного принудительного лечения;
- медицинский регистратор – 1 ставка.

Организация принудительного лечения осужденных с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, а также с расстройством сексуального предпочтения (педофилией)

В связи с законодательным введением так называемой ограниченной вменяемости (психические расстройства, не исключающие вменяемости – ст.22 УК РФ), осуществление принудительного наблюдения и лечения у врача-

психиатра в амбулаторных условиях лиц, приговоренных к наказанию, не связанному с лишением свободы, также возложено на медицинские организации, оказывающие психиатрическую помощь в амбулаторных условиях.

Согласно ст.22 УК РФ, вменяемое лицо, которое во время совершения преступления в силу психического расстройства не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, подлежит уголовной ответственности. Психическое расстройство, не исключающее вменяемости, учитывается судом при назначении наказания и может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера, т.е. лицам, осужденным за совершенные ими преступления, но нуждающимся в лечении психических расстройств, не исключающих вменяемости, суд наряду с наказанием может назначить принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях.

Как правило, это касается лиц с расстройствами личности, легкой степенью умственной отсталости, непсихотическими формами органических психических расстройств, поэтому контингент ограниченно вменяемых состоит в основном из такого рода пациентов.

Необходимо подчеркнуть, что решение суда о назначении принудительных медицинских мер, соединенных с исполнением наказания, реализуется в форме возложения на осужденного обязанности подвергнуться назначенному лечению. В случае отказа, а также при явном уклонении от ее исполнения предусмотрена соответствующая юридическая ответственность. Так, в соответствии с ч.1 ст.116 УИК РФ “уклонение от исполнения принудительных мер медицинского характера” отнесено к категории злостных нарушений порядка отбывания наказания. Признание осужденного злостным нарушителем порядка отбывания наказания влечет за собой наложение взыскания (ч.2–4 ст.116 УИК РФ).

Особенностями исполнения ПММХ в отношении больных психическими расстройствами, не исключающими

вменяемости (ст.22 УК РФ), является отсутствие возможности изменения их вида с АПНЛ на принудительное лечение в психиатрическом стационаре, а также законодательно закрепленная ответственность осужденного за его прохождение. Последнее накладывает на участкового психиатра обязанность по информированию органов полиции, уголовно-исполнительной инспекции и суда в случае уклонения таких лиц от назначенного судом принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях.

Федеральным законом от 29 февраля 2012 г. №14-ФЗ предусмотрена возможность назначения принудительной меры медицинского характера в виде принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях вменяемому лицу старше 18 лет, совершившему преступление против половой неприкосновенности несовершеннолетнего, не достигшего 14-летнего возраста, если лицо, совершившее преступление, страдает расстройством сексуального предпочтения (педофилией). Данная норма появилась в УК РФ в 2012 г.

Часть 1 ст.97 УК РФ была дополнена пунктом “д”, из содержания которого вытекают условия назначения принудительного лечения.

Во-первых, виновный должен совершить одно из преступлений против половой неприкосновенности несовершеннолетних, перечень которых содержится в примечании 1 к ст.73 УК РФ, введенном тем же Федеральным законом. В перечень включены: изнасилование (ст.131 УК РФ), насильственные действия сексуального характера (ст.132 УК РФ), понуждение к действиям сексуального характера (ст.133 УК РФ), половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим 16-летнего возраста (ст.134 УК РФ), развратные действия (ст.135 УК РФ), вовлечение в занятие проституцией (ст.240 УК РФ), организация занятия проституцией (ст.241 УК РФ), изготовление и оборот материалов или предметов с порнографическими изображениями несо-

вершеннолетних (ст.242-1 УК РФ) и использование несовершеннолетних в целях изготовления порнографических материалов или предметов (ст.242-2 УК РФ).

Во-вторых, лицо, совершившее преступление, должно быть старше 18 лет, а потерпевший не должен достичь 14-летнего возраста. И, наконец, расстройство сексуального предпочтения виновного – педофилия – не должно сочетаться с психическими нарушениями, исключающими его вменяемость. Диагноз “педофилия” ставится при проведении судебно-психиатрической экспертизы, в заключении которой также формулируется вывод о нуждаемости виновного в применении к нему принудительных мер медицинского характера.

Принудительные меры медицинского характера назначаются указанным лицам наряду с наказанием и в соответствии с ч.2 ст.99 УК РФ могут быть только в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра. Решение о назначении принудительных медицинских мер должно содержаться в резолютивной части обвинительного приговора.

Исполнение принудительного лечения во время отбывания наказания возлагается на медицинскую службу Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН) Министерства юстиции РФ. В отношении принудительных мер медицинского характера, соединенных с наказанием, действуют правила их продления и прекращения, установленные ч.2 ст.102 УК РФ. Замена амбулаторной принудительной медицинской меры на стационарную законом не предусмотрена. В случае необходимости стационарное психиатрическое лечение осуществляется в порядке, установленном Законом РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”.

Кроме того, Федеральный закон от 29 февраля 2012 г. № 14-ФЗ ввел новую для российского законодательства норму, позволяющую проводить принудительное лечение лиц, указанных в п. “д” ч.1 ст.97 УК РФ, и после отбытия ими наказания, в период условно-досрочного освобожде-

ния (ст.79 УК РФ) или в период отбывания более мягкого наказания (ст.80 УК РФ).

С этой целью не позднее чем за 6 месяцев до истечения срока наказания суд назначает им судебно-психиатрическую экспертизу для решения вопроса о необходимости применения принудительной меры медицинского характера в период досрочного освобождения или отбывания более мягкого вида наказания, а также после отбывания наказания. На основании заключения судебно-психиатрической экспертизы суд может назначить принудительную меру медицинского характера в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра после окончания срока наказания и в других названных случаях.

Одновременно ст.314 УК РФ была дополнена ч.3, устанавливающей уголовную ответственность за уклонение лица, страдающего расстройством сексуального предпочтения (педофилией), не исключающим вменяемости, от применения к нему принудительных мер медицинского характера.

Исполнение амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра, назначенного в качестве принудительной меры медицинского характера после отбывания наказания, включая периоды условно-досрочного освобождения или отбывания более мягкого наказания, возлагается на медицинские организации, оказывающие психиатрическую помощь в амбулаторных условиях (психоневрологические диспансеры, кабинеты психиатров ЦРБ) (ч.1 ст.104 УК РФ). Амбулаторное принудительное лечение, назначенное после отбывания наказания, продлевается и прекращается по правилам, предусмотренным в ч.2 ст.102 УК РФ, и не может быть заменено на принудительное стационарное лечение.

В процессе исполнения амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра психиатрическим учреждениям необходимо взаимодействовать с уголовно-исполнительными инспекциями, уполномочен-

ными осуществлять контроль за применением принудительных мер медицинского характера, назначенных в соответствии с ч.2.1 ст.102 УК РФ (ч.13 ст.16 Уголовно-исполнительного кодекса (УИК) РФ), а также органом внутренних дел.

Прежде всего по истечении срока отбывания наказания либо в случае условно-досрочного освобождения от отбывания наказания или замены неотбытой части наказания более мягким видом наказания необходимые материалы в отношении лица, которое осуждено за совершение в возрасте старше 18 лет преступления против половой неприкосновенности несовершеннолетнего, не достигшего 14-летнего возраста, признанного на основании заключения судебно-психиатрической экспертизы страдающим расстройством сексуального предпочтения (педофилией), не исключающим вменяемости, и в отношении которого судом принято решение в соответствии с ч.2.1 ст.102 УК РФ, передаются администрацией учреждения, исполняющего наказание, в уголовно-исполнительную инспекцию по избранному им месту жительства. В свою очередь, для исполнения решения суда о назначении амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра уголовно-исполнительные инспекции должны обращаться в учреждения здравоохранения, оказывающие амбулаторную психиатрическую помощь по месту жительства лица, которому указанная принудительная мера медицинского характера была назначена. Такой порядок действий вытекает из ч.5 ст.180 УИК РФ и ч.1 ст.104 УК РФ.

Далее психиатрические учреждения, осуществляющие амбулаторное принудительное наблюдение и лечение, должны взаимодействовать с уголовно-исполнительными инспекциями при продлении или прекращении принудительной меры медицинского характера. Федеральным законом от 29 февраля 2012 г. № 14-ФЗ в компетенцию уголовно-исполнительных инспекций было включено полномочие направлять в суд представление о продле-

нии и прекращении применения принудительных мер медицинского характера. В соответствии с указанным ФЗ и ч.1 ст.102 УК РФ продление и прекращение применения принудительных мер медицинского характера в отношении лица, которое осуждено за совершение в возрасте старше 18 лет преступления против половой неприкосновенности несовершеннолетнего, не достигшего 14-летнего возраста, признанного на основании заключения судебно-психиатрической экспертизы страдающим расстройством сексуального предпочтения (педофилией), не исключающим вменяемости, осуществляются судом по представлению уголовно-исполнительной инспекции, контролирующей применение принудительных мер медицинского характера, на основании заключения комиссии врачей-психиатров. Также уголовно-исполнительные инспекции в ч.2 ст.102 УК РФ названы в качестве органа, куда может быть подано ходатайство лица, в отношении которого исполняется принудительная мера медицинского характера, его законного представителя и (или) близкого родственника о прекращении принудительного лечения. При отсутствии (по результатам освидетельствования комиссии врачей-психиатров) оснований для прекращения применения принудительного наблюдения и лечения у психиатра, предусмотрено полномочие уголовно-исполнительной инспекции представлять в суд заключение для его продления.

Кроме того, на лиц, указанных в п. «д» ч.1 ст.97 УК РФ, которым после отбывания наказания, либо в период условно-досрочного освобождения или отбывания более мягкого наказания назначены принудительные меры медицинского характера в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра, распространяется совместный приказ Минздрава РФ и МВД РФ от 30 апреля 1997 г. № 133/269 «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами», в частности, те положения, которые касаются лиц, направленных

судом на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра. Так, утвержденная приказом Инstrukция об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел Российской Федерации по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами, как уже было указано выше, предусматривает выделение группы пациентов, подлежащих активному диспансерному наблюдению в психоневрологических диспансерах (отделениях, кабинетах). В эту группу, помимо больных, страдающих хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, склонных к общественно опасным действиям, включаются все лица, направленные судом на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра. Такие лица обследуются врачом-психиатром не реже одного раза в месяц (п.1.4 Инstrukции). В соответствии с п.2.1.1 Инstrukции психоневрологический диспансер ежегодно направляет в орган внутренних дел по месту жительства лиц, находящихся на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении, список таких лиц, сведения об изменении места жительства, данные о лицах, принятых на такое лечение и снятых с него. В свою очередь, орган внутренних дел направляет в психоневрологический диспансер информацию о лицах, находящихся на указанном лечении, в случае совершения ими общественно опасных деяний, возбуждении уголовного дела, задержании, взятии под стражу, совершении ими административных правонарушений, перемены места жительства и появлении особенностей поведения, говорящих о реальной возможности совершения ими общественно опасных деяний, и необходимости их освидетельствования (п.2.3.1).

При определении полномочий сотрудников органов внутренних дел положения совместного приказа Минздрава РФ и МВД РФ от 30 апреля 1997 г. № 133/269 в целом не противоречат Федеральному закону “О полиции” от 7 февраля 2011 г. № 3-ФЗ.

Так, в соответствии с п.12 ч.1 ст.12 Федерального закона, полиция обязана осуществлять розыск лиц, уклоняющихся от исполнения назначенных им судом принудительных мер медицинского характера. Лица, уклоняющиеся от исполнения назначенных им судом принудительных мер медицинского характера могут быть задержаны сотрудниками полиции до передачи их в учреждения, обеспечивающие исполнение таких мер (п.7 ч.2 ст.14).

Сотрудники полиции также обязаны участвовать совместно с органами здравоохранения “в случаях и порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации, в наблюдении за лицами, страдающими психическими расстройствами... и представляющими опасность для окружающих, в целях предупреждения совершения ими преступлений и административных правонарушений” (п.35 ч.1 ст.12 того же Федерального закона).

Кроме того, как установлено в ч.1 ст.17 названного Федерального закона, полиция имеет право обрабатывать данные о гражданах, необходимые для выполнения возложенных на нее обязанностей, с последующим внесением полученной информации в банки данных о гражданах, среди которых в п.3 ч.3 той же статьи указаны лица, “которые совершили преступление или общественно опасное деяние и в отношении которых судом применены принудительные меры медицинского характера”.

За уклонение от применения принудительных мер медицинского характера лица, страдающие расстройством сексуального предпочтения (педофилией), не исключаящим вменяемости, подлежат уголовной ответственности по ч.3 ст.314 УК РФ.

В процессе проведения лечения обычно происходят позитивные сдвиги в поведении пациента, нивелируются психопатоподобные, аффективные, неврозоподобные нарушения и расстройства сексуального предпочтения, а также связанные с ними асоциальные проявления, что

является основанием для прекращения принудительного лечения, тогда как отсутствие такого сдвига – основанием для его продления.

Решение комиссии врачей-психиатров о необходимости продолжения принудительного лечения в амбулаторных условиях оформляется в виде врачебного заключения, которое вносится в историю болезни (медицинскую карту) и подписывается членами комиссии.

В целом порядок исполнения АПНЛ аналогичен таковому в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами с учетом различий в характере и степени тяжести заболевания. В соответствии с действующим законодательством на контингент лиц, рассматриваемых в данном разделе (ограниченно вменяемых и лиц, страдающих расстройством сексуального предпочтения в виде педофилии), распространяются правила назначения, продления и прекращения судом принудительной меры медицинского характера, а также порядок периодических освидетельствований их комиссией врачей психиатров.

Вместе с тем эти лица существенно отличаются и в правовом, и в клиническом отношении от большей части больных, к которым применяется одноименная принудительная мера.

Прежде всего они не страдают *тяжелым психическим расстройством*, что не дает права сотрудникам психиатрической службы применять к ним недобровольные психиатрические меры в понимании Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”.

Применяемая к ним принудительная мера в амбулаторных условиях не может быть изменена на стационарное принудительное лечение, поскольку последнее в отношении них законодательно не предусмотрено. Вместе с тем эти лица несут ответственность за исполнение назначенного им судом принудительного лечения, и в случае уклонения от его исполнения диспансер должен информировать об этом орган внутренних дел или

уголовно-исполнительную инспекцию для принятия мер в пределах их компетенции.

Медицинская организация не вправе также непосредственно обращаться в суд с представлением о продлении либо прекращении применения принудительной меры в отношении лиц, страдающих расстройством сексуального предпочтения (педофилией). Комиссионное заключение об этом направляется в уголовно-исполнительную инспекцию, которая и осуществляет представление в суд.

1.5. Исполнение принудительных мер медицинского характера в психиатрическом стационаре

Принудительные меры медицинского характера применяются по решению суда в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния, по основаниям и в порядке, установленным Уголовным кодексом Российской Федерации и Уголовно-процессуальным кодексом РФ.

Принудительные меры медицинского характера осуществляются в психиатрических учреждениях органов здравоохранения. Лица, помещенные в психиатрический стационар по решению суда о применении принудительных мер медицинского характера, пользуются правами, предусмотренными Законом РФ от 2 июля 1992 г. №3185-1 “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”. Они признаются нетрудоспособными на весь период пребывания в психиатрическом стационаре и имеют право на пособие по государственному социальному страхованию или на пенсию на общих основаниях.

Следует помнить, что при проведении принудительного лечения могут применяться только методы диагностики, лечения и реабилитации, разрешенные Минздравом России. Выбор этих методов определяется клиническими показаниями.

Все права пациентов психиатрических стационаров разделены на 2 группы. В первую из них входят права,

которые не могут быть ограничены ни при каких условиях: право обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара и соблюдения прав, предоставленных Законом РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”; подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокату; встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине; исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе пост, по согласованию с администрацией иметь религиозные атрибуты и литературу; выписывать газеты и журналы; получать образование по программе общеобразовательной школы или специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития, если пациент не достиг 18 лет; получать наравне с другими гражданами вознаграждение за труд в соответствии с его количеством и качеством, если пациент участвует в производительном труде.

Вторая группа прав пациентов включает права, которые могут быть ограничены в интересах здоровья и безопасности как самих больных, так и других лиц. Такое решение принимает главный врач психиатрического стационара или заведующий отделением по рекомендации лечащего врача. К ограничиваемым правам относятся: ведение переписки без цензуры; получение и отправка посылок, бандеролей и денежных переводов; право пользоваться телефоном, принимать посетителей, иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.

В отношении лиц, находящихся на принудительном лечении, запрещено применять медицинские средства и методы для наказания пациента, запрещается также использование хирургических и иных методов, вызывающих необратимые последствия. Пациенты, находящиеся на принудительном лечении, не могут использоваться для

испытаний медицинских средств и методов, что означает запрет применения новых, но еще не допущенных для всеобщего использования лекарственных и иных средств, также как и методов диагностики и профилактики.

Больным, находящимся на принудительном лечении, ежедневные прогулки предоставляются только на территории больницы. Отпускать больных, находящихся на принудительном лечении, в лечебный отпуск запрещается.

Принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением проводится федеральными психиатрическими учреждениями Минздрава России. В стране организовано 8 федеральных психиатрических больниц специализированного типа с интенсивным наблюдением (Волгоградская, Казанская, Костромская, Орловская, Смоленская, Санкт-Петербургская, Калининградская, Новосибирская ПБСТИН) с коечной мощностью 5640 коек. Их охрана в соответствии с ФЗ «Об охране ПБСТИН» обеспечивается ФСИН России.

Принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа и принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа осуществляется психиатрическими учреждениями органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации. В субъектах РФ развернуто 110 отделений специализированного типа в психиатрических больницах коечной мощностью 6320 коек.

Исполнение ПММХ в психиатрическом стационаре осуществляется врачами-психиатрами совместно с другими специалистами и включает в себя диагностику и лечение психических и поведенческих расстройств, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицин-

скую реабилитацию, в том числе специализированные реабилитационно-профилактические и коррекционно-воспитательные мероприятия, направленные на реабилитацию, ресоциализацию пациентов, профилактику повторных общественно опасных действий, обеспечение преемственности видов принудительного лечения.

Психосоциальная терапия и медико-психосоциальная реабилитация в рамках исполнения принудительных мер медицинского характера в психиатрических стационарах должна осуществляться бригадами специалистов, включающими врачей-психиатров, врачей-психотерапевтов, медицинских сестер, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников, инструкторов по трудовой терапии.

Основанием для приема и содержания пациента на принудительное лечение в психиатрическом стационаре является решение суда о применении к нему принудительных мер медицинского характера в виде принудительного лечения в психиатрическом стационаре.

Прием больных на принудительное лечение производится при наличии копии определения суда, копии заключения судебно-психиатрической экспертизы или акта психиатрического освидетельствования, паспорта или иного документа, удостоверяющего личность больного (удостоверение личности, военный билет, справка об освобождении из мест лишения свободы).

Больные, поступающие на принудительное лечение, размещаются в лечебных отделениях, соответствующих по своему профилю особенностям их поведения, психическому и физическому состоянию. Мужчины и женщины, взрослые и несовершеннолетние содержатся раздельно.

В процессе исполнения ПММХ каждому пациенту обеспечиваются: исследование психического, неврологического и соматического состояния, исследование состояния высших психических функций и индивидуально-психологических особенностей (патопсихологическое

исследование), а также применение современных методов лечения и медико-психосоциальной реабилитации.

Содержание и наблюдение за пациентами должны обеспечивать условия, наиболее благоприятствующие их лечению и медико-психосоциальной реабилитации, не ущемлять их личного достоинства и не подавлять их самостоятельности и полезной инициативы. Оптимальным представляется размещение пациентов в палатах по 4–6 человек.

Психиатрический стационар специализированного типа с интенсивным наблюдением – медицинская организация, предназначенная для проведения по решению суда принудительного лечения лиц, совершивших деяния, предусмотренные Особенной частью Уголовного кодекса Российской Федерации, в состоянии невменяемости, а также лиц, у которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания, если они по своему психическому состоянию представляют особую опасность для себя или других лиц и требуют постоянного и интенсивного наблюдения. Психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением находится в непосредственном подчинении Минздрава России. Организация и закрытие больницы производится Минздравом России, который устанавливает также зону обслуживания данной больницы.

Психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением является самостоятельным учреждением здравоохранения, пользуется правами юридического лица.

Больница выполняет следующие основные функции:

- диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств;
- психосоциальной терапии и медико-психосоциальной реабилитации с разработкой и реализацией индивидуальных лечебно-реабилитационных программ,

использованием бригадного принципа работы с участием (в зависимости от этапа лечебно-реабилитационного воздействия) врачей-психиатров, психотерапевтов, медицинских сестер, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников, инструкторов по трудовой терапии;

- обеспечения постоянного интенсивного наблюдения за состоянием и поведением лиц, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре;
- профилактики повторных общественно опасных действий психически больных;
- участия в решении социальных вопросов;
- участия в решении вопросов опеки;
- организации обучения несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами, находящихся на принудительном лечении;
- участия в решении вопросов социально-бытового устройства пациентов;
- организации и проведении психиатрической экспертизы, в том числе по вопросам определения нетрудоспособности; изменения, продления, отмены принудительного лечения;
- обеспечения взаимодействия психиатрических стационаров специализированного типа с интенсивным наблюдением с другими подразделениями психиатрической службы, направленными на профилактику повторных общественно опасных деяний;
- ведения учетной и отчетной документации, представления отчетов о деятельности в установленном порядке.

Обеспечение безопасности в психиатрическом стационаре – это совокупность мероприятий, направленных на беспрепятственное оказание медико-социальной помощи

лицам, находящимся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре, постоянное и интенсивное наблюдение за их поведением, пресечение любых насильственных действий со стороны указанных лиц в отношении других лиц, членовредительства и самоубийства лиц, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре, обеспечение безопасности медицинского персонала психиатрического стационара и иных лиц, находящихся на его территории.

Охрану психиатрического стационара, безопасность находящихся на его территории лиц, сопровождение и охрану лиц, которым назначено принудительное лечение в психиатрическом стационаре обеспечивает подразделение охраны психиатрического стационара – учреждение уголовно-исполнительной системы.

Задачами подразделения охраны психиатрического стационара являются:

- охрана психиатрического стационара;
- обеспечение безопасности лиц, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре, медицинского персонала, а также иных лиц, находящихся на территории психиатрического стационара;
- содействие медицинскому персоналу в осуществлении постоянного и интенсивного наблюдения за состоянием и поведением лиц, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре, в том числе с использованием технических средств;
- обеспечение соблюдения в психиатрическом стационаре установленного пропускного режима;
- сопровождение и охрана лиц, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре, при переводе их из одного психиатрического стационара в другой или при направлении в иные учреждения здравоохранения для оказания меди-

цинской помощи в сопровождении медицинского персонала психиатрического стационара.

Обеспечение охраны психиатрического стационара и безопасности находящихся на его территории лиц осуществляется на основе принципов законности и соблюдения прав и свобод человека и гражданина, основывается на Конституции Российской Федерации, общепризнанных принципах и нормах международного права, Законе Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185-1 “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1992, № 33, ст.1913; Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 30, ст.3613; 2002, № 30, ст.3033; 2003, № 2, ст.167; 2004, № 27, ст.2711), Федеральном законе от 7 мая 2009 г. № 92-ФЗ “Об обеспечении охраны психиатрических больниц (стационаров) специализированного типа с интенсивным наблюдением” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2009, № 19, ст.2282).

Интенсивное наблюдение (усиленное наблюдение) за состоянием и поведением лиц, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре, осуществляется медицинским персоналом при содействии сотрудников подразделения охраны психиатрического стационара, в том числе с использованием технических средств.

Территория психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением, ее здания, помещения, техническое оборудование (в том числе средства теле-, видео- и радиоконтроля, используемые для наблюдения за состоянием и поведением лиц, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре) планируются и организуются в соответствии с действующими Правилами устройства и эксплуатации психиатрических больниц, с учетом условий, необходимых для обеспечения постоянного и интенсивного наблю-

дения за больными, и содержатся согласно требованиям санитарного законодательства.

Основанием для приема и содержания психически больного является определение суда о применении к нему принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

В соответствии с уголовным законодательством в психиатрическую больницу специализированного типа с интенсивным наблюдением для принудительного лечения направляются больные, представляющие по своему психическому состоянию особую опасность для себя или других лиц и требующие постоянного и интенсивного наблюдения:

- совершившие общественно опасные действия в состоянии невменяемости;
- заболевшие после совершения преступления, но до вынесения приговора, психическим расстройством, лишающим их возможности отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими, либо временным расстройством психической деятельности, которое препятствует определению психического состояния во время совершения общественно опасного деяния;
- заболевшие во время отбывания наказания психическим расстройством, препятствующим дальнейшему отбыванию наказания.

Принудительное лечение в психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением, являясь мерой медицинского характера, имеет своей целью устранение особой опасности больного для общества путем проведения необходимых лечебных и реабилитационных мероприятий.

Прием больных в психиатрическую больницу специализированного типа с интенсивным наблюдением производится при наличии копии определения суда, копии заключения судебно-психиатрической экспер-

тизы или акта психиатрического освидетельствования, паспорта или иного документа, удостоверяющего личность больного (удостоверение личности, военный билет, справка об освобождении из мест лишения свободы). На лиц, содержащихся до вынесения определения суда под стражей, представляется также личное дело и справка соответствующей формы о времени пребывания под стражей.

При переводе из учреждений уголовно-исполнительной системы лиц, которым назначено принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением, сопровождение и передача указанных лиц в психиатрический стационар осуществляются силами и средствами уголовно-исполнительной системы с привлечением медицинского персонала учреждений уголовно-исполнительной системы.

Основными принципами психосоциальной реабилитации в больнице являются дифференцированный (в зависимости от состояния больного) режим наблюдения и этапность лечебно-реабилитационного воздействия.

Важная часть психосоциальной реабилитации – организация работы по принципу профилизации отделений в зависимости от режима наблюдения за пациентами и этапа лечебно-реабилитационного процесса. В больнице организованы отделения со строгим, дифференцированным и расширенным режимами содержания.

Больные, помещенные в психиатрическую больницу специализированного типа с интенсивным наблюдением, пользуются правом переписки, получения передач, посылок, бандеролей, денежных переводов и свиданий. Временное запрещение свиданий больных (помимо устанавливаемых карантином), допускается лечащим врачом с ведома заведующего отделением, в случаях, когда они диктуются состоянием больного и интересами его лечения.

Свидания производятся в присутствии медицинского персонала и сотрудника подразделения охраны психиат-

рического стационара в специально оборудованном для этой цели помещении, исключающем побег.

Наблюдение и надзор за поведением психически больных в отделении, во время трудотерапии, культурерапии, прогулок, свиданий возлагается на медицинский персонал, а также на подразделение охраны психиатрической больницы.

Выход больных за пределы психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением не разрешается. Отпуск больным из больницы не предоставляется. Для предотвращения выхода больных за пределы психиатрической больницы, а также проникновения на ее территорию посторонних лиц устанавливается контрольно-пропускная система и охрана силами подразделения охраны психиатрического стационара.

Психиатрический стационар для исполнения принудительного лечения специализированного типа является обязательным структурным подразделением региональной психиатрической службы, предназначенным для проведения принудительного лечения психически больных, совершивших общественно опасные деяния, представляющих повышенную опасность для общества и по своему психическому состоянию требующих постоянного наблюдения.

Организация и закрытие психиатрического стационара для принудительного лечения специализированного типа производится органом исполнительной власти в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Территория отделения оборудуется средствами охранной и тревожной сигнализации с учетом условий, необходимых для обеспечения постоянного наблюдения за пациентами.

Контроль за деятельностью психиатрического стационара (отделения) для принудительного лечения специализированного типа, обеспечение режима содержания пациентов, организацию системы мер по предупреждению побегов, совершения повторных противоправных

действий психически больных осуществляет и обеспечивает главный врач больницы, в составе которой он организован.

Отделение (больница) специализированного типа выполняет следующие основные функции:

- диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств;
- проведения фармакотерапии, психосоциальной терапии и медико-психосоциальной реабилитации с применением современных методов бригадного ведения больных;
- обеспечения постоянного наблюдения за пациентами;
- профилактики противоправного поведения;
- вовлечения пациента в групповую психосоциальную терапию;
- помощи в решении социальных проблем;
- участия в решении вопросов опеки;
- организации обучения несовершеннолетних, находящихся на принудительном лечении;
- участия в решении вопросов социально-бытового устройства пациентов;
- организации и проведения психиатрической экспертизы, в том числе по вопросам определения нетрудоспособности; изменения, продления, отмены принудительного лечения;
- обеспечения взаимодействия психиатрического стационара специализированного типа с другими подразделениями психиатрической службы, направленного на профилактику повторных общественно опасных действий больных;
- ведения учетной и отчетной документации, предоставления отчетов о деятельности в установленном порядке.

В соответствии с действующим законодательством в психиатрический стационар специализированного

типа для принудительного лечения направляются лица, представляющие общественную опасность, которые по своему психическому состоянию требуют постоянного наблюдения:

- совершившие общественно опасные деяния в состоянии невменяемости;
- заболевшие после совершения преступления, но до вынесения судом приговора, психическим расстройством, лишаящим их способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими, либо временным расстройством психической деятельности, которое препятствует определению психического состояния во время совершения общественно опасного деяния;
- заболевшие во время отбывания наказания психическим расстройством, препятствующим дальнейшему отбыванию наказания в пенитенциарной системе.

Прием больных в психиатрический стационар специализированного типа производится дежурным врачом психиатрической больницы при наличии копии определения суда, копии акта судебно-психиатрической экспертизы или акта психиатрического освидетельствования, паспорта или иного документа, удостоверяющего личность больного (удостоверение личности, военный билет, справка об освобождении из мест лишения свободы). На лиц, содержащихся до вынесения определения суда под стражей, представляется также личное дело и справка соответствующей формы о времени пребывания под стражей.

Ежедневные прогулки больным психиатрического стационара специализированного типа обязательны, за исключением пациентов, находящихся на постельном режиме. Места прогулок должны быть изолированы от других отделений, технически укреплены и оборудованы средствами охранной сигнализации.

Свидания с родственниками проводятся в специально оборудованном помещении, исключающем побеги, в присутствии медицинского персонала.

Выход больных с территории психиатрического стационара специализированного типа и прогулочного дворика разрешается только для проведения лечебно-реабилитационных и диагностических мероприятий в сопровождении медицинского персонала. Лечебные отпуска больным отделения не предоставляются.

Для предотвращения самовольного выхода больных за пределы психиатрического стационара специализированного типа, а также проникновения на его территорию посторонних лиц устанавливается контрольно-пропускная система.

В отличие от психиатрического стационара специализированного типа, наблюдение за больными и условия их пребывания *в психиатрическом стационаре для исполнения принудительного лечения общего типа* практически не отличаются от оказания стационарной психиатрической помощи на общих основаниях. Такие пациенты госпитализируются на принудительное лечение в общие психиатрические отделения региональной психиатрической службы, не имеющие специальных мер безопасности. Однако в обязанности работающего в них персонала вменяется проведение лечебно-реабилитационной работы, необходимой для достижения цели принудительного лечения пациента, редукции его общественной опасности, что во всех случаях определяет специфику социально-терапевтических и социально-реабилитационных мероприятий. Изложенное определяет нецелесообразность направления на ПЛ общего типа пациентов с выраженными нарушениями поведения, болезнями зависимости.

Все лица, которым назначены принудительные меры медицинского характера в психиатрическом стационаре, подлежат освидетельствованию комиссией врачей-психиатров не реже одного раза в 6 месяцев для решения

вопроса о наличии оснований для внесения представления в суд о прекращении применения или об изменении такой меры.

Психиатрическое освидетельствование проводится врачебной комиссией, персональный состав которой утверждается главным врачом больницы. В состав комиссии обязательно входит лечащий врач больного.

При отсутствии оснований для прекращения применения или изменения принудительной меры медицинского характера администрация учреждения, осуществляющего принудительное лечение, представляет в суд заключение для продления принудительного лечения. Первое продление принудительного лечения может быть произведено по истечении 6 месяцев с момента начала лечения.

При решении вопроса об изменении или прекращении применения принудительной меры медицинского характера рекомендуется использовать принцип ступенчатости, заключающийся в постепенном изменении вида таких мер от более к менее строгим, вплоть до полной их отмены.

После получения администрацией психиатрической больницы определения суда об изменении, либо отмене принудительной меры медицинского характера в психиатрическом стационаре, больница немедленно извещает психоневрологический диспансер (диспансерное отделение, кабинет) по месту постоянного жительства пациента, а также администрацию лечебного учреждения, в которое будет переведен больной в случае изменения принудительной меры медицинского характера.

Копия выписного эпикриза направляется в 3-дневный срок после выписки или перевода больного в другую больницу, в психоневрологический диспансер (диспансерное отделение, кабинет) по месту жительства больного, а в случае перевода больного в другую психиатрическую больницу – и в указанную больницу вместе с другими документами.

Эпикриз должен содержать краткое изложение анамнеза (катамнеза), развития и течения болезни, данных специальных исследований и лечения, обоснование диагноза, а также иные клинические и социальные сведения: ведущий синдром, тип течения болезни, психопатологический механизм, характер и кратность ООД, личностные и ситуационные факторы, способствующие и препятствующие совершению ООД, проведенные на данном этапе лечебно-реабилитационные мероприятия, рекомендуемые по выписке лечебные и социально-реабилитационные мероприятия, иные меры по предотвращению ООД.

Выписываемые больные направляются к месту жительства, в зависимости от состояния, в сопровождении родственников, законных представителей, медицинских работников или самостоятельно.

Лица, совершившие общественно опасные действия в состоянии вменяемости, но заболевшие до вынесения приговора временным расстройством душевной деятельности и направленные на принудительное лечение в психиатрическую больницу, после отмены принудительного лечения направляются в распоряжение лица или органа, в производстве которого находится дело, силами и средствами органов внутренних дел.

Больные, выписанные из больницы в связи с отменой принудительного лечения либо изменения вида принудительного лечения на амбулаторное принудительное лечение и наблюдение у психиатра, передаются родственникам или опекунам непосредственно в психиатрической больнице, а в случае невозможности родственников или опекунов приехать за больным, последний направляется по месту жительства в сопровождении медицинских работников психиатрической больницы, либо самостоятельно.

Необходимыми условиями эффективности исполнения назначенных судом принудительных мер медицинского характера в стационарах, предупреждения совершения

пациентами повторных ООД является обеспечение преемственности лечебных и реабилитационных мероприятий при изменении принудительных мер медицинского характера.

Контрольные вопросы

1. Каковы особенности нормативно-правового регулирования назначения и исполнения принудительных мер медицинского характера в нашей стране и зарубежных странах?
2. Какие этапы развития принудительного лечения психически больных в нашей стране можно выделить?
3. Перечислите основные документы, регламентирующие назначение, продление и исполнение принудительных мер медицинского характера.
4. Дайте характеристику действующей системы исполнения принудительных мер медицинского характера в Российской Федерации.
5. Какова цель применения принудительных мер медицинского характера и способы ее достижения?
6. Какие принципы выбора вида принудительного лечения рекомендуются к применению в судебно-психиатрической экспертной практике?
7. Дайте характеристику действующего в психиатрии порядка продления, изменения вида и отмены принудительного лечения.
8. Назовите особенности психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации больных, находящихся на принудительном наблюдении и лечении у врача-психиатра в амбулаторных условиях.
9. Каков порядок межведомственного, мультидисциплинарного взаимодействия при исполнении

назначенного судом принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях? Какие документы его регламентируют?

10. Какие модели организации деятельности внебольничного психоневрологического учреждения (подразделения) по исполнению принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях Вам известны?
11. Каковы правовые основы и особенности организации принудительного лечения больных с расстройством сексуального предпочтения (педофилией)?
12. Дайте характеристику стационарных видов принудительного лечения, перечислите их основные различия.
13. Охарактеризуйте биопсихосоциальную модель оказания психиатрической помощи больным в процессе исполнения принудительных мер медицинского характера.
14. Каковы особенности организации и проведения психосоциальной терапии и реабилитации психически больных при исполнении различных видов принудительного лечения?

Глава 2

ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ СТРУКТУРЫ ДИАГНОЗА У ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ

Как известно, процесс диагностики применительно к любой нозологической единице или группе расстройств – сложная и ответственная задача, качество выполнения которой определяет тактику и эффективность последующего лечебно-реабилитационного воздействия и зависит от уровня подготовки и квалификации специалиста, доступных ему методов обследования и выбранного диагностического, классификационного подхода.

В психиатрии существует несколько классификационных подходов.

Категориальная классификация распределяет психические расстройства по категориям – нозологическим единицам, выделяемым на основе сочетания ряда симптомов.

В многомерной классификации используется система предложенных Н.Ж. Еysenck (1970) трех измерений: психотизм, невротизм и интроверсия-экстраверсия, эффективность использования которых в последующем не нашла подтверждения в исследовательской практике.

Многоосевой классификационный подход направлен на одновременную оценку различных, в том числе независимых друг от друга, аспектов заболевания, к числу которых относится не только клиническая характеристика, но и семейная, трудовая адаптация, наличие патологии личности, сопутствующих соматических заболеваний и др.

Хронические психические расстройства в значительной степени изменяют способность больного к выполнению различных социальных функций, его адаптационные способности. Указанные изменения сохраняются на протяжении длительного времени, даже после

медикаментозного купирования психопатологической симптоматики психотического регистра, и определяют необходимость проведения психологической коррекции, психосоциальной работы, эффективность которой во многом будет зависеть от личностных особенностей больного, наличия у него установки на сотрудничество со специалистами психиатрической службы, приверженности проводимому лечению. Изложенное определяет актуальность использования многоосевого подхода при диагностике психических расстройств. Его применение положено в основу действующих многоосевых классификаций (DSM-IV, МКБ-10).

Многоосевой подход представлен в МКБ-10 тремя осями. Первая – ось клинических диагнозов, по которой определяются психические и соматические расстройства, расстройства личности.

Вторая ось – нетрудоспособность, по которой проводится оценка функционирования больного в течение последнего месяца по сферам жизнедеятельности, в числе которых: самообслуживание, трудовая деятельность, деятельность в семье и дома, жизнедеятельность в широком социальном смысле.

Третья ось – контекстуальные факторы, включающая оценку факторов окружающей среды и образа жизни, оказывающих влияние на картину, течение и прогноз психического расстройства.

Таким образом, результаты многоосевой оценки имеют прямое отношение к формированию индивидуального плана лечебно-реабилитационной работы с больным.

Целостная оценка состояния достигается единым пониманием болезни, структура которой может быть результатом слияния ряда факторов: патопсихологических, личностных и клинико-психопатологических, возрастных и социальных.

Многоосевая диагностика, будучи функциональной, предоставляет возможность динамической оценки психопатологической характеристики и различных уровней

адаптации пациента, обеспечивая анализ эффективности проводимой лечебно-реабилитационной работы с ним.

Функциональный диагноз, основанный на использовании многоосевого подхода, позволяет оценить комплекс клинико-психопатологических, личностных и социальных факторов, компенсаторные возможности пациента и разработать эффективную индивидуальную программу лечения и психосоциальной реабилитации.

Для достижения цели исполнения принудительных мер медицинского характера, включающей наряду с лечением либо значительным улучшением психического состояния пациента редуцию риска его опасного поведения, использование многоосевого диагностического подхода является целесообразным и необходимым.

При формировании функционального диагноза целесообразно выделять клиническую (клинико-психопатологическую), психологическую (патопсихологическую) и социальную (с оценкой социального функционирования и контекстуальных факторов) оси.

Клиническая (клинико-психопатологическая) ось включает оценку: преморбидных особенностей личности; имеющихся психопатологических нарушений, в том числе выраженность продуктивных (психотических) и негативных (дефицитарных) проявлений; течения заболевания; наличия зависимости или злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами (ПАВ), коморбидной основному заболеванию психической и соматической патологии; особенностей психического состояния, определяющих общественную опасность больного.

По клинической оси регистрируются: диагноз психического расстройства, актуальный психопатологический синдром, особенности клинической картины и течения психического расстройства; наличие расстройства личности; болезни зависимости; соматические заболевания; психопатологический механизм совершенного ООД, клинико-психопатологические факторы риска опасного поведения.

По психологической (патопсихологической) оси оцениваются:

- особенности основных сфер психической деятельности (памяти, внимания, мышления, эмоционально-волевой сферы);
- личностные особенности, в том числе индивидуально-личностные, характерологические, а также потребностно-мотивационная сфера, особенности эмоционального реагирования, типы реагирования на фрустрацию;
- иные психологические факторы, способствующие и препятствующие формированию опасного поведения, в том числе механизмы психологической адаптации, самоконтроль, отношение к болезни и проводимому лечению, психологические конфликты, тип приспособительного поведения и др.

По данной оси определяются ведущие патопсихологические симптомокомплексы, оцениваются адаптационные возможности пациента, реабилитационный потенциал, выделяются психологические факторы риска и факторы, препятствующие совершению опасных действий. В последующем (с учетом данных, полученных при оценке клинической и социальной осей) определяются психотерапевтические приоритеты и направленность психокоррекционного воздействия.

Социальная ось включает 2 составляющие.

Оценка социального функционирования проводится с анализом способности больного к самообслуживанию, трудовой деятельности, его семейной адаптации, а также способности к социальному функционированию в целом.

Оценка контекстуальных факторов предполагает анализ проблем, связанных с поддержкой окружающих, включая семейные взаимоотношения; с социальным окружением; с жилищным и материальным положением; с трудовой деятельностью или безработицей; с употреблением алкоголя или ПАВ; с невыполнением медицинских

рекомендаций и несоблюдением схемы и режима лечения в анамнезе; агрессивным и аутоагрессивным поведением в анамнезе и др.

По данной оси регистрируются: особенности социальной адаптации пациента, характер имеющихся у него проблем социального функционирования (семейных, жилищных, трудовых, материальных, наличия асоциального окружения и др.); выделяются социальные факторы риска опасного поведения.

Оценка по данной оси помогает определить направленность социально-терапевтического воздействия, цель и характер необходимой работы по ресоциализации больного.

Представленные параметры функционального диагноза позволяют определить оптимальную для пациента тактику лечебно-реабилитационной работы: психофармакотерапии, психотерапевтического и психокоррекционного воздействия, социально-терапевтических мероприятий. Они являются обобщающими показателями для формирования индивидуальных программ психосоциальной реабилитации и оценки эффективности их реализации, определяющими достижение цели исполнения принудительных мер медицинского характера.

Известно, что клинические проявления хронического психического расстройства могут существенно изменять восприятие больным действительности и способы реагирования на нее, нарушая адаптацию в семье и обществе, изменяя способность к выполнению социальных функций. Психофармакотерапия не обеспечивает восстановление социального функционирования, редукцию общественной опасности, к примеру, у больных с выраженной негативной симптоматикой, личностными нарушениями. Необходимость психолого-психотерапевтической коррекционной работы, социально-терапевтических мероприятий не вызывает сомнения. Результаты лечения во многом будут зависеть от особенностей социальной среды, с которой столкнется пациент после выписки и к которым

он должен быть готов, от личностных и поведенческих особенностей больного, степени его приверженности к сотрудничеству с врачом, приему терапии.

Приведенный ниже клинический пример иллюстрирует необходимость применения практики многоосевой диагностики, формирования функционального диагноза в практике исполнения ПММХ для достижения цели профилактики рецидива опасного поведения психически больных.

Больная М., 1992 года рождения, родилась в двойне, недоношенная с весом 2,2 кг, в семье злоупотребляющих алкогольными напитками. С рождения находилась в приюте. Имеет брата, который в настоящее время злоупотребляет алкоголем, не имеет постоянного места жительства, “судим за кражу”.

С детства отставала в физическом и психическом развитии от сверстников. С 6 лет отмечались судорожные приступы с потерей сознания, получала лечение. С 7 лет обучалась в школе “по облегченной программе”. После смерти отца мать лишена родительских прав, больная была определена в дом-интернат. С 2002 г. появились приступы “агрессии”, во время которых “кричит, бьет, кусает детей, бросает игрушки, ломает мебель, нецензурно бранится”. В школе училась слабо, пропускала занятия, бесцельно бродила с братом по городу. В 2003 г. впервые поступила в стационар областной психиатрической больницы. Из описания психического статуса на момент поступления: “Ориентирована полностью верно, причину госпитализации объясняла уходами из интерната. Критически поступки не оценивала, обвиняя во всем окружающих. Фон настроения переменчивый. Была неусидчива, суетлива, постоянно теребила волосы на голове, пальцы рук. Запас знаний и умений не соответствовал возрасту. Речь плохо модулирована. Мышление конкретное. Абстрагирование недоступно”. По заключению психолога было выявлено наличие олигофренического психологического симптомокомплекса, выражающегося в низком уровне обобщения и отвлечения, трудности дифференцировать существенные признаки от несущественных, в непонимании условного смысла пословиц, инфантильности эмоциональной сферы. Во время пребывания в стационаре было проведено ЭЭГ, обнаружены “умеренные диффузные изменения на

резидуально-органическом фоне”. Регистрировались эпизоды первичной эпилептиформной активности с частотой комплексов “пик-волна” 3 сек и продолжительностью до 4 сек (“ЭЭГ патрон простого абсанса”). 24.12.2003 г. наблюдался развернутый, единичный эпилептический приступ. Проводилось лечение неулептилом, глицином, поливитаминами, карбамазепином, гексамидином. Выписана с диагнозом “Олигофрения в степени дебильности неясного генеза с психопатизацией личности”. С этого времени находилась под наблюдением психиатра с диагнозом “Задержка психического развития на грани с дебильностью, психопатоподобный синдром”.

Окончила 9 классов специальной коррекционной школы. В 2006 г. путем кесарева сечения родила ребенка, которого оставила в роддоме, дальнейшую его судьбу не отслеживала. В 2007 г. поступила в училище по специальности швея. За период обучения были “эпизоды агрессивности, била стекла, раскидывала вещи, злоупотребляла алкогольными напитками”, отмечались судорожные припадки.

В этом же году поступила повторно в стационар областной психиатрической больницы. На период поступления в психическом статусе описывалось интеллектуально-мнестическое снижение. Бравировала своим поведением и алкоголизацией. Была аффективно неустойчива. В разговоре косноязычна. Мышление было конкретное. По заключению психолога, отмечалось недоразвитие познавательной сферы в рамках олигофренического патопсихологического симптомокомплекса, недостаточность навыков планирования и контроля своих действий, IQ=63. По результатам ЭЭГ определены признаки дисфункции головного мозга, умеренные нарушения биоэлектрической активности головного мозга. Получала лечение аминазином, кеппрой, неулептилом. Выписана с диагнозом “Легкая умственная отсталость в степени дебильности”. При выписке была рекомендована поддерживающая терапия неулептилом. Врачебные рекомендации после выписки не выполняла.

В 2008 г. больной определена II группа инвалидности по психическому заболеванию. В последующем переосвидетельствование МСЭК не проходила, пенсию не получала. Вместе с братом как сироты получили двухкомнатную квартиру, через несколько месяцев больная устроила в квартире пожар с суицидальной целью по причине того, что “брат с ней мало

общается, не обращает на нее внимание”. После чего квартиру продали. На полученные деньги купили дом в сельской местности, в котором больная не проживала, не прописана, его адрес ей неизвестен.

Постоянного места жительства не имела, жила у случайных знакомых, ночевала в подъездах, бродяжничала, злоупотребляла спиртными напитками, отмечались судорожные припадки, противосудорожную терапию не принимала. Не работала, пособие по безработице, пенсию по инвалидности не оформляла. Имелись приводы в полицию, неоднократно привлекалась к административной ответственности, к уголовной ответственности не привлекалась.

С частотой примерно один раз в год попадала в поле зрения психиатров. Записи из амбулаторной карты: “10.03.2009 г. – живет с братом, доставлена в центральную районную больницу в состоянии опьянения. Конфликтовала с братом, была агрессивна. Алкогольные напитки употребляет с 11 лет. Последние 2 года употребляет водку, пиво часто. Были приводы в милицию за пьянство”. “24.02.2010 г. – осмотрена в изоляторе временного содержания, куда была доставлена в связи с неадекватным поведением. Данных о психозе нет”. “11.04.2011 г. Жалобы на раздражительность. Приступы судорожные ежемесячно. Живет с братом, не работает. Эмоционально лабильна. Симптоматическая эпилепсия с умеренными изменениями личности”. “15.02.2013 г. Жалобы на приступы с частотой 1–2 раза в месяц, назначено лечение”. “23.05.2014 г. Доставлена сотрудниками полиции на экспертизу опьянения. Живет с сожителем, ведет асоциальный образ жизни. Нигде не работает, постоянно употребляет алкоголь. Эпилептические приступы наблюдаются, противосудорожную терапию не принимает”.

19.10.2014 г. в состоянии сильного алкогольного опьянения больная нанесла гр. А. (сожителю) множественные удары гвоздодером, от полученных повреждений последний скончался. Была привлечена к уголовной ответственности по ст.111 ч.4 УК РФ. Проведена судебная стационарная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза. При поступлении в стационар у нее отмечалось снижение настроения, контакту была доступна, но беседовала с неохотой. На вопросы отвечала кратко.

Фиксировала внимание экспертов на том, что у нее бывают припадки и состояние “когда злость нападает”. Сообщала, что

приступы у нее возникали “когда ее рассердят”, также связывала их с алкоголизацией: “Если 2, 3 дня не выпиваю, у меня приступы”, после которых “могла уехать в другой город, не понимала, где нахожусь”. Описывала предвестники припадков “дергается голова, сводит мышцы шеи”. Отмечала, что такое состояние могло продолжаться около 1 минуты, старалась лечь. Описывала также серии припадков до 2–3 подряд. Говорила, что периодически принимала “успокаивающее лечение фенобарбиталом”. Описывала попытку суицида, во время которой устроила пожар в квартире: “Я пьяная напилась и хотела жизнь покончить. Сложила бумагу на плитку, включила ее и спать легла”. Галлюцинаторно-бредовых расстройств выявлено не было. Мышление вязкое, тугоподвижное. Интеллектуально-мнестически была снижена. Критика к своему состоянию и совершению ООД отсутствовала.

На ЭЭГ отмечались “умеренные общемозговые изменения. Неустойчивое функциональное состояние головного мозга. Признаки органических дегенеративных изменений с явлениями выраженной гипофронтальности”. По данным психологического обследования, отмечались значительные изменения эмоционально-волевой сферы (значительные нарушения контроля поведения и проявления эмоций, импульсивность, выраженный дефицит навыков планирования, прогнозирования деятельности, критических способностей). Низкий уровень актуальных и потенциальных способностей интеллекта, недоразвитие основных мыслительных операций (конкретность мышления, недоступность абстрагирования, слабость аналитико-синтетических функций), низкая способность к обучению, переносу усвоенного способа действия на аналогичные условия, отсутствие познавательной активности в рамках олигофренического патосимптомокомплекса на фоне замедленности темпа умственной деятельности, инертности психических процессов, явлений трудной вработываемости в сочетании с истощаемостью при однообразной нагрузке.

По заключению комиссии экспертов от 10.02.2015 г., у М. “обнаруживаются признаки слабоумия, а именно органического заболевания головного мозга сложного генеза (вследствие эпилепсии, токсического поражения) с выраженными нарушениями личности в эмоционально-волевой и когнитивной (познавательной) сфере”. Рекомендовалось признать ее невменяе-

мой. Постановлением суда М. была освобождена от уголовной ответственности, ей было назначено принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа.

Таким образом, формирование общественно опасного поведения у М. обусловлено взаимным влиянием клинко-психопатологических (наличием слабоумия, выраженных изменений личности и поведения, злоупотреблением алкоголем), личностных (значительных нарушений контроля поведения и проявлений эмоций, импульсивностью, выраженным дефицитом навыков планирования, прогнозирования деятельности, критических способностей и др.) и социальных (полной социальной дезадаптацией, наличием асоциального окружения, невыполнением медицинских рекомендаций и др.) факторов. Все они должны быть учтены при формировании функционального диагноза и программы индивидуальной психосоциальной терапии и реабилитации пациентки.

Внедрение функционального диагноза в практику принудительного лечения является важной составляющей реализации биопсихосоциального подхода к оказанию психиатрической помощи больным с общественно опасным поведением.

Его применение невозможно без использования мультидисциплинарного подхода. Функциональный диагноз обозначает направление работы бригады специалистов и каждого ее члена в отношении конкретного пациента, обеспечивает ее целенаправленность и результативность, определяет содержание и вектор социально-терапевтических, социально-реабилитационных мероприятий на разных этапах стационарного ПЛ и АПЛ.

На адаптационно-диагностическом этапе исполнения принудительных мер медицинского характера:

- формируется функциональный диагноз (определяются диагноз психического расстройства, актуальный психопатологический синдром, особенности клинической картины и течения психического расстройства, коморбидная патология, психопатологический механизм совершенного ООД, клини-

ко-психопатологические факторы риска опасного поведения; оцениваются ведущий патопсихологический симптомокомплекс, особенности личности, адаптационные возможности больного, реабилитационный потенциал, психологические факторы, способствующие и препятствующие формированию опасного поведения; уровень социальной адаптации пациента, характер имеющихся у него проблем социального функционирования, социальные факторы риска опасного поведения);

- определяются психотерапевтические приоритеты и направленность психокоррекционного воздействия, социально-терапевтической работы с больным;
- разрабатывается индивидуальная программа психосоциальной терапии и реабилитации (ИПР).

При разработке ИПР учитываются: психиатрический диагноз; сопутствующие болезни зависимости; соматическая и неврологическая патология, ее возможное влияние на переносимость психофармакотерапии; особенности клинической картины и течения болезненного расстройства – соотношение позитивных и дефицитарных расстройств, степень выраженности расстройств поведения, факторы хронификации патологического процесса; наличие криминального опыта; психопатологический механизм ООД; ситуационные факторы, способствующие совершению ООД; особенности личности пациента – устойчивость просоциальных установок, личных ценностей, долгосрочные личные цели пациента; характер и степень социальной дезадаптации; реабилитационный потенциал.

Индивидуальная социально-терапевтическая и социально-реабилитационная работа включает медикаментозные виды лечения, психосоциальную терапию, психосоциальную реабилитацию, трудовую терапию и трудовое устройство пациентов.

Предусматривается применение личностно ориентированной индивидуальной, семейной и групповой

психотерапии, терапии средой; в случае необходимости – лечение зависимости от ПАВ; помощь в решении вопросов восстановления прав на жилье, поиск утраченных документов, регистрация по месту жительства, восстановление пенсии, пособий, льгот и др.

Важная роль отводится психообразовательным программам, с помощью которых пациентам представляется информация о психических заболеваниях, позволяющая им понять свое состояние, своевременно распознавать и контролировать отдельные болезненные проявления и симптомы, формируется приверженность лечению.

На этапе интенсивных лечебно-реабилитационных мероприятий проводятся:

- психофармакотерапия;
- установление оптимальной интенсивности и длительности режима психосоциальной терапии и реабилитации;
- формирование социально приемлемых форм поведения, направленных на профилактику повторных ООД;
- восстановление или формирование познавательных, эмоционально-волевых, мотивационных функций;
- формирование установки на отказа от употребления алкоголя и психоактивных веществ;
- восстановление или приобретение трудовых навыков, навыков самостоятельного проживания и общения.

На этапе стабилизации достигнутого эффекта продолжаются:

- психофармакотерапия до достижения стойкого клинического эффекта, редукции болезненной симптоматики;
- работа, направленная на восстановление социально-трудовой адаптации;
- продолжение реализации важных для профилактики опасного поведения пациента мероприятий

ИПР, в том числе направленных на повышение волевого контроля над поведением в различных жизненных ситуациях, комплаентность, отказ от употребления ПАВ.

На заключительном этапе осуществляются:

- оценка риска повторности совершения ООД;
- определение тактики дальнейшей поддерживающей биологической и психосоциальной терапии и реабилитации при проведении предполагаемых других видов стационарного ПЛ или АПНЛ;
- разработка рекомендаций по реализации лечебно-реабилитационных воздействий после отмены данного вида ПЛ, подготовка к выписке.

Контрольные вопросы

1. Какие классификационные подходы в психиатрии Вам известны и в чем их основные различия?
2. Дайте характеристику используемого в МКБ-10 многоосевого подхода.
3. Дайте характеристику основных принципов формирования функционального диагноза при исполнении принудительных мер медицинского характера.
4. Какова связь многоосевого принципа диагностики с психосоциальной терапией и реабилитацией психически больных при исполнении принудительных мер медицинского характера?
5. Каковы характеристики клинико-психопатологического, психологического и социального блоков функционального диагноза?
6. Назовите этапы исполнения принудительных мер медицинского характера, дайте их характеристику.
7. Что такое индивидуальная программа психосоциальной терапии и реабилитации, каковы принципы ее формирования?

Глава 3

ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ В ПРОЦЕССЕ ИСПОЛНЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА

В последние десятилетия в психиатрии произошел переход от традиционной биологической модели оказания помощи к биопсихосоциальной. Эта модель характеризуется мультидисциплинарностью, в ее основе лежит принцип единства медикаментозных и психосоциальных мероприятий при максимальной дифференциации и этапности реабилитационного воздействия, что позволяет достичь высокого качества и эффективности деятельности подразделений психиатрической службы.

Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация занимают значительное место в современной системе оказания психиатрической помощи и рассматриваются как неотъемлемые ее составляющие. В психиатрических клиниках применяются психообразование, тренинги когнитивных и социальных навыков, поведенческие тренинги, психотерапия (индивидуальная, групповая), семейная терапия, трудотерапия, арт-терапия, терапия средой, спортивно-оздоровительные программы, проводится социально-восстановительная работа. Особое внимание уделяется вопросам дифференциации, индивидуализации психосоциальных воздействий, переходу к бригадному мультидисциплинарному (полипрофессиональному) оказанию помощи во всех подразделениях психиатрической службы.

Как уже указывалось выше, обеспечение эффективной профилактики общественной опасности психически больных, помимо медикаментозного лечения, требует проведения комплекса мероприятий по психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации, направленных на восстановление психических функций, познава-

тельного, эмоционально-волевого потенциала пациента, повышение самоконтроля, формирование социально приемлемых форм поведения, реинтеграцию в общество.

Необходимость использования бригадного подхода к лечению и социальной поддержке диктуется комплексным характером имеющихся у больных с общественно опасным поведением клинических, психологических и социальных проблем.

Тяжесть психического расстройства, особенности его течения, коморбидность с болезнями зависимости, значительные нарушения поведения и социального функционирования пациентов в большинстве случаев предполагают длительные сроки принудительного лечения, определяют содержание и вектор социально-терапевтических мероприятий, мультидисциплинарный характер работы с больным.

В состав полипрофессиональной бригады входят врачи-психиатры, психотерапевты, медицинские психологи, медицинские сестры, специалисты по социальной работе, социальные работники, инструкторы по трудовой терапии и лечебной физкультуре, при необходимости – сексологи и другой медицинский и немедицинский персонал.

Перечень специалистов определяется медицинскими, психологическими и социальными потребностями пациента на том или ином этапе лечебно-реабилитационного процесса.

Психиатр руководит полипрофессиональной бригадой специалистов, осуществляет диагностику, психофармакотерапию, консультации с врачами других специальностей, контролирует качество оказания специализированной помощи, лечебно-реабилитационного воздействия, обеспечивает профилактику повторных ООД. В его обязанности входит представление пациента на комиссию для решения вопроса отмены, продления либо изменения вида ПЛ.

Психотерапевт проводит индивидуальную и групповую психотерапию с целью формирования у пациента

социально приемлемых форм поведения и комплайенса. В том числе совместно с психологом обеспечивает проведение поведенческих тренингов, тренингов социальных и коммуникативных навыков, независимого проживания; использование антиалкогольных и антинаркотических программ и др.

Медицинский психолог осуществляет психологическую диагностику; оказывает психологическую помощь в решении личностных, профессиональных и бытовых проблем пациента с учетом его способностей, личностных характеристик и ценностных установок; обеспечивает психообразование, индивидуальные и групповые психокоррекционные занятия, совместно с врачом-психотерапевтом – индивидуальную и групповую психотерапию; оказывает психологическую помощь родственникам больного. Он также оценивает эффективность работы с больным на различных этапах лечебно-реабилитационного процесса.

Главная задача социального работника – организовать социальную помощь пациентам, направить ее на улучшение их адаптации, коммуникативных навыков. Социальный работник ведет мероприятия по социально-правовой защите пациентов, взаимодействуя с организациями, оказывающими социальную помощь. Совместно с врачом и психологом осуществляет клубную работу, способствует улучшению социального функционирования пациента.

Медицинская сестра отвечает за выполнение врачебных назначений, плана лечебно-реабилитационных мероприятий; контролирует и описывает в динамике состояние и поведение больного, эффекты медикаментозной терапии; вместе с социальным работником участвует в социальной реабилитации пациента; осуществляет контроль за своевременностью посещения пациентом участкового психиатра; взаимодействует с его родственниками, обеспечивает сбор объективной информации о больном, его социальной адаптации; осуществляет контроль недобровольной госпитализации; выполняет

иные поручения врача по обеспечению профилактики опасных действий пациентов.

Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация с участием психотерапевта, клинического психолога начинается после купирования острых психических расстройств, препятствующих установлению продуктивного контакта с пациентом, и проводится на всем протяжении принудительного лечения.

Выбор и использование индивидуальных и групповых форм работы обусловлены конкретными показаниями, направлены на решение определенной задачи и ограничены временными рамками. Цели, задачи и временные рамки применения того или иного вида воздействия в отношении пациента корректируются в процессе реализации программ психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации.

Основные функции полипрофессиональной бригады:

- диагностика и лечение психических и поведенческих расстройств;
- профилактика повторного опасного поведения;
- вовлечение в совместную работу тех или иных специалистов в зависимости от этапа лечебно-реабилитационного процесса;
- психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация с разработкой и реализацией ИПР, включающих восстановление утраченных бытовых и трудовых навыков, навыков самообслуживания и самостоятельного проживания, формирование у пациентов социально приемлемых форм поведения, приверженности лечению, обучение больных и их родственников раннему распознаванию признаков начинающегося обострения болезни и навыкам совладания с остаточной психопатологической симптоматикой;
- создание для пациентов условий для возможного продолжения обучения, профессиональной подготовки и дальнейшей ресоциализации.

Организация лечебно-реабилитационных мероприятий включает:

проведение на еженедельных совещаниях полипрофессиональной бригады обсуждения динамики психического состояния пациента и хода реализации ИПР;

- психообразование пациентов и членов их семей; создание терапевтической среды; поведенческие тренинги, тренинги когнитивных, социальных, коммуникативных, трудовых навыков, навыков независимого проживания; использование антиалкогольных и антинаркотических программ; решение социальных вопросов; трудовую терапию в лечебно-производственных мастерских;
- оценку степени общественной опасности пациента с анализом клинических (типа течения болезни, ведущего синдрома, психопатологического механизма ООД), социальных (трудового и семейного статуса, характеристики микросоциального окружения) факторов; характера и кратности ООД; личностных и ситуационных факторов, способствующих и препятствующих совершению ООД; склонности к злоупотреблению алкоголем и ПАВ; данных об эффективности проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Работу членов бригады с пациентом с указанием ее содержания, периодичности встреч, достигнутых результатов необходимо отражать в медицинской документации. Для документального подтверждения работы специалистов возможно использовать ИПР, включающую в себя все лечебно-реабилитационные мероприятия с указанием исполнителей, сроков исполнения, которую обязательно приобщать к медицинской карте больного.

Полипрофессиональная бригада представляет собой не совокупность специалистов разного профиля, совместно занимающихся ведением пациентов, а определенный

стиль взаимодействия специалистов между собой и пациентами.

Собрание бригады является ее рабочим органом, и должно являться обязательным еженедельным мероприятием. Специалисты бригады работают вместе, объединяя свои знания и умения, отражая виды своего вмешательства и динамику состояния в медицинской карте больного.

Распорядок дня пациента составляется таким образом, чтобы его время было предельно структурировано, насыщено психосоциальными терапевтическими и реабилитационными мероприятиями.

На собраниях бригады необходимо: обсуждать выполнение ИПР и результаты проведенной работы; анализировать текущие проблемы пациента; планировать действия, направленные на решение этих проблем и в целом тактику лечебно-реабилитационного воздействия; определять членов бригады, ответственных за выполнение конкретных действий и сроки их выполнения.

На каждом собрании бригады, как правило, определяется профессионал, докладывающий актуальные проблемы конкретного пациента. Это может быть специалист по социальной работе, участковый психиатр, медицинская сестра и др. При необходимости на собрание бригады может быть приглашен пациент либо те лица из его окружения, от которых зависит решение его проблем.

Работой бригады, как уже было сказано выше, руководит психиатр. Ему отведена ведущая роль в обеспечении функционирования бригады, контроле качества и эффективности лечебно-реабилитационного воздействия. Он формулирует цели и задачи работы с пациентом, контролирует их достижение, совместно с другими членами бригады решает вопросы определения ответственных за тот или иной раздел ИПР больного, обсуждает методы лечебно-реабилитационной работы, формирует у членов бригады представление об их роли и пределах компетенции в курации пациента. На собрании брига-

ды специалисты обмениваются полезной информацией, обсуждают проблемы, возникшие при курации данного пациента.

Таким образом, биопсихосоциальная модель оказания помощи, основанная на принципе мультидисциплинарного взаимодействия в процессе исполнения ПММХ – важная составляющая эффективной профилактики опасных действий психически больных.

Оказание специализированной помощи пациентам, находящимся на принудительном лечении, осуществляется с учетом следующих этапов лечебно-реабилитационных воздействий:

- адаптационно-диагностического;
- интенсивных лечебно-реабилитационных мероприятий;
- стабилизации достигнутого эффекта;
- заключительного (подготовки к выписке из стационара, изменению вида принудительного лечения).

Задачи, длительность, направленность и характер лечебно-реабилитационных мер на каждом этапе должны быть дифференцированы с учетом индивидуального подхода к пациенту, находящемуся на принудительном лечении.

В процессе исполнения ПММХ реализуются программы фармакотерапии, психосоциальной терапии и медицинской психосоциальной реабилитации, направленные на профилактику повторных ООД.

Во время принудительного лечения должны быть созданы условия для возможного продолжения обучения, профессиональной подготовки и ресоциализации пациентов.

На первом (адаптационно-диагностическом) этапе терапии больным разъясняется медицинское и правовое значение назначенной меры медицинского характера, подчеркивается ее принудительный характер с обязательным выполнением предписанного врачом режима,

лечебных и диагностических назначений. Объясняется возможность изменения вида принудительного лечения в предусмотренных законом случаях при невыполнении этих требований.

Проводится дообследование пациента с уточнением особенностей соматического и неврологического состояния. Назначаются консультации специалистов, проводятся необходимые виды обследования.

Уточняется структура имеющихся психопатологических расстройств, осуществляется подбор биологической терапии, а также выявление факторов риска опасного поведения, условий, которые могут препятствовать адаптации пациента и успешности принудительного лечения. Большое внимание уделяется анализу семейной и трудовой адаптации больного. При утрате трудоспособности и отсутствии группы инвалидности пациент направляется на МСЭК с целью ее определения.

В случае наличия у больного шизофрении, на основе анализа медицинской документации и изучения анамнеза ретроспективно оценивается структура перенесенного острого приступа, изучается динамика заболевания. Собирается также информация о факторах риска рецидивов (влиянии психотравмирующих факторов и других вредностей), оценивается предшествующая терапия и ее эффективность, что позволяет планировать последующие лечебные и социально-реабилитационные воздействия. Выявляются социальные проблемы, решение которых требует помощи сотрудников медицинской организации.

Обязательным является патопсихологическое исследование, целью проведения которого, наряду с оценкой психических функций больного, является исследование его самоконтроля, агрессивности, наличия патологического склада личности и других параметров, значимых как в генезе опасного поведения, так и в работе по его предупреждению.

Проводится психологическое консультирование, в процессе которого происходит обсуждение возникших

у пациента проблем, возможных вариантов их преодоления, а также информирование об его индивидуальных психологических качествах, специфических типах реагирования, методах саморегуляции. Определяются формы психокоррекционной работы, социальной помощи, в которых нуждается больной.

Совместными усилиями психиатра, психотерапевта, медицинского психолога, социального работника и специалиста по социальной работе разрабатывается индивидуальная программа реабилитации пациента.

Второй этап исполнения ПММХ характеризуется сочетанием биологической терапии имеющейся у больного психопатологической симптоматики с активной психотерапевтической и психокоррекционной работой и оказанием социальной помощи.

Терапия психических расстройств у всех пациентов, находящихся на ПЛ, проводится в соответствии с утвержденными МЗ РФ стандартами оказания помощи.

В отношении больных шизофренией, в зависимости от формы и течения заболевания, структуры ремиссии проводится лечение острой психотической симптоматики, остаточных постпсихотических расстройств либо предупреждение обострений болезненной симптоматики.

Принципами терапии являются: купирование психотической симптоматики (психомоторного возбуждения, агрессивности, эмоциональной заряженности, галлюцинаторно-бредовых расстройств); прием поддерживающих доз препаратов, сохранение ранее достигнутой редукции позитивной психотической симптоматики, влияние на негативные и когнитивные расстройства, обеспечение противорецидивного эффекта, т.е. поддержание устойчивой ремиссии, а также профилактика опасного поведения, восстановление возможно более высокого уровня социального функционирования больного.

Эффективность нейролептических препаратов в процессе терапии не снижается, т.е. толерантность к нейролептикам не развивается, поэтому после нескольких не-

дель эффективной терапии не только не требуется дальнейшего увеличения доз, а возможно их снижение.

Целесообразно использовать нейролептик, который ранее (при прошлых обострениях болезненного процесса) у данного пациента был эффективен. Наиболее выраженный терапевтический эффект обычно проявляется в течение первых 6 недель лечения, хотя и в более поздние сроки может выявиться дальнейшее улучшение (например, при лечении атипичными нейролептиками). При неэффективности проведенного курса терапии рекомендуется смена нейролептика – предпочтительно на препарат из другого химического класса нейролептиков. При отсутствии эффекта переходят к противорезистентным мероприятиям (одномоментной отмене психофармакологических средств, плазмаферезу и др.).

Выбор психофармакологических средств, их доз и способов введения определяется структурой психопатологической симптоматики (преобладающим синдромом, выраженностью негативных симптомов, коморбидными нарушениями и др.), соматическим состоянием и возрастом больного. Динамическое видоизменение клинической картины или, наоборот, отсутствие терапевтической динамики в течение определенного времени диктует необходимость коррекции дозы, смены препарата или присоединения других средств терапии.

Чтобы правильно оценить эффективность терапии и подобрать нужную дозу, следует, по возможности, избегать применения комбинаций различных нейролептиков. Однако, в случае сочетания галлюцинаторно-бредовой симптоматики с возбуждением, допустимо сочетание 2 нейролептиков – один с седативным, а другой с мощным антипсихотическим эффектом.

Корректоры назначают для купирования уже развившихся экстрапирамидных расстройств и редко с профилактической целью, так как они могут снизить эффективность нейролептической терапии и привести к развитию нежелательных побочных эффектов. Про-

филактическое назначение корректоров может быть показано всем больным, у которых в прошлом отмечались экстрапирамидные расстройства, а также при использовании любых препаратов, которые, скорее всего, вызовут эти расстройства (типичные нейролептики).

При наличии в клинической картине выраженных циркулярных расстройств (депрессии, состояния маниакального возбуждения) рекомендуется назначение нормотимических средств. При наличии в структуре психоза выраженного депрессивного аффекта обоснованным будет присоединение антидепрессантов в дозах, достаточных для купирования патологически измененного аффекта; при этом следует учитывать возможность обострения других продуктивных расстройств, поэтому предпочтительно применение антидепрессантов с седативным компонентом действия.

В качестве поддерживающей (противорецидивной) терапии может использоваться продолжение ежедневного перорального приема уже подобранного нейролептика в минимальных суточных дозах или переход на длительную терапию нейролептиками пролонгированного действия, возможна также терапия таблетированными атипичными нейролептиками. При необходимости назначаются корректоры, проводятся курсы терапии ноотропами, витаминотерапия.

Психологическая коррекция и психотерапия пациентов должны быть направлены на осознание факта болезни, формирование приверженности лечению, социальную активацию, выработку адекватных стереотипов поведения, отказ от употребления алкоголя и ПАВ, коррекцию установок и отношений, выбор социально приемлемых форм реагирования на ситуацию фрустрации и др. Проводятся психообразование, поведенческая терапия, семейная психотерапия и др.

Принципами терапии больных органическими психическими расстройствами (ОПР) являются:

- этиотропное лечение (при верифицированном диагнозе). Применяются соответственно антибиотики, гормональные, противовирусные препараты, иммунотерапия и др.;
- патогенетическая терапия: детоксикация; дегидратация; средства, нормализующие мозговую гемодинамику; средства, нормализующие мозговой метаболизм.

Симптоматическое лечение, в том числе психотропными средствами, проводится по показаниям (к примеру, при наличии продуктивной психопатологической симптоматики). Используются седативные средства; антидепрессанты; нейролептики; противосудорожные препараты (при наличии пароксизмальной симптоматики).

Психотропные препараты применяют в зависимости от остроты состояния и структуры психопатологического синдрома в индивидуально подобранных дозах с учетом соматического состояния пациента. В связи с повышенным риском развития у данного контингента больных побочных действий психотропных средств, требуется осторожность в выборе препарата, его дозы и длительности применения. Целесообразна “терапия прикрытия” в виде нейроремедиационных, церебропротективных средств.

В отношении больных с ОПР целесообразно проводить коррекционную работу с разъяснением особенностей влияния неблагоприятных экзогенных воздействий на организм и необходимости соблюдения психогигиенических мероприятий, отказа от употребления алкоголя и ПАВ. Наряду с патогенетической реконструктивно-личностной психотерапией успешно используется когнитивная психотерапия.

Задачей второго этапа ПММХ является достижение стабильности психического состояния пациентов и максимально возможного для больного уровня адаптации. Важное направление психокоррекционной работы – формирование коммуникативных навыков, повышение самоконтроля и саморегуляции.

Наиболее сложной в курации категорией больных являются больные с преобладанием психопатоподобных расстройств, выраженных нарушений поведения. Для них характерны трудности адаптации к условиям ПЛ, требующие более длительного времени для восстановления межличностных, внутрисемейных отношений. Этот фактор оказывает влияние на увеличение сроков ПММХ. Восстановление адаптационных возможностей у пациентов данной подгруппы в процессе исполнения ПЛ требует более длительных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Органическое психическое расстройство в силу его патогенетических характеристик обладает специфическими особенностями клинической динамики, одна из которых реализуется в формировании выраженных нарушений поведения, определяющих высокую степень риска совершения повторных опасных действий. Представленный клинический случай, на наш взгляд, характеризует многоаспектность и актуальность указанной проблемы.

Больная Н., 1987 года рождения, обвинялась по ч.1 ст.105 УК РФ (в убийстве своего отца). Из анамнеза известно, что ее наследственность отягощена алкоголизацией отца. Родилась от нормально протекавшей беременности и срочных родов младшей из троих детей в семье. Раннее развитие протекало без особенностей, перенесла ряд детских инфекций без осложнений. Детский сад посещала, в коллективе адаптировалась легко. По характеру формировалась активной, общительной, всегда старалась быть в центре событий, участвовала в спортивных и творческих мероприятиях, любила выступать на утренниках. Обучение в школе начала с 7 лет, до 5-го класса была отличницей.

По словам Н., в возрасте 11 лет она была изнасилована отцом. После данного события изменилась в поведении: стала раздражительной, конфликтной, неоднократно уходила из дома на несколько дней. Стала курить, употреблять алкогольные напитки, вплоть до выраженного алкогольного опьянения.

Общалась в компаниях сверстников с девиантным поведением. В состоянии алкогольного опьянения вступала в конфликты с родителями, “ненавидела отца за его каждодневное пьянство”. В возрасте 14 лет предприняла первую демонстративную суицидальную попытку (нанесла поверхностные порезы в области предплечий), в дальнейшем наблюдались неоднократные аналогичные эпизоды, все были связаны с конфликтами по поводу алкоголизации отца.

С этого периода у Н. значительно снизилась успеваемость в школе, стала прогуливать уроки, грубить учителям. Не окончив 10-й класс, она бросила школу, спустя несколько месяцев поступила в ПТУ. В тот период Н. употребляла алкогольные напитки ежедневно, толерантность достигала 0,5 л. водки, сформировался абстинентный синдром в виде тошноты, слабости, тремора рук. Окончив ПТУ, получила специальность “мастер животноводства”, работала телятницей на местной ферме. В возрасте 16 лет была впервые госпитализирована на 10 дней в психиатрическую больницу (ПБ) с диагнозом: “Хронический алкоголизм II стадии”. После выписки алкогольные напитки не употребляла в течение месяца, затем возобновила алкоголизацию, употребляла суррогаты алкоголя (самогон, спирт). Наблюдались периоды воздержания между запоями, которые были связаны с отсутствием денежных средств.

В возрасте 17 лет вступила в половые отношения с 42-летним мужчиной, забеременела от него, но по настоянию матери сделала аборт (хирургический, под общей анестезией). Рассматривалась на комиссии по делам несовершеннолетних в связи с нарушениями поведения, пьянством, половой расторможенностью. При этом рассказывала врачу о звучащих в ее голове “голосах”, которые “приказывали” совершать такие поступки. По рекомендации указанной комиссии в сопровождении матери была на приеме в психоневрологическом диспансере, где ее мать сообщила, что Н. после обрыва 10-дневного запоя стала говорить о слуховых обманах восприятия, которые прошли в течение нескольких дней. При осмотре Н. вела себя спокойно, была правильно ориентирована. Поводов для госпитализации не обнаружено. Спустя несколько месяцев Н. лечилась в наркологическом отделении ПБ по поводу алкогольной зависимости, через 10 дней после госпитализации потребовала выписки.

В возрасте 19 лет Н. вновь забеременела от случайной половой связи с молодым человеком, однако вновь по настоянию матери сделала хирургический аборт под общей анестезией. Спустя 2–3 дня после аборта у нее появились “тихие голоса со стороны”, которые ругали “за пьянство”, комментировали ее действия, затем приобрели приказной характер, заставляли “порезать вены, разбить головой стекло”, что она и осуществила.

После выписки из гинекологического отделения Н. самостоятельно обратилась в ПБ с жалобами на звучащие внутри головы “голоса”. При поступлении в психиатрический стационар в контакт вступала охотно, старалась представить себя в выгодном свете, поясняла, что “для пьянства есть причины”. Помимо наличия “голосов”, возникающих, с ее слов, независимо от времени суток и употребления алкоголя, она жаловалась на частые головные боли. За время нахождения в отделении лишь первые 3 дня слышала “голоса” индифферентного содержания, которые в последующие 5 дней госпитализации больше не наблюдались. От противоалкогольной терапии Н. отказалась, заявив, что “справится сама”. Поставлен диагноз: “Острый алкогольный галлюциноз”, было рекомендовано наблюдение у нарколога.

Однако после выписки Н. продолжила употреблять алкоголь, некоторое время работала продавцом в магазине, затем, спустя несколько месяцев после выписки из стационара, была вновь госпитализирована в ПБ с диагнозом “Интоксикационный (алкогольный, лекарственный) делирий”. Накануне госпитализации с целью совершения суицида приняла более 10 таблеток азалептина, назначенного ей психиатром ПНД. Вечером того же дня стала тревожной, разговаривала с несуществующими собеседниками, испытывала страх, не спала всю ночь. При осмотре в приемном отделении ПБ ее речь была невнятной, она была дезориентирована в месте и времени, сбрасывала с себя несуществующих насекомых. Сообщила, что употребляла алкоголь и азалептин. Спустя сутки психоз был купирован с последующей полной его амнезией и нормализацией состояния. Выписалась с рекомендациями наблюдения и лечения у нарколога.

Первое время после выписки помогала матери вести домашнее хозяйство. Однако спустя несколько месяцев возоб-

новила ежедневный прием алкоголя. В 2006 г. в состоянии выраженного алкогольного опьянения взяла в кредит телефон по просьбе знакомой, в связи с этим участвовала в судебном разбирательстве в качестве потерпевшей и свидетеля. В последующем вновь находилась на стационарном лечении в ПБ с диагнозом “Алкогольная зависимость II стадии с демонстративной суицидальной попыткой в состоянии алкогольного опьянения”. Накануне данной госпитализации появились “голоса”, которые приказывали “вскрыть вены”. При поступлении беседовала охотно, суицидальные мысли отрицала. Сообщала, что “голоса” слышала в ночь перед госпитализацией, испытывала чувство страха, практически не спала. В отделении получала дезинтоксикационную терапию, режим не нарушала, хотела поскорее выписаться. Были рекомендованы наблюдение и лечение у нарколога.

После выписки в течение нескольких месяцев не употребляла алкоголь, помогала матери по дому, устроилась на работу дояркой. В 2007 г. (в возрасте 20 лет) Н. не вернулась вечером домой, на улице совершила демонстративную суицидальную попытку (разбила о свою голову стеклянную бутылку, порезала стеклом правое предплечье), после чего потеряла сознание и упала на тротуар. По “скорой помощи” была доставлена в нейрохирургическое отделение местной больницы. В стационаре она, по мнению врача, “симулировала потерю памяти, якобы не узнавала приехавшую к ней мать”. После выписки домой продолжала симулировать мнестические нарушения, поэтому мать доставила ее в ПБ. В психиатрическом стационаре первые несколько дней продолжала “притворяться”, однако после разъяснений врача, что при предстоящем ей психологическом исследовании будет обнаружен истинный уровень памяти, Н. созналась, что “все выдумала с целью напугать отца и привлечь его внимание”. Заявляла, что отец обижал ее, просила оставить в больнице, установить группу инвалидности. При разговорах о выписке предпринимала шантажно-демонстративные суицидальные попытки (царапала кожу на предплечьях). Длительное время занималась с психологами, получала лечение нейролептиками. К концу госпитализации ее состояние улучшилось, выписалась с диагнозом “Симулирование симптомов психологического характера. Синдром зависимости от алкоголя II стадии”, рекомендована поддерживающая

терапия. Через 3 дня после выписки самостоятельно явилась в приемный покой ПБ в состоянии выраженного алкогольного опьянения. Сообщала ложные сведения о том, что наблюдается по поводу шизофрении. Была госпитализирована с диагнозом “Алкогольная зависимость II стадии, состояние простого алкогольного опьянения”. На следующий день после поступления потребовала выписать ее, события прошлого дня амнезировала. Была выписана с рекомендациями наблюдения и лечения у нарколога.

После выписки Н. проживала с родителями, попыток к трудоустройству не предпринимала, скандалила с родственниками, в ходе ссор наносила порезы в области предплечий, уходила из дома. Считала, что отец хочет “довести ее до самоубийства”, несколько раз в состоянии опьянения приходила в ПБ к психологу, требуя от нее внимания. На предложения уйти начинала демонстративно наносить самоповреждения (“резать вены”). Также обращалась с просьбой о госпитализации в наркологический стационар, получала отказы.

В возрасте 21 года, находясь в состоянии алкогольного опьянения, дважды употребляла внутривенно героин, эпизодически курила марихуану, однако “приятных ощущений при их употреблении не испытала”. До 25-летнего возраста она еще 6 раз находилась на стационарном лечении в ПБ в связи с демонстративными суицидальными попытками и алкоголизацией. При всех госпитализациях был поставлен диагноз “Алкогольная зависимость II–III стадии у личности с психопатическими чертами характера”.

В 2012 г. Н. устроилась на работу в цветочную оранжерею, алкогольные напитки практически не употребляла. С ее слов, по договоренности со знакомым мужчиной “решила завести ребенка”. Забеременев, строила планы на будущее, старалась вести здоровый образ жизни. На сроке беременности 5 месяцев у нее произошел выкидыш (с ее слов, отец во время скандала ударил ногой в живот), проводилось гинекологическое вмешательство под общим наркозом. Сильно переживала случившееся, чувствовала “разочарование, боль, обиду и ненависть к отцу”. В течение месяца после выкидыша настроение было сниженным, ухудшился аппетит, она сильно похудела, не работала, время проводила в постели, слышала внутри головы “детский плач”.

В ходе очередной ссоры с матерью с суицидальной целью выпила 1 л водки и приняла 37 таблеток снотворного, осколком бутылки нанесла повреждения в области предплечья. После промывания желудка была госпитализирована в ПБ с диагнозом “Алкогольная зависимость II стадии у личности с психопатическими чертами характера”. При первичном осмотре в разговоре с врачом держалась без чувства дистанции, была многословна. Причины попытки суицида не объясняла, пускалась в рассуждения о “плохой жизни и проблемах с отцом”. Эмоционально была лабильна, раздражительна. В отделении вела себя спокойно, фон настроения выровнялся. На вопросы отвечала в плане заданного, последовательно. Алкоголизацию объясняла ссорами с матерью. Получала дезинтоксикационную терапию, была выписана через 10 дней с улучшением состояния и рекомендацией лечения у нарколога.

После выписки сразу начала ссориться с родственниками, употреблять марихуану и алкоголь. В состоянии смешанной интоксикации нанесла себе глубокий порез левого предплечья, были наложены швы. Однако Н. “расковыряла” рану, чем спровоцировала кровотечение. По “скорой помощи” была госпитализирована в ПБ. При поступлении предъявляла жалобы на пониженное настроение с нежеланием жить, объясняла это неблагополучной домашней обстановкой. Сообщала, что “отец пьет и скандалит”, считала, что он своим поведением “доводит ее до самоубийства”. В отделении вела себя вызывающе, держалась без чувства дистанции. Бравировала тем, что “курила план и пила водку”, в процессе лечения “перестала испытывать тягу к спиртному”. Через неделю после госпитализации с улучшением состояния была выписана с диагнозом “Суицидальная попытка в состоянии смешанной интоксикации (алкоголь, каннабиноиды)”. Ей была установлена III группа инвалидности по общему заболеванию (при последней суицидальной попытке перерезала сухожилия на руке).

Спустя месяц после выписки вновь была госпитализирована в ПБ с диагнозом “Синдром зависимости от алкоголя, средняя стадия. Периодический тип злоупотребления. Абстинентный синдром средней степени тяжести”. При осмотре в приемном покое ориентирована верно, внешне опрятна, фон настроения был ровным. Не скрывала свою алкоголизацию. В отделении дистанцию соблюдала. Интеллект соответствовал полученно-

му образованию и жизненному опыту. Память не нарушена, критика к своему состоянию была снижена. После проведения дезинтоксикационной терапии, через неделю после госпитализации, была выписана в удовлетворительном состоянии.

Через 6 месяцев после госпитализации, вновь поступила в психиатрический стационар с диагнозом “Эмоционально-неустойчивое расстройство личности, осложненное алкогольной зависимостью”. При поступлении держалась развязно. Настроение было неустойчивым, с раздражением отвечала на вопросы врача. Жаловалась, что “совсем перестала владеть собой”, “в последнее время” постоянно слышала внутри головы “свой собственный голос”, который заставлял “идти куда-то, искать приключения”. Просила о помощи. В отделении на вторые сутки галлюцинаторные расстройства были купированы, выровнялся фон настроения. Через 5 дней была выписана под диспансерное наблюдение нарколога.

После выписки проживала с родителями, не работала, получала пенсию по инвалидности. В марте 2014 г., после избиения на ее глазах отцом матери и смерти ее друга, у Н. снизилось настроение, появились апатия, тоска. В голове слышала “звучание собственного голоса”, который приказывал “покончить с собой”. Подчиняясь приказам “голоса”, “жгла себя зажженными сигаретами”, приняла около 20 таблеток азалептина. Через некоторое время начала жаловаться матери на головную боль, вела себя нелепо: говорила, что у нее “начинается выкидыш”, звала мать посмотреть на это, выходила босиком из квартиры, искала какой-то пакет. Была госпитализирована в ПБ с диагнозом “Острая интоксикация в связи с использованием клозапина. Эмоционально-неустойчивое расстройство личности”. По дороге в ПБ в свете фонарей “видела фигуры, лежащие на каталке”. При поступлении сообщала врачу, что слышала “голоса” постоянно, днем они были добродушными, а по ночам становились агрессивными. Каким-то образом поняла, что беременна, а “голос” приказывал избавиться от ребенка. Почувствовала толчки в области матки, решила, что у нее начинается выкидыш. В отделении была суетливой, что-то с себя стряхивала, бормотала. На фоне проведения дезинтоксикационной терапии делириозные расстройства были купированы. В последующие дни в стационаре вела себя вызывающе, требовала сигареты, по ночам плохо спала из-за

“голосов”. После выписки на режим дневного стационара, вернулась в отделение в состоянии алкогольного опьянения, проводилась дезинтоксикационная терапия, после которой была выписана домой с прежним диагнозом.

После выписки проживала с родителями, занималась домашним хозяйством. На работу устроиться не могла, так как считала, что в коллективе к ней относились “несправедливо”. Временами видела “отражение дьявола” в зеркале, было ощущение “змей в голове”, чувствовала “толчки” в области матки. Отмечала колебания настроения в сторону снижения. Также слышала свой собственный “голос” в голове, который комментировал ее действия, иногда предлагал “порезать себя” или “убить отца”, когда тот был в состоянии алкогольного опьянения, но понимала, что этого делать не следует. Эпизодически употребляла алкоголь. Периодически посещала районного психиатра, получала лечение пролонгированными нейролептиками, постоянной лечебно-реабилитационной работы не проводилось.

В сентябре 2014 г. была госпитализирована в ПБ с диагнозом “Шизофрения параноидная, эпизодический тип течения с нарастающим дефектом, параноическая ремиссия с резидуальным псевдогаллюцинозом, осложненная алкоголизацией”. Обратилась к психиатру самостоятельно с жалобами на “голос в голове”. При поступлении говорила без интонации, мимика была однообразной. В отделении “голоса” прекратились после первой инъекции галоперидола. Держалась обособленно, ничем себя не занимала, фон ее настроения был снижен, объясняла это тем, что “скучала по дому и переживала за больную мать”. Агрессивных действий не предпринимала, режим не нарушала. Будучи выписанной через 10 дней на режим дневного стационара, первое время приезжала в отделение, выглядела спокойной. С ее слов, конфликтов с отцом избегала, наличие “голосов” отрицала. В последующем стала приезжать нерегулярно, на работу не устраивалась.

По месту жительства Н. характеризовалась отрицательно: злоупотребляла спиртными напитками, была агрессивна, неадекватна, устраивала дома скандалы, драки, неоднократно била стекла в здании сельской администрации. Часто привлекалась к административной ответственности за хулиганство и распитие алкогольных напитков в общественных местах. К уголовной ответственности не привлекалась.

В октябре 2014 г., находясь в своей квартире и будучи в состоянии алкогольного опьянения, во время конфликта с отцом нанесла ему удар сковородой по голове, от него он скончался на месте. При СМЭ трупа отца Н. у него в крови была обнаружена доза этилового спирта, соответствующая тяжелой степени алкогольного опьянения. В день правонарушения Н. проводилось медицинское освидетельствование на факт употребления алкоголя. При осмотре находилась в сознании, ориентирована частично, была беспечна, эйфорична, настроение было неустойчивым. Речь смазанная, походка – шаткая. Установлен факт наличия алкогольного опьянения.

Находясь в СИЗО, Н. предъявляла жалобы на “депрессию и голоса”, была осмотрена психиатром, который поставил диагноз: “Шизофрения? Псевдогаллюциноз императивный, суицидальные тенденции”. По данному уголовному делу проходила амбулаторную комплексную психолого-психиатрическую экспертизу в Калужской ОПБ. В психическом статусе отмечалось, что она была правильно ориентирована, внешне выглядела спокойно. Беседовала охотно, спокойно, давала исчерпывающие ответы на вопросы. О наличии у себя “голосов” внутри головы рассказывала свободно, описывала их подробно, с указанием локализации в области затылка. Поясняла, что когда находилась в “спокойном” состоянии, то “голос” комментировал ее действия, а когда начинала нервничать, то приказывал “покончить с собой”, что она неоднократно и делала. Отмечала, что на протяжении “последнего года” голос стал “тверже, настойчивее”, требовал убить отца. В день правонарушения, когда отец замахнулся на нее кружкой, “испытала парализующий страх”, “все тело пронзило холодом”, перед глазами стали мелькать сцены прежних скандалов. После этого услышала “голос”, который “повторял как молитву”: “Убей, убей... это твой последний шанс... сколько можно терпеть...”. Что происходило далее, не помнила. Пришла в себя спустя несколько часов. Свою алкогольную зависимость на момент осмотра отрицала, утверждала, что запоев у нее никогда не было. Запас знаний и представлений был достаточный. Суждения категоричные, отстаивала свою точку зрения. Мышление, память и внимание были без существенных нарушений. При экспериментально-психологическом исследовании выявлены такие черты характера, как замкнутость, недоверчивость, протестные формы

поведения в сочетании с внешнеобвиняющими тенденциями и снижением критичности к собственной личности. Комиссия пришла к заключению, что Н. страдала психопатией, осложненной хроническим алкогольным галлюцинозом, однако не исключила наличие у Н. шизофренического процесса. Для решения диагностических вопросов ей рекомендовалась стационарная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза.

Проходила экспертизу в ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского”. При проведении электроэнцефалографического исследования у Н. определялись выраженные диффузные патологические изменения биоэлектрической активности мозга резидуально-органического характера с признаками выраженной дисфункции неспецифических стволовых структур. При гипервентиляции не исключалось снижение порога судорожной готовности. Неврологом было вынесено заключение: “Легкая резидуальная неврологическая симптоматика сложного генеза (травматического, токсического, вертеброгенного)”. При описании психического статуса во время проведения экспертизы отмечалось, что Н. была правильно ориентирована, эмоционально маловыразительна. Фон настроения был неустойчивым. Охотно вступала в беседу, на вопросы отвечала в плане заданного. При затрагивании тем, негативно характеризующих ее, раздражалась, на глазах появлялись слезы. Отмечала, что периодически у нее возникали “вспышки гнева”, которые не могла контролировать. Предъявляла жалобы на бессонницу, раздражительность, снижение памяти. Анамнестические сведения сообщала последовательно. Отмечала, что в возрасте 14 лет в ПБ познакомилась с медицинской сестрой, к которой начала испытывать симпатию, “тягу”, “хотелось к ней прикоснуться, постоянно видеть”. Говорила, что “ненавидела себя за это”, однако в последующем неоднократно просила о госпитализации, чтобы быть ближе к ней.

Утверждала, что именно из-за отца неоднократно совершала суицидальные попытки. Рассказывала, что после выкидыша ей временами “слышался детский плач”. Однажды, находясь в квартире одна, почувствовала за спиной чье-то присутствие. Обернувшись, увидела женщину с ребенком на руках, которая была похожа на нее. Женщина сказала, что “это ее дочь Аня, и у них все хорошо”, после чего исчезла. Отмечала, что при этом

испытала сильный страх. После данного случая периодически стала видеть эту женщину, разговаривала с ней, брала ребенка на руки, качала его. Сообщала, что она в последний раз приходила к ней накануне экспертизы, сказала, что “в душе у Н. черная дыра, от которой нужно избавиться”, передала мысленно “образ нечистого”, который Н. нарисовала.

Вину в инкриминируемом деянии признавала. Сообщала сведения, аналогичные данным при проведении амбулаторной КСППЭ. В содеянном раскаивалась. Интеллектуальный уровень соответствовал образованию. Мышление было не всегда последовательным, с элементами рассуждательства. Эмоционально была обеднена, неустойчива, временами неадекватна, склонна к обидчивости, негативной интерпретации поступков, злопамятности. Была амбивалентна, склонна к импульсивным поступкам. Критические и прогностические способности были нарушены. При экспериментально-психологическом исследовании выявлены легкость актуализации агрессивных тенденций, эгоцентричность, избирательность усвоения социальных норм и правил межличностного взаимодействия, а также недостаточная гибкость реагирования на средовые воздействия с повышенной раздражительностью, вспыльчивостью и склонностью к непосредственному отреагированию возникающих побуждений при сниженных ресурсах интеллектуального и эмоционально-волевого самоконтроля.

Комиссия пришла к заключению, что Н. страдает хроническим психическим расстройством в форме органического бредового шизофреноподобного расстройства в связи со смешанными заболеваниями (F06.28, по МКБ-10), по своему психическому состоянию на момент инкриминируемого деяния, она не могла понимать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Ей было рекомендовано принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа. Суд подтвердил мнение экспертов и направил Н. и назначил указанный вид ПММХ.

При поступлении на принудительное лечение в ФГБУ “ФМИЦПН имени В.П. Сербского” отмечалось, что внешне Н. выглядит неопрятно. Держится с дистанцией, но свободно. В беседу вступает охотно, на вопросы отвечает развернутыми фразами. Предъявляет жалобы на снижение памяти, частые головные боли, головокружения, повышенную эмоциональность,

раздражительность. Сообщает, что колебания настроения появились в 13–14 лет, когда “кто-то задевал”, могла проявлять агрессию. Также Н. поясняет, что “в такие моменты” внутреннее напряжение снимала нанесением самопорезов. Характеризует себя конфликтной, обидчивой, но “если ее не задевать, то будет спокойной”. Сообщает, что рано начала употреблять алкогольные напитки, таким образом улучшала себе настроение, иногда делала это “назло отцу”. Себя считает “не совсем здоровой”, так как слышит “голоса” и видит “видения”.

Поясняет, что слышала свой “внутренний голос”, который склонял ее к “плохим поступкам”. При описании видений отмечает, что видит “себя со стороны”, называет свой образ “Олей”, поясняет, что видение могло исчезнуть при моргании либо повороте головы. На момент осмотра обманы восприятия отрицает. Сообщает, что “один раз” у нее был “припадок”, который не помнила, но, со слов очевидцев, знает, что шла пена изо рта, упустила мочу. Не скрывает, что пробовала наркотические вещества, но “не понравилось”, легко раздражается. В содеянном не раскаивается, говорит об этом холодно, спокойно.

Интеллектуальный уровень Н. соответствовал полученному образованию. Суждения поверхностные, облегченные, мышление – со склонностью к обстоятельности. Критика к своему состоянию и совершенному правонарушению нарушена. Н. был назначен индивидуальный, особо строгий надзор ввиду наличия у нее грубого психопатоподобного синдрома, галлюцинаторно-параноидного синдрома и неоднократных суицидальных попыток.

В отделении первое время проводила в постели, затем начала общаться с другими больными и медицинским персоналом, режим не нарушала, в конфликтных ситуациях замечена не была. Периодически жаловалась на чувство внутреннего напряжения: “психоз начался”, связывала это с наплывом воспоминаний о детстве. В беседах с врачом легко раздражалась, была эмоционально неустойчива, суждения были амбивалентными, мышление со склонностью к обстоятельности. Критика к своему состоянию и совершенному правонарушению оставалась нарушенной.

В процессе динамического наблюдения в отделении принудительного лечения отмечались следующие особенности психического состояния. Выглядит недостаточно опрятно.

В беседу вступает охотно, на вопросы отвечает развернуто. Мимика бедная, фон настроения неустойчивый, наблюдаются реакции раздражения, плаксива. Предъявляет жалобы на тревогу и беспокойный сон. Поясняет, что иногда тревога бывает настолько сильной, что “хочется биться головой о стену”. О сведениях, характеризующих ее с отрицательной стороны, говорит открыто, не скрывая подробностей. Так, рассказывает о том, что в 17 лет забеременела от малознакомого мужчины, хотела родить ребенка “для себя”, однако мать “заставила сделать аборт”. Тут же заявляет, что “наверное, мать была права”, “не на что было бы жить с ребенком”. О своей второй беременности рассказывает так же холодно, открыто. Заявляет, что “мать опять была права”, объясняя это теми же причинами.

Утверждает, что она “нетрадиционной ориентации”, что “по-настоящему влюблялась только в женщин”, а с мужчинами заводила личные отношения только с целью зачатия ребенка. Рассказывает, что в СИЗО она была влюблена в психолога, но та не обращала на нее внимания, по этому поводу сильно переживала. Сообщает, что в 2007 г. перенесла травму головы с потерей сознания (удар бутылкой по голове). Утверждает, что стала слышать “голоса” в возрасте 12 лет после изнасилования отцом. Поясняет, что раньше, в подростковом возрасте, “голос” был чаще комментирующего характера, но в последующем приобрел императивную форму. Так, в состоянии тревоги слышала “голос”, который приказывал ей нанести себе самопорезы, подчинялась ему, так “не было сил с ним справляться”.

Открыто, без смущения рассказывает о своей алкоголизации, толерантность достигала 1,5 л водки в сутки. При этом заявляет, что “могла и не пить, ей в глотку никто не заливал”. Поясняет, что после выкидыша в 2013 г. стала видеть женщину с ребенком на руках. Поначалу испытывала “парализующий страх”, но в последующем привыкла к появлению данной женщины, назвала ее “Олей”. Утверждает, что иногда “Оля” предупреждает ее о чем-либо. Например, “Оля” явилась к ней в СИЗО и предупредила, что у Н. “в душе черная дыра”. Поясняет, что “Оля” очень похожа на нее, не исключает, что она может быть “ее собственным отражением”.

Совершенное правонарушение объясняет тем, что “не могла больше послушаться голоса”, который и ранее приказывал ей убить отца. Настроена на дальнейшее лечение. Эмоции

лабильные, периодически раздражительна, плаксива. Интеллектуальный уровень соответствует полученному образованию и жизненному опыту. Мышление последовательное, обстоятельное, наблюдается амбивалентность. Продуктивная симптоматика купирована психофармакотерапией антипсихотическими препаратами. Критика к своему состоянию грубо нарушена.

Анализ представленного наблюдения из практики принудительного лечения показывает, что у Н. на фоне патологически отягощенной наследственности (алкоголизация отца) раннее психическое развитие протекало в соответствии с возрастными нормами, характерологические особенности до подросткового возраста не обнаруживали существенных отклонений, напротив, она отличалась высокими коммуникативными способностями, просоциальным поведением. С подросткового возраста у Н. после перенесенной психической травмы (изнасилование) появились такие патохарактерологические черты, как чрезмерное упрямство, эгоцентричность, эксплозивные проявления в виде раздражительности, конфликтности, возбудимости, эмоциональной неустойчивости, эпизоды дромомании с элементами асоциального поведения (алкоголизация, беспорядочные половые связи). В последующем на фоне развития синдрома зависимости от алкоголя с формированием абстинентного синдрома в виде тошноты и тремора рук, психопатоподобного поведения (шантажно-демонстративные суицидальные попытки), у Н. появились слуховые обманы восприятия, носящие вначале комментирующий, а в дальнейшем императивный характер, которые обусловили наличие аутоагрессивных тенденций.

Массивная алкоголизация Н., галлюцинаторные переживания и аутоагрессивные действия повлекли за собой неоднократные стационарирования в психиатрический и наркологический стационары. В периоды госпитализаций она получала преимущественно дезинтоксикационную терапию, лечебно-реабилитационные мероприятия в отношении Н. как пациентки, страдающей психическим

расстройством, практически не проводились. Слуховые обманы восприятия, опосредованные массивной алкоголизацией, легко поддавались терапевтическому воздействию в рамках купирования интоксикации и абстинентного синдрома.

После выписки из стационара у нее продолжала прогрессировать социальная дезадаптация (потеря работы, беспорядочные половые связи), усугубилась алкоголизация с повышением толерантности к алкоголю до 1,5 л в сутки, появлением амнестических форм опьянения, употреблением суррогатов алкоголя, что свидетельствует о нарушении критических и волевых способностей Н. уже в тот период. В дальнейшем после перенесенных множественных черепно-мозговых травм с потерей и без потери сознания, а также 3 хирургических вмешательств, проведенных под общим наркозом, изначально присутствовавшая зависимость расстройств восприятия от алкоголизации была утрачена. Отмечалась связь императивных слуховых галлюцинаций с изменением эмоционального фона больной, появлением тревоги на фоне психотравмирующей ситуации (конфликты с отцом), прослеживалась их клишированность на протяжении всего развития заболевания. После последнего хирургического вмешательства у Н. появились зрительные обманы восприятия, носящие поначалу ярко выраженную эмоциональную окраску (страх, тревога), с дальнейшим угасанием влияния расстройств восприятия на эмоциональный фон больной.

В основе совершенного Н. в состоянии алкогольного опьянения общественно опасного действия, при наличии длительной психотравмирующей ситуации (конфликты с отцом) и провокационного поведения потерпевшего в период правонарушения лежали психопатологические расстройства преимущественно психотического уровня (слуховые галлюцинации императивного содержания, импульсивность) на фоне выраженной негативной симптоматики (снижение критических и волевых способностей, эмоциональная холодность).

Таким образом, формирование общественно опасного поведения у Н. обусловлено взаимным влиянием комплекса факторов: клинико-психопатологических (расстройства восприятия, нарушение критических и прогностических способностей, диссоциальность, зависимость от алкоголя, выраженные изменения поведения, амбивалентность, склонность к импульсивным поступкам, эмоциональная обедненность с неустойчивостью, неадекватностью эмоционального реагирования), личностных (эмоционально неустойчивая, асоциальная личностная структура) и социальных (конфликтные взаимоотношения с родственниками, семейно-бытовая неустроенность, отсутствие трудовой занятости). Все они должны быть учтены при формировании функционального диагноза и индивидуальной программы психосоциальной терапии и реабилитации больной в период исполнения принудительных мер медицинского характера.

Сохраняющиеся у Н. в настоящее время проявления эмоциональной лабильности в сочетании с обедненностью окраски эмоциональных реакций и волевым снижением, грубыми нарушениями критических и прогностических способностей, легкостью актуализации агрессивных тенденций, а также недостаточной гибкости реагирования на средовые воздействия с повышенной раздражительностью определяют общественную опасность, выраженность которой обусловлена также наличием зависимости от алкоголя, стойкой социальной дезадаптацией. У больной отсутствует критика к имевшейся ранее продуктивной психопатологической симптоматике, которая не носит характера чуждости переживаний. Формальная настроенность Н. на прием поддерживающей терапии и отсутствие нарушений режима за время пребывания в отделении не могут однозначно свидетельствовать об определенном снижении уровня ее общественной опасности, что подтверждается опытом прежних госпитализаций, при которых у нее также не отмечалось нарушений стационарного режима и негативного настроения на лечение.

Лечебно-реабилитационные мероприятия в отношении Н. должны носить комплексный характер и включать, наряду с биологической терапией, психообразование и когнитивно-поведенческую психотерапию, направленную на преодоление зависимости от алкоголя, повышение уровня самоконтроля, выработку устойчивости к стрессовым и провоцирующим факторам, формирование социально приемлемых форм поведения.

Под влиянием медикаментозной терапии и психокоррекционных мероприятий у больных складываются более устойчивые социально ориентированные установки, навыки противостояния давлению асоциального окружения. В ходе групповой психокоррекции при выявлении и обсуждении общих проблем формируется более осознанное отношение к имеющемуся заболеванию и связанным с ним ограничениям своего функционирования в социуме.

Существует четкая последовательность проведения психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий в процессе исполнения ПММХ, определяющая особенности взаимодействия членов полипрофессиональной бригады.

После установления удовлетворительного контакта с пациентом начинается работа по преодолению анозогнозии, формированию положительного отношения к лечению, формированию мотивации работы над собой и повышению уровня общепсихической активности, уменьшению когнитивного и эмоционально-волевого дефицита. Работа осуществляется лечащими врачами-психиатрами, психотерапевтами, психологами, социальными работниками и представителями среднего медицинского персонала под общим руководством заведующих отделениями. На данной стадии работы используются рациональная психотерапия, психообразовательные программы, психогимнастика, тренинговая работа по формированию когнитивных навыков, арт-терапия, библиотерапия и т.д.

В последующем проводится работа по коррекции нарушений поведения и выработке навыков конструк-

тивного (бесконфликтного) общения. Преимущественно используемыми методами лечебно-реабилитационной работы являются рационально-поведенческая психотерапия, элементы психодрамы, активные методы обучения (дискуссии, ролевые игры), арт-терапия и др.

С пациентами, имеющими устойчивое психическое состояние и достаточный интеллектуальный уровень, проводятся занятия по личностному развитию, во время которых прорабатываются глубинные проблемы, связанные с самосознанием, формированием системы ценностей, самореализацией, с осознанием собственного прошлого и планированием будущей жизни. Преимущественно используемыми методами являются рациональная психотерапия с элементами психодрамы и гештальт-терапии, активные методы обучения, арт-терапия.

Кроме того, под руководством социальных работников могут проводиться занятия в группах “Анонимные алкоголики” и “Анонимные наркоманы”, которые посещают пациенты, мотивированные на преодоление зависимости от психоактивных веществ.

На третьем (завершающем) этапе целесообразно продолжать работу по психообразованию, обучению и закреплению навыков психологической защиты, аутотренинга и иных способов нормализации эмоционального состояния, проведение когнитивной терапии, работы с семьями больных.

Врачебная тактика третьего этапа основана на результатах выполнения программы двух предыдущих. Поскольку больных с дефицитарными нарушениями и психопатоподобными проявлениями отличает большая стойкость личностных расстройств, они нуждаются в продолжении терапии нейрорептиками, избирательно действующими на эти симптомы, а также интенсивной когнитивно-поведенческой психотерапии. Достижение определенного (в зависимости от выраженности эмоционально-волевых, когнитивных, интеллектуально-мнестических расстройств) уровня социальной адаптации

приводит к утрате связей пациента с неблагоприятной микросоциальной средой, формированию социально приемлемого образа жизни, появлению соответствующих интересов и забот.

Рекомендуется применение дифференцированного подхода к принятию решения об отмене либо продлении ПММХ, комплексной оценки риска общественной опасности с учетом анамнеза, клинико-психопатологических, патопсихологических, личностных, социальных и адаптационных характеристик больного с тщательным выявлением диссимулятивных и скрытых антисоциальных тенденций, что требует участия в принятии данного решения как врачей психиатров, так и психотерапевтов, медицинских психологов, социальных работников.

Необходимо учитывать, что только по поведению и высказываниям больных нельзя с уверенностью судить об отсутствии у них противоправных тенденций. К примеру, при принятии решения о целесообразности отмены АПНЛ следует ориентироваться также на объективные сведения, источником которых наряду с собственными наблюдениями врача является информация, полученная от членов семьи, соседей, социального работника, сотрудников полиции, а также данные экспериментально-психологических исследований.

Аргументами в пользу этого решения являются следующие условия: констатация выраженной положительной динамики психического состояния в результате проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий; отсутствие психических расстройств, обусловивших асоциальные поступки, нарушений поведения в течение длительного времени (не менее 6–12 месяцев); стойкость наступившего позитивного изменения психического состояния; появление критического отношения к совершенному ООД, осознание болезни; приверженность лечению; повышение адаптационных возможностей, отсутствие асоциальных тенденций.

Перед представлением больного на врачебную комиссию для решения вопроса о прекращении ПММХ с пациентами и их родственниками проводятся разъяснительные беседы о необходимости соблюдения режима диспансерного наблюдения после отмены принудительной меры медицинского характера.

Осознание наличия психического расстройства, положительное отношение больного к лечению при прочих равных условиях позволяют прогнозировать продолжение терапевтического сотрудничества и после отмены ПЛ. Аналогичное значение может иметь наличие близких, которые смогут осуществлять контроль за состоянием пациента, выполнением врачебных рекомендаций. Все это дает необходимую уверенность в том, что отмена судом принудительной меры не приведет к рецидиву заболевания с возрастанием риска совершения ООД.

Контрольные вопросы

1. Опишите полипрофессиональный бригадный подход в практике принудительного лечения. Чем обоснована необходимость его применения?
2. Каковы основные функции полипрофессиональной бригады?
3. Кто входит в состав полипрофессиональной бригады? Назовите основные задачи, стоящие перед специалистами различного профиля.
4. Каковы особенности и принципы бригадного взаимодействия?
5. Перечислите основные направления психосоциальной терапии и реабилитации больных в процессе исполнения принудительных мер медицинского характера.
6. Опишите характер и особенности полипрофессионального взаимодействия на различных этапах принудительного лечения больных.

Глава 4

ПСИХОЛОГО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

4.1. Методы психологической коррекции при исполнении принудительных мер медицинского характера

Внедрение психокоррекционных и социально-реабилитационных мероприятий в структуру ПЛ представляет собой сложную форму профессиональной деятельности, которая опирается на следующие положения:

- 1) концепции психопатологических механизмов общественной опасности;
- 2) стратегии (цели, мишени, приемы и техники), основанные на моделях и данных эмпирических исследований психологической коррекции психически больных пациентов, совершивших ООД и представляющих особую общественную опасность;
- 3) организационную модель, обусловленную спецификой оказания помощи психически больным во время ПЛ (Булыгина В.Г., 2006, 2012).

Целями лечебно-реабилитационных вмешательств при проведении ПЛ являются улучшение или стабилизация состояния пациента; достижение понимания пациентами роли их психического расстройства в совершении ООД, необходимости избегать ситуаций, которые могли бы увеличить риск криминальной активности или ухудшить их психическое состояние; формирование навыков внутреннего контроля, которые помогают справляться с агрессией и удерживаться от совершения других правонарушений; повышение уровня независимого функционирования; улучшение социального функционирования; снижение уровня общественной опасности.

Психосоциальные вмешательства на этапе стационарного ПЛ

В настоящее время в России наряду с комплексным лечением, включающим медикаментозную и трудовую терапию, физиотерапию, культурно-просветительные и досуговые мероприятия, в рамках психосоциальной реабилитации наибольшее развитие получили следующие виды психосоциальных вмешательств:

- образовательные программы по психиатрии для пациентов и их родственников;
- тренинги по выработке навыков независимого проживания;
- тренинги по развитию социальных навыков социально приемлемого и “уверенного поведения”, общения, решения повседневных проблем;
- тренинги по развитию навыков управления своим психическим состоянием;
- группы само- и взаимопомощи пациентов и их родственников, общественные организации потребителей психиатрической помощи;
- тренинги и психокоррекция, направленные на улучшение памяти, внимания, речи, поведения;
- семейная терапия, другие виды индивидуальной и групповой психотерапии.

Организация ПЛ в психиатрическом стационаре – это сложный комплекс юридических, медицинских и социальных направлений работы, требующих взаимодействия специалистов различного профиля.

Специфика реабилитационных мероприятий в условиях ПЛ определяется:

- большей долей пациентов, резистентных к терапии;
- большим воздействием экзогенных факторов;
- большей степенью выраженности феномена госпитализма;

- пребыванием в одном отделении психически больных с различными асоциальными формами поведения, с длительной криминальной историей;
- преобладанием социальной дезадаптации и дефицита социальных навыков;
- преобладанием психопатоподобных расстройств в картине заболевания;
- большим числом лиц с зависимостью от ПАВ;
- отсутствием приверженности лечению;
- неоднократными суицидальными попытками в прошлом;
- длительностью стационарного лечения.

При использовании модулей психосоциальной терапии и реабилитации, апробированных в общепсихиатрической практике, следует отдавать приоритет:

- психокоррекционной работе с поведенческими навыками, сформировавшимися под влиянием криминальной субкультуры;
- воздействию на индивидуальный психопатологический механизм ООД;
- выработке рационального отношения к содеянному, неотвратимости и длительности пребывания в стационаре;
- формированию терпимого отношения к личностным проявлениям окружающих;
- обучению навыкам законопослушного (в частности, избегающего провоцирующих ситуаций) поведения.

Психокоррекционная и тренинговая работа Общие теоретические положения

Психокоррекция – это система мероприятий, направленных на исправление недостатков личностных качеств или поведения человека с помощью специальных средств психологического воздействия.

Психокоррекционные воздействия могут быть следующих видов: убеждение, внушение, подражание, подкрепление. Различают индивидуальную и групповую психокоррекцию.

Психокоррекция определяется как направленное психологическое воздействие на те или иные структуры психики с целью обеспечения полноценного развития и функционирования личности.

По характеру направленности выделяют:

- симптоматическую коррекцию (коррекцию симптомов) – кратковременное воздействие с целью снятия острых симптомов, отклонений в развитии, которые мешают перейти к коррекции каузального типа;
- каузальную (причинную) коррекцию, направленную на источники и причины психических отклонений.

По способу коррекционных воздействий разделяют директивные и недирективные виды.

Методы психокоррекции

Деятельностная парадигма связывает психокоррекцию с формированием системы действий и четкой структуризацией деятельности. В этом плане выделяют 2 группы методов:

1. Методы усиления регулирующих функции психики, развитие эмоционального самоконтроля, улучшение психической саморегуляции.
2. Методы нормативно-ценностной коррекции, объектами которой выступают нормативные комплексы, обуславливающие отказ от подчинения совместным принципам, целям, задачам деятельности.

Методы психокоррекции направлены на выработку норм личностного поведения, межличностного взаимодействия, развитие способности гибко реагировать на ситуацию, быстро перестраиваться в различных условиях, группах, то есть на методы социального приспособления.

Термин “тренинг” (от англ. train, training) имеет ряд значений:

- воспитание, обучение, подготовка, тренировка, дрессировка;
- способ перепрограммирования имеющейся у человека модели управления своим поведением и деятельностью;
- метод создания новых функциональных образований (либо развития уже существующих), управляющих поведением.

Большинство профессионалов руководствуются в своей работе формулировкой, предложенной Санкт-Петербургским институтом тренинга: тренинг – это многофункциональный метод преднамеренных изменений психологических феноменов человека и группы с целью гармонизации профессионального и личностного бытия человека.

Одной из основных форм психологической реабилитационной работы в отношении больных, совершивших ООД, признанных невменяемыми в силу тяжести их психических расстройств и направленных на принудительное лечение, являются тренинги.

Общие принципы проведения тренингов с психически больными

Специфическими чертами тренингов являются:

- соблюдение принципов групповой работы;
- наличие более или менее постоянной группы (как правило от 7 до 15 человек);
- определенная пространственная организация (чаще всего работа в удобном изолированном помещении, участники большую часть времени сидят кругом);
- применение активных методов групповой работы;
- объективация субъективных чувств и эмоций участников группы относительно друг друга и происходящего в группе (“вербализованная рефлексия”);

- атмосфера раскованности и свободы общения между участниками, климат психологической безопасности;
- стадийность, обусловленная социально-психологическими закономерностями развития малой группы.

Тренинги являются формой практической психологической работы и всегда отражают своим содержанием определенную теоретическую парадигму, которой придерживается психолог, проводящий специальные занятия.

Таких *парадигм* можно выделить несколько:

✓ *тренинг* – это своеобразная форма дрессуры, при которой с помощью положительного подкрепления жесткими манипулятивными приемами формируются нужные паттерны поведения. При помощи отрицательного подкрепления “стираются” вредные, ненужные (по мнению ведущего) формы поведения;

✓ *тренинг* – это *тренировка*, в результате которой происходит формирование и отработка умений и навыков эффективного поведения;

✓ *тренинг* – это форма *активного обучения*, целью которого являются прежде всего передача психологических знаний, а также развитие некоторых умений и навыков;

✓ *тренинг* – это метод *создания условий для самораскрытия* участников и самостоятельного поиска ими способов решения собственных психологических проблем.

Готовность к участию в психокоррекционных мероприятиях

Направление пациента на психокоррекционные занятия исходит от врача и принимается коллегиально решением полипрофессиональной бригады.

Перед принятием решения, важно провести все существующие пато- и нейропсихологические тесты. Решение о том, способен ли справиться пациент с участием в психо-

коррекционных и тренинговых занятиях принимается с учетом анализа: истории агрессивного поведения; критичности и осведомленности пациента; интеллектуальных функций и способности к эмоциональному распознаванию; развития речевых навыков.

Пациентам с проблемами концентрации внимания и/или низкой скоростью обработки информации тренинг помогает в том случае, если стилистика и скорость подачи регулируется ведущим. Пациенты с плохой памятью не должны исключаться из курса лечения.

Рекомендуемые виды тренингов в процессе принудительного лечения

В отношении больных, находящихся на ПЛ целесообразно применять следующие виды тренингов.

Поведенческий тренинг

Этот вид тренинга направлен на обучение приспособительным умениям, необходимым при столкновении со сложными жизненными ситуациями. Он является скорее запрограммированным курсом обучения, чем серией обычных психотерапевтических занятий.

Поведенческий тренинг основывается на положениях поведенческой психотерапии. Аксиоматичным в поведенческой терапии является то, что “на выходе” вы получаете то, чему учили.

Специфичность тех или иных программ для формирования широкого спектра навыков у больных шизофренией имеет свои сильные и слабые стороны. При раздельном обучении навыкам в каждой области социальной адаптации психиатры и клинические психологи используют принципы поведенческого обусловливания симптоматических и когнитивных “барьеров к научению”.

Тренинг коммуникативных навыков

Этот вид тренинга позволяет снизить уровень напряжения в семье и вероятность возврата симптомов. В ходе его проведения могут привлекаться телесно-ори-

ентированные психотехники, которые направлены на решение следующих задач: повышение чувствительности к себе, к другому человеку, выработка умения понимать и передавать свое эмоциональное состояние и “войти” в эмоциональное состояние другого. В ходе тренинга прорабатываются невербальные средства общения (интонация, мимика, движения и т.п.) и его содержание (контекст, подтекст, атмосфера), которые улучшают навыки межличностного взаимодействия.

Тренинг навыков совладания

В тренингах совладания используют когнитивные и поведенческие техники, которые помогают больному рационально и эффективно совладать с болезненными проявлениями и переживаниями в различных социальных ситуациях.

Общие принципы используемых тренинговых программ совладания для психически больных правонарушителей:

- распознавание физиологических признаков возбуждения и применение их как команды вызова программы, чтобы использовать социальный процесс решения задач;
- запрещение импульсивных агрессивных ответов через самообразование;
- развитие умений в социально-перспективном принятии решений, чтобы минимизировать враждебные смещения атрибуций;
- использование мультишаговой социальной стратегии решения задач.

Одной из наиболее часто применяемых программ в отношении лиц с психическими расстройствами, совершившими ООД, являются программы развития навыков преодоления гнева. Они направлены на:

- осознание причин проявления агрессии;
- самостоятельный контроль частоты вспышек гнева;

- учет выраженности ситуационных раздражителей;
- построение личной иерархии таких раздражителей и использование ее для выработки навыков преодоления гнева;
- релаксацию, снижающую общий уровень возбуждения и позволяющую проводить тренинг с управляемыми образами;
- реструктурирование когнитивных функций путем смещения фокуса внимания; изменение системы поощрений и использование самообучения;
- развитие навыков адаптации поведения, общения и уверенности в себе путем ролевой игры, а также применение новых навыков преодоления гнева.

Среди разнообразных тренинговых программ, которые используются в практике принудительного лечения, наиболее востребован тренинг управления гневом.

Гнев и особенно внезапные вспышки ярости – один из наиболее мощных факторов риска насилия среди психически больных. Пациенты, не обученные справляться со своим гневом, подвержены риску возникновения агрессии, возможно даже появлению насильственного эксплозивного поведения. Целью тренингов по управлению гневом является обучение пациентов с высоким уровнем агрессии или гнева контролю своих эмоций, управлению ими, способам избегания обостряющихся негативных эмоций, для того чтобы не вовлекаться в серьезные конфронтации с другими больными, медперсоналом, окружающими людьми, в том числе с административными органами.

Тренинги навыков совладания

При работе используют когнитивные и поведенческие техники, которые помогают больному рационально и эффективно совладать с болезненными проявлениями и переживаниями в различных социальных ситуациях.

Общие положения и краткая характеристика.

В тренинге навыков совладания с гневом используются когнитивные и поведенческие техники рационального и эффективного совладания с болезненными проявлениями и переживаниями в различных социальных ситуациях.

Подобного рода программы фокусируются больше на специфических дефицитах в социальном познании и состоят, как правило, из 3 частей. Первая часть практически идентична программам проблемно-решающего поведения. Вторая часть является уникальной. На примере просмотра изображений неоднозначных социальных ситуаций, а также обсуждения намерений людей иллюстрируется факт того, как люди могут недооценивать намерения других. Третья часть программы сосредотачивается на управлении гневом. Пациентов обучают распознавать физиологические признаки злобного возбуждения и использовать эти признаки как команды вызова программы решения задач.

В исследованиях эффективности тренингов управления гневом были выявлены 3 наиболее важных переменных:

- 1) продолжительность лечения (наибольшее количество сессий дает наилучший первичный результат, а ежегодные поддерживающие сессии способствуют закреплению долгосрочных результатов);
- 2) адекватный контингенту формат проведения (наиболее адаптированный тренинг для участников и их повседневного окружения позволяет получить наилучшие первоначальные результаты);
- 3) дополнительные интервенции (формулирование еженедельных целей).

Цель тренингов совладания с гневом – помочь пациентам научиться контролировать свою агрессию и гнев, овладеть способами избегания негативных эмоций.

Для управления гневом пациентам преподаются стратегии (навыки принятия решений), которые позволяют контролировать свой гнев во время конфликтов.

Большинство программ используют сочетание техник. Сначала у участников развивают способность понимать точку зрения других, “ставить себя на чье-то место”; далее их обучают отслеживать свое эмоциональное и физическое состояние, когда они в гневе. Так или иначе, в различных модификациях тренингов совладания с гневом формируются навыки принятия решений, которые включают: распознавание проблемы; выработку альтернативных решений; рассмотрение последствий каждого решения; выбор эффективной реакции; оценку результата этой реакции.

Программа тренинга обычно состоит из 10–20 сессий продолжительностью 45–60 минут каждая. Эффективность тренингов управления гневом зависит от числа предусмотренных сессий: 6 сессий не в силах повлиять на агрессивность пациентов; 12 – оказывают позитивный эффект, а 18 – улучшают эти результаты. Кроме того, продолжение поддерживающих сессий в течение года после начальной интервенции улучшает долговременные результаты. Таким образом, на данный момент есть основания полагать, что большее число сессий с последующей поддерживающей работой на протяжении года способствуют большей эффективности интервенции.

Когнитивно-поведенческий тренинг

Целью таких тренингов является оказание эффективной помощи пациенту в усвоении и использовании специфических умений, которые позволяют изменить неадаптивный стиль межличностного общения, сдерживать импульсивные ответные реакции и преодолевать дефициты в “социальном познании”. В рамках таких программ тренинговые техники направлены на обучение когнитивным навыкам, которые являются дефицитными у данной категории пациентов. Упражнения на занятиях связаны с реальными жизненными ситуациями и помогают пациентам снижать собственный уровень уязвимости и компенсировать когнитивный дефицит.

Программы предполагают участие в тренингах других лиц из микросреды пациента.

Занятия отличаются высокой структурированностью. В рамках данного тренинга применяется система “управления сопряженными признаками”, когда маркируются или ставятся отметки за несоответствующие поведенческие реакции. Тренер занимает активную позицию во время занятий. Это обеспечивает быстрее усвоение и закрепление новых навыков. Тренинги рассчитаны на группы от 3 до 5 человек и проводятся в течение 18–22 сеансов.

Разновидностью когнитивно-поведенческих тренингов является программа Самообучения.

Р.С. Kendall и L. Braswell (1985) разработали 5-шаговый алгоритм решения задач с использованием техник “самоинструктирования”.

Данная методика включает:

- 1) распознавание и определение ключевых аспектов каждой проблемной ситуации;
- 2) разработку множественных тактик для решения проблемных ситуаций;
- 3) концентрацию внимания на важных аспектах проблемных ситуаций;
- 4) оценку различных решений, а также предвосхищение возможных последствий каждого из них и выбор наиболее адекватного хода действий;
- 5) использование техник “самоподкрепления” для выполнения 5-шагового алгоритма.

Тренинги с привлечением телесно-ориентированных техник

Широкий круг задач, которые решаются средствами социально-психологического тренинга, определяет разнообразие его видов. Основные из них: группы, ориентированные на развитие специальных умений; группы, нацеленные на углубление опыта анализа ситуаций

общения (повышение адекватности самоанализа, умение оценить партнера по общению и ситуацию в целом).

В ходе проведения тренингов с привлечением телесно-ориентированных психотехник решаются следующие задачи:

- повышение уровня чувствительности к себе, к другому человеку;
- выработка умения понять и передать свое эмоциональное состояние и “войти” в эмоциональное состояние другого.

Программы таких тренингов включают упражнения на сосредоточение, переключение внимания, привлечение внимания к себе, развитие воображения и фантазирования. Обучение невербальным средствам общения (интонации, мимике, движению и т.п.) и работа с их содержанием (контекстом, подтекстом) обычно используются еще и с целью сбора материала для последующей или параллельно проводимой индивидуальной и групповой психотерапии.

Занятия проводятся с группой от 8 до 12 человек, длительностью по 2–2,5 часа. Каждое занятие начинается с так называемых “разогревающих” процедур, продолжительность которых составляет не менее 30 минут. Затем, как правило, даются упражнения на “собрание внимания”.

Социально-психологические тренинги

Социально-психологический тренинг в узком смысле можно рассматривать как активную форму групповой работы, направленную на повышение коммуникативной компетентности личности. Данная цель реализуется через приобретение знаний в области межличностного общения и коммуникативных навыков, а также закрепления последних.

Социально-психологический тренинг поведения относится к инструментально-ориентированным тренингам. Он основывается на бихевиоральном направлении в

теории личности. Это значит, что индивид рассматривается с точки зрения различных моделей его поведения, и, следовательно, можно изменять его поведение или формировать новое с помощью определенных стимулов и методов. Происходит некая деятельность непосредственно в процессе тренинга, во время которой приобретаются определенные навыки и умения. Общая цель социально-психологического тренинга конкретизируется в следующих задачах:

- приобретение знаний в области психологии личности, группы общения;
- приобретение умений и навыков общения;
- коррекция, формирование и развитие установок, необходимых для успешного общения;
- развитие способности адекватно и полно оценивать себя и других;
- развитие способности воспринимать и оценивать взаимоотношения, складывающиеся между людьми;
- коррекция и развитие системы отношений личности.

В зависимости от цели, на какую делается акцент в тренинге, их также можно условно подразделить на 2 типа:

- 1) инструментально-ориентированные тренинги;
- 2) личностно-ориентированные тренинги (тренинги, затрагивающие *Я* каждого члена группы и направленные на глубокие личностные преобразования).

Тренинги социальных навыков направлены на формирование инструментальных навыков (взаимодействие с различными государственными учреждениями, распределение домашнего бюджета, ведение домашнего хозяйства, совершение покупок, проведение свободного времени и т.п.) межличностных взаимоотношений (навыков беседы, дружеских отношений). Этот вид тренингов

представляет собой высокоструктурированный интерактивный образовательный подход к психосоциальной терапии психических расстройств.

Пациентов обучают социальным навыкам, которые позволяют им лучше приспособиться к своему окружению. Обычно такое обучение проводится в группах с использованием образовательных методов, ролевых игр и моделирования ситуаций. Важными вопросами для обсуждения с пациентом являются обстоятельства противоправного поведения, которое стало поводом для госпитализации.

В моторной модели тренингов социальных навыков программы направлены на заучивание форм определенного поведения в той или иной ситуации, вплоть до полного автоматизма. В модели проблемно-решающего поведения акцент делается на 3 аспекта: навыки расшифровки информации, навыки принятия решения и навыки кодирования (то есть моторных навыков: содержания речи, невербальных ответах). В социально-психологическом тренинге происходят активное включение поведенческих моделей для взаимодействия между участниками группы и взаимообмен собственным опытом. В этом виде тренинга “задействованы” когнитивная, эмоциональная и поведенческая сферы личности.

Социально-психологический тренинг способствует не только своевременному приобретению знаний, но и формированию умения человека быстро и без эмоционального напряжения изменять свое поведение в сложной или новой обстановке.

Навыки, приобретенные в процессе тренинга, сохраняются и проявляются в повседневной жизни более эффективно, успешнее идет формирование адекватного отношения к действительности, быстрее достигается эмоциональная стабильность.

Сначала психолог должен продемонстрировать участникам тренинга, что их знания и навыки не способствуют решению актуальных задач. Осознание участниками

неадекватности привычных форм и моделей поведения вызывает переживание гаммы чувств: тревоги, уныния, неверия в свои способности. Далее психолог предлагает участникам новые приемы поведения, которые позволяют эффективно решать поставленные задачи. Он предлагает выполнение упражнений по определенным правилам, повторяя их до формирования устойчивого навыка с той целью, чтобы каждый участник мог выполнить прием или правило “по заказу”.

Базовые методы социально-психологического тренинга – групповая дискуссия и ролевая игра в различных модификациях и сочетаниях. Численность группы – обычно от 7 до 15 человек; продолжительность общего цикла занятий – от нескольких дней до месяцев. Встречи участников могут быть ежедневными или более редкими (1–3 раза в неделю). Продолжительность отдельной встречи – от 1,5 до 3 и более часов. Возможны так называемые группы-марафоны, проводимые за 2–3 дня непрерывной работы.

В группе социально-психологического тренинга особый акцент делается на создание климата доверия, позволяющего реализовать большую по сравнению с повседневным общением интенсивность открытой обратной связи. В результате участники получают возможность реально увидеть себя со стороны и сориентироваться в собственном сложившемся опыте общения, что является необходимой предпосылкой и составляющей развития компетентности в общении.

Создание климата доверия главным образом определяется особой формой проведения занятий, когда ведущий не является преподавателем в традиционном смысле. Его ролевая позиция направлена не на противопоставление себя группе, а на интеграцию с ней: он выступает одним из участников групповой работы, хотя и задает на первых этапах групповые нормы и модели поведения.

Для достижения целей тренинга ведущий опирается на ряд принципов в организации занятий:

- принцип активности участников. В ходе занятий члены группы постоянно вовлекаются в различные действия: обсуждение и проигрывание ролевых ситуаций, предложенных самими участниками; наблюдение по заданным критериям за поведением участников ролевых игр; выполнение специальных устных и письменных упражнений, и пр.;
- принцип исследовательской позиции. В ходе работы в группах тренинга создаются такие ситуации, когда участникам нужно самим найти решение проблемы, самостоятельно сформулировать уже известные психологии закономерности взаимодействия и общения людей;
- принцип объективации поведения. В начале занятий поведение участников группы переводится с импульсивного на объективированный уровень и поддерживается на этом уровне: важное средство объективации поведения, используемое во всех видах тренинга, – это особым образом организованная обратная связь, эффективность которой существенно повышается при использовании видеозаписи;
- принцип партнерского общения. Предполагает признание ценности другой личности, ее мнений, интересов, а также принятие решения с максимально возможным учетом интересов всех участников общения (а не достижение одной из сторон своих целей за счет интересов другой).

Программа психотехники общения включает: упражнения на снятие мышечных зажимов, мышечных напряжений; упражнения на формирование мускульной свободы в процессе общения; упражнения на овладение навыками психофизической саморегуляции суггестивным путем; упражнения на развитие навыков произвольного внимания, наблюдательности; упражнения на развитие навыков невербального общения; упражнения на выполнение простейших коммуникативных действий; упраж-

нения на формирование умения управлять вниманием партнеров по общению.

В практическом отношении методики проведения занятий могут существенно различаться. Вместе с тем вмешательство всегда основывается на принципе постепенного расширения и углубления получаемых навыков. Конечная цель дробится на небольшие элементы, из которых складывается окончательный поведенческий ответ. Обучение происходит путем постепенного их освоения.

Учебный материал преподносится в медленном темпе, с использованием таких техник, как дидактическое структурирование, моделирование, репетиция поведения, обучение желаемым ответным реакциям, корректирующая обратная связь, социальное подкрепление, домашние задания для закрепления полученных навыков. Возможны как индивидуальные занятия, так и работа в группах в психиатрических стационарах, реабилитационных центрах и во внебольничных условиях.

При работе с семьями больных с целью обучения коммуникативным навыкам и проблемно-решающему поведению данный подход является наиболее распространенным. Его используют для профилактики обусловленных стрессовыми факторами обострений заболевания.

Важно определить формы, частоту и саму организацию проведения занятий, чтобы они не стали дополнительными стрессовыми факторами для больных и не провоцировали ухудшения их состояния. Конечной целью обучения должна быть генерализация навыков, т.е. возможность их применения в новых для пациента ситуациях. Тренинг должен быть интегрирован в повседневную реальность больных. Только после широкого внедрения полученных навыков и при поддержке окружения пациента контроль со стороны обучающего персонала может быть ослаблен.

Рекомендуемая частота занятий 2–3 раза в неделю по 1–1,5 часа. При более редких встречах обучение занимает, естественно, больше времени (свыше 4 месяцев).

Увеличение длительности занятий нежелательно: трудно удерживать активное внимание участников группы более 1,5 часа. Число участников тренинговых сессий обычно составляет 4–8 человек.

У части психически больных нарушения памяти, внимания и других когнитивных функций выражены в такой степени, что затрудняют процесс обучения. В этих случаях используется специальная методика фокусирования внимания. Данный подход характеризуется проведением непродолжительных по времени высокоструктурированных занятий. Обычно пациент учится давать 8–12 альтернативных ответов на каждую ситуацию.

Для достижения устойчивых результатов тренинг должен проводиться достаточно долго, не менее года. После периода активных занятий рекомендуется длительное поддерживающее психосоциальное лечение.

4.2. Психообразовательная работа при проведении принудительного лечения

Психообразование пациентов в стационарах, осуществляющих ПЛ, – это поэтапный процесс обучения с использованием следующих методов: образование, консультирование, обучение техникам модификации поведения, позволяющим обеспечить пациентов необходимыми знаниями, способными повлиять на их установки и отношение к собственному здоровью.

На первом этапе, когда значительным стрессовым обстоятельством все еще остается факт привлечения к уголовной ответственности, что требует осмысления и личностной переработки, преобладает проблема первичной адаптации к условиям пребывания в психиатрическом стационаре.

В начале ПЛ у пациентов формируется установка на осознание наличия психического расстройства и обусловленных им поведенческих нарушений, а также причин совершения противоправных действий. Это позволяет

пациентам принять назначенное судом лечение как необходимое прежде всего для них самих, а также занять активную позицию в лечебном процессе с положительным отношением к фармакотерапии и реабилитационным мероприятиям, т.е. прийти к комплаенсу или согласию следовать рекомендациям врача.

В процессе пребывания на ПЛ по мере медикаментозного воздействия и взаимодействия с врачом-психиатром и психологом происходит психологическая адаптация как к самому факту пребывания пациента в психиатрическом стационаре, так и к режиму отделения. При этом возможность опоры на сохранные личностные структуры уже на первых этапах ПЛ *позволяет избежать негативных психологических последствий* исключения пациента из привычной системы социальных отношений – чувства собственной неполноценности и ущербности, полной неспособности контролировать ситуацию при ощущениях насильственности проводимых мер и, как следствие, либо протестных реакций, либо развития госпитализма.

В результате у пациента формируется осознание положительных перспектив лечения, и того, что хотя ему и предстоит достаточно длительный период пребывания в условиях психиатрического стационара, однако активное включение в психокоррекционные и педагогические мероприятия позволит решить не только ситуационно возникающие проблемы, но и достичь конкретных жизненно важных целей (отмены ПЛ, возвращения в семью, устройства на работу, возможности продолжить обучение и др.).

Психологическое консультирование

Психологическое консультирование – это совокупность процедур, направленных на помощь человеку в разрешении проблем и принятии решений относительно профессиональной карьеры, брака, семьи, совершенствования личности и межличностных отношений.

Основные направления психологического консультирования

К основным направлениям психологического консультирования относятся:

- проблемно-ориентированное консультирование (consulting), направленное на анализ сущности и внешних причин проблемы, на поиск путей ее разрешения;
- личностно-ориентированное консультирование (counseling), направленное на анализ индивидуальных причин существующих проблем, причин деструктивных и дезадаптивных стереотипов личностного реагирования;
- консультирование, ориентированное на решение (solution talk), фокусирующееся на выявлении имеющихся личностных и ситуативных ресурсов для решения проблемы.

Цели и задачи психологического консультирования

- эмоциональная поддержка и внимание к переживаниям пациента;
- повышение психологической компетентности;
- изменение отношения к проблеме;
- повышение стрессовой и кризисной устойчивости;
- развитие реалистичности и плюралистичности при постановке жизненных целей;
- повышение ответственности и выработка готовности к решению поставленных задач;
- помощь в выборе и действиях по своему желанию и усмотрению;
- обеспечение эффективного принятия важных решений;
- помощь в обучении новому поведению.

Выделяют *специфические черты консультирования*:

- ориентация на личность, имеющую психологические проблемы в повседневной жизни;
- ориентация на здоровые стороны личности, независимо от степени нарушения и сомнений в том, что данный человек может измениться и решить свои проблемы;
- ориентация в большинстве случаев на настоящее и будущее пациента;
- направленность на изменение поведения и развитие личности пациента.

Формат проведения и этапы консультирования

Консультирование проходит в форме личной беседы с пациентом. Пациент рассказывает психологу о себе, о своей проблеме. Психолог, в свою очередь, внимательно выслушивает, задает вопросы, вникая в суть проблемы, проясняя ее для себя и для самого пациента.

Во время консультации пациенту могут даваться научно обоснованные, аргументированные рекомендации по поводу того, как лучше всего практически решить проблему.

Консультирование включает следующие этапы:

- установление психологического контакта;
- предоставление возможности выговориться;
- эмоциональная поддержка и информация о позитивных аспектах проблемной ситуации;
- совместное переформулирование проблемы;
- обсуждение организационных аспектов;
- выявление и коррекция нереальных ожиданий;
- формирование альтернатив решения проблемы;
- выбор оптимального, с точки зрения пациента, решения;
- закрепление мотивации и планирование реализации выбранного решения.

Консультирование может проводиться в течение 1 встречи (продолжающейся 2–3 часа) или 5 встреч (по 1 часу с интервалами от 1 дня до 2–3 недель).

Компетенции консультанта

Консультант несет ответственность за конечные результаты работы и за то, воспользуется или не воспользуется пациент его рекомендациями.

Консультант отвечает:

- за обоснованность своих выводов о сути проблемы;
- за потенциальную эффективность предлагаемых практических рекомендаций;
- за адекватность применяемых методов;
- за следование принципам этического кодекса психолога-консультанта.

Консультант должен уметь:

- интерпретировать “исповедь” пациента;
- правильно формулировать свои выводы.

Типичные ошибки, допускаемые в процессе консультирования, и способы их устранения

1. Неверное заключение психолога-консультанта о сути проблемы:

- в силу недостаточно точной информации, получаемой от пациента;
- из-за неполноты информации, получаемой от пациента;
- по причине индивидуальной склонности психолога-консультанта делать преждевременные выводы (до того, как будет собрана вся необходимая информация);
- в силу неправильной интерпретации психологом-консультантом тех фактов, которые ему были сообщены.

Некоторые разновидности ошибок данной подгруппы:

- вызванные недостаточной теоретической подготовленностью психолога-консультанта;
- порожденные тем, что психолог-консультант идентифицирует себя с пациентом, судит о пациенте по своему образу и подобию;
- ошибки, связанные с предвзятым, субъективным, слишком положительным или, напротив, явно выраженным отрицательным личным отношением психолога-консультанта к пациенту.

2. Неправильные рекомендации, предлагаемые консультантом пациенту:

- односторонние рекомендации;
- в целом правильные, но практически невыполнимые рекомендации.

Для того чтобы избежать этого, психологу-консультанту рекомендуется некоторое время поработать, особенно в начальный период его самостоятельной практики, в условиях так называемого супервизорства, а также время от времени приглашать к сотрудничеству других психологов-консультантов, проверяя по их заключениям правильность своих собственных выводов и рекомендаций.

3. Неправильные действия пациента по выполнению полученных от психолога-консультанта рекомендаций обусловлены следующими причинами:

- неверным пониманием или недопониманием того, что советует психолог-консультант;
- нежеланием поступать именно так, как рекомендует психолог-консультант;
- объективной невозможностью вести себя так, как советует психолог-консультант, в силу, например, изменившихся условий жизни или каких-либо других объективных жизненных обстоятельств.

Психологическое консультирование подразумевает совместное обсуждение возникших у человека проблем, возможных вариантов их преодоления, а также инфор-

мирование индивида о его психологических качествах, специфических типах реагирования, методах саморегуляции. Психологическое консультирование используется при любых психологических проблемах человека как начальный этап терапии и коррекции. Специфической мишенью консультирования являются психологические феномены, обусловленные кризисами идентичности и иными мировоззренческими проблемами, а также коммуникационные деформации. В сфере анализа и оценки мировоззренческих кризисов, экзистенциальных проблем применение психокоррекции или психотерапии считается необоснованным и малоэффективным.

Психообразование, его цели и задачи

Психообразовательная работа с пациентами и их родственниками является составной частью реабилитации в отечественной практике. В зарубежной практике психообразование представлено как один из важных подходов к обучению и психосоциальному лечению и считается едва ли не самой значимой частью всех реабилитационных мероприятий.

Универсальными целями психообразовательных программ являются:

- *информирование о психических расстройствах* для правильного понимания пациентом своего состояния, своевременного распознавания и контроля отдельных болезненных проявлений и симптомов;
- *обеспечение “психосоциальной поддержки”* с помощью группы других пациентов, благодаря чему пациент начинает вырабатывать адекватные поведенческие и коммуникативные навыки совладания со сложными ситуациями.

Результатами психообразования должно стать формирование у пациентов:

- *комплаентности и активной позиции в преодолении психического расстройства и его последствий;*

- способности распознавать ранние признаки начинающегося обострения;
- стратегий совладания с резидуальной психопатологической симптоматикой;
- ответственности за свое социальное поведение.

Психообразовательный подход имеет ряд достоинств:

- артикулированную концептуальную базу;
- возможность оценки эффективности (индивидуальной и семейной динамики пациентов, уровней соблюдения режима лечения, рецидивирования) и затрат;
- обеспечение и поддержание связи между членами семьи и специалистами.

Немаловажное значение имеет и то, что пациенты могут получить важную информацию не только от специалиста, но и от других пациентов – участников группы, обменяться с ними опытом, вместе искать решение проблемы.

Участникам предоставляется информация по конкретным вопросам, а дискуссия в группе дает возможность обсудить полученную информацию с другими участниками, соотнести ее с собственным опытом.

Не менее значимым результатом психообразовательных программ является и то, что она способствует созданию дополнительной сети эмоциональной поддержки.

При использовании групповых форм психообразовательной работы у пациентов появляется возможность:

- приобрести новые социальные навыки, в том числе и взаимодействия с родственниками;
- обучаться навыкам взаимодействия с равными себе участниками в защищенной естественной среде;
- получать и оказывать эмоциональную поддержку;
- уточнить неясные вопросы во время обсуждения;
- обыгрывания “типовых” ситуаций в безопасном окружении.

Следует упомянуть также и об экономии времени профессионалов при использовании группового метода.

Включение в комплекс лечебно-восстановительных мероприятий психообразовательных программ позволяет не только восполнить имеющиеся у больного информационный дефицит и коммуникативную недостаточность, но и своевременно осуществлять коррекцию лечебных мероприятий на ранних этапах рецидива (т.е. влиять на биологический компонент адаптации), что позволит предположить снижение необходимости или сокращение сроков лечения в стационарных условиях.

Включение в психообразовательные программы показано пациентам с упорядоченным, социально приемлемым поведением, в том числе при наличии бредовых построений и галлюцинаций. При реализации семейных форм психообразования ограничений к участию в такого рода программе нет.

Клинические противопоказания включения в психообразовательные программы:

- острые психотические расстройства;
- грубое интеллектуальное снижение;
- выраженная тревожность;
- выраженная расторможенность.

Из психологических критериев можно отметить недоброжелательное отношение к другим участникам группы, категорический отказ от подобного вида лечения. Преобладает мнение, что психологические критерии являются решающими, а диагноз или клинические проявления не имеют принципиального значения.

Для успешного функционирования психообразовательной программы при отборе кандидатов в группу необходимо обращать внимание на баланс ролей; подбор пациентов, похожих по одним качествам и различающихся по другим, для того чтобы были представлены различные модели поведения. Также важно, чтобы каждый участник мог видеть хотя бы один приемлемый для него положительный пример совладания с болезнью, комплаентности и др. Наряду

с пациентами, которые скрывают свои переживания от окружающих, родственников, врачей, в группе всегда должен присутствовать хотя бы один пациент, который имеет хорошо контактирует с медицинским персоналом и делится своими переживаниями, более критичен к своей болезни и собственной личности.

Психообразование необходимо родственникам пациентов с высоким риском обострений, хроническими психотическими симптомами. Внесемейная поддержка (групповая работа) особенно показана пациентам из неполных семей или семей, состоящих из пациента и его престарелых родителей.

Для оптимальной реализации программы можно подбирать участников по нозологическому признаку, т.е. однородных по нозологической принадлежности (например, пациентов с шизофренией, шизоаффективными и шизотипическими расстройствами). Однако более оправданным является подход к отбору участников группы, однородных по сочетанию клинических и социальных критериев (пациенты, перенесшие первый психотический эпизод; часто госпитализировавшиеся; с хроническими психическими заболеваниями; родственники пациентов с первым психотическим эпизодом; родственники часто госпитализировавшихся пациентов; пациенты и родственники, однородные по возрасту, полу, образованию и др.).

Задачи, решаемые в психообразовательных группах

- изучение причин психотических и непсихотических расстройств, особенностей течения, прогноза, способов лечения, условий и течения процесса выздоровления;
- обучение способам распознавания симптомов и выработка способности к контролю над ними (самоконтролю);
- обучение навыкам “управления” хроническим расстройством;

- знакомство с ролью фармакотерапии в лечении;
- информирование о возможных побочных эффектах фармакотерапии и борьба с ними;
- выработка комплайенса;
- обсуждение значения стресса в возникновении обострения и путей его смягчения;
- эмоциональная поддержка;
- улучшение взаимоотношений между пациентами;
- создание или расширение социальных сетей пациентов.

Одновременно при использовании метода могут быть решены и *непрямые задачи программы*:

- повышение уверенности в себе;
- совершенствование коммуникативных навыков и навыков повседневной жизни;
- формирование новых стратегий разрешения проблем;
- повышение уровня социальной успешности.

Получаемые знания позволяют пациентам:

- находиться на стабильном уровне функционирования;
- лучше понимать характер и особенности своего заболевания;
- способствуют идентификации стрессогенных ситуаций, которые могут провоцировать обострение расстройства.

Функции специалистов

Психообразовательные группы проводятся *врачом-психиатром с участием медицинского психолога и /или специалиста по социальной работе.*

Основной компонент программы берет на себя врач-психиатр. Эта часть работы включает информацию о расстройстве, его причинах, течении, прогнозе, индивиду-

альных особенностях, роли и характере медикаментозной терапии и побочных действиях препаратов. Ведущий (врач-психиатр) не только предоставляет информацию, но и направляет дискуссию, обращая особое внимание на активное участие в ней пациентов.

Медицинский психолог или специалист по социальной работе обеспечивает организацию занятий: четкое соблюдение времени начала, окончания, посещения занятий и правил поведения в группе, поддерживает благоприятную психологическую атмосферу в группе, а также отвечает за определенную часть содержания программы. В частности, предоставляет информацию о ресурсах сообщества, знакомит со списком организаций, в которых могут получить помощь психически больные лица; обсуждает проблемы, связанные со стигматизацией и трудоустройством, и многое другое.

Формат проведения программ

Психообразование пациентов осуществляется в обучающем формате. Занятия в большинстве случаев проводятся в виде тематического семинара. Участникам предоставляется информация по конкретным вопросам, а дискуссия в группе дает возможность обсудить полученную информацию с другими участниками, соотнести ее с собственным опытом.

Относительно формата группы и количества участников и ведущих существуют различные мнения. Рекомендации разнятся в зависимости от того, предназначена ли программа для амбулаторных или стационарных пациентов, ограничивается ли психообразование информационным блоком или включает тренинговую часть, участвуют ли родственники пациентов в работе и др.

Количество ведущих может варьировать, но наиболее оптимальным вариантом групповой работы является наличие 2 ведущих – врача-психиатра и психолога, врача-психиатра и специалиста по социальной работе (социального работника).

Во внебольничных условиях психообразовательные занятия проводят в малых группах (не более 10–15 человек) открытого типа. Создается терапевтическое сообщество, обеспечивающее каждому участнику группы поддерживающее окружение.

Для стационарных пациентов рекомендуемый формат проведения психообразовательных программ – это закрытые группы; количество участников – от 4 до 15, количество занятий в цикле – от 4 до 12. Группы формируются из пациентов, страдающих мало- и среднепрогредиентными формами шизофрении. Занятия длятся по 45–50 минут, 3 раза в неделю, длительность программы – около 20 занятий.

Продолжительность занятий может различаться в зависимости от сложности материала, состава группы, клинического и психологического статуса пациентов. Соответственно длительность занятий может варьировать от 45 минут с частотой 1–2 раза в неделю до 30 минут с частотой 1–2 раза в день.

Основные виды психообразовательных программ

Психообразовательные программы можно классифицировать по нескольким осям:

- 1) по сектору оказания психиатрической помощи (внебольничные условия, дневной стационар, психиатрическая больница и др.);
- 2) по сочетанию с другими видами реабилитационных мероприятий (моноинтервенции или составная часть многомодульной программы);
- 3) по контингенту участников (с первым психотическим эпизодом, с хроническими формами расстройств, с криминальным анамнезом, с участием членов семей, с участием волонтеров и др.);
- 4) по сочетанию нескольких подходов и форм работы (информационные программы, включение тренинговых модулей, поведенческий и когнитивный подход, семейная модель и др.).

Все программы по *формированию приверженности лечению* также можно отнести к психообразовательным. Формирование комплаентных отношений с медицинским персоналом и поддержание стойкой приверженности лечению как во время ПЛ, так после его отмены важно для снижения риска внутрибольничной агрессии и для профилактики совершения повторных ООД.

Формирование комплаентных отношений с медицинским персоналом и поддержание стойкой приверженности лечению как во время ПЛ, так после его отмены важно для снижения риска внутрибольничной агрессии и для профилактики совершения повторных ООД.

Комплаенс-терапия

Новый вид вмешательств, названный *комплаенс-терапия*, продемонстрировал преимущество перед методом психологического консультирования в отношении пациентов, поступивших на лечение, в том числе в психотическом состоянии. Значительное улучшение таких показателей, как отношение к лечению, критическая оценка своего заболевания, а также готовность лечиться, достигалось после 6–7 сеансов и сохранялось спустя 6 месяцев после выписки. Такой тип вмешательств пригоден для всех пациентов, кроме лиц с наиболее тяжелыми острыми психозами.

Комплаенс-терапия проводится в несколько этапов. Прежде чем приступить к ее проведению, пациентам объясняют, что участие является добровольным, и для того чтобы составить мнение об имеющихся психических нарушениях и о необходимости лечения, потребуется примерно 6 сеансов.

1 этап вмешательства направлен на выяснение отношения пациента к лечению.

В течение первых 2 сеансов специалист старается выяснить, что знает пациент об имеющемся у него расстройстве и признает ли он его вообще. Для объяснения психопатологической симптоматики пациенты редко по

собственной инициативе выбирают медицинскую модель, заявляя, например: “с моей психикой происходит что-то неладное”. Исходя из этого, проводя *комплаенс-терапию*, не следует навязывать пациентам медицинскую модель, если она полностью противоречит их убежденности. Если в процессе беседы выясняется, что между прекращением лекарственной терапии и развитием рецидива прослеживается явная связь, ее необходимо очень подробно обсудить. Эта связь должна стать ключевым пунктом, к которому следует неоднократно привлекать внимание пациента. Анализ особенностей лекарственной терапии, проводившейся в прошлом, часто позволяет установить причины несоблюдения лечебных рекомендаций в настоящем. Пациентам предлагается основная информация о психотической симптоматике, направленная на “декатастрофизацию” состояния.

На 2 этапе проводится исследование амбивалентного отношения пациента к лечению, при котором следует учитывать (Read J., Baker S., 1996):

- 1) неправильное представление о лечении (страх развития зависимости, утраты контроля, изменений личности);
- 2) прежний неблагоприятный опыт лечения и побочные действия лекарственных препаратов в прошлом и в настоящее время;
- 3) наличие стигмы (восприятия себя как больного человека);
- 4) естественное желание прекратить прием лекарственных препаратов при хорошем самочувствии.

На этом этапе необходимо активно побуждать пациента комментировать все свои возможные опасения. Симптомы, о которых сообщает пациент, могут быть предложены ему в качестве симптомов-мишеней для лечения.

Основной целью *3 этапа лечения* является “декатастрофизация” положения, т.е. уменьшение чувства безнадёжности и отчуждения. Акцент делается на факте

широкой распространенности психических расстройств. Стигматизация устраняется путем рефрейминга (рассмотрения актуальной ситуации с разных сторон или в разном контексте) использования лекарственных препаратов как свободно выбранной стратегии, направленной на повышение качества жизни. Приводятся аналогии с другими хроническими расстройствами, требующими длительного лечения (например, с сахарным диабетом, артериальной гипертензией), чтобы внедрить понятие о поддерживающем лечении, которое продолжается даже тогда, когда человек чувствует себя хорошо.

С пациентом обсуждаются планы на будущее, выясняется, какие сферы функционирования страдают в результате его нездоровья. При этом важно пользоваться простым языком, затрагивать вопросы, непосредственно касающиеся пациента и его предшествующего опыта, а не вдаваться в теоретические рассуждения.

В работе с пациентами, страдающими психозами, часто приходится сталкиваться с такими нарушениями психической деятельности, как трудности *концентрации внимания или включения лечения в содержание бредовых идей*. Психотерапевтическая тактика в подобных случаях должна быть адекватной.

В случае снижения концентрации внимания рекомендуется регулярно проводить более короткие сеансы, использовать простой язык, периодически подводить итоги встреч, излагать заявления пациентов, а также повторять им основные положения терапии.

Беседуя с настороженными, скрытными пациентами, важно высказывать свои мысли в форме возможных вариантов. Следует избегать конфронтации и споров.

При включении идей, связанных с лечением, в содержание бредовых идей (“формирование цепочки выводов”), необходимо внимательно анализировать бредовые идеи, исходя из первоначального иррационального убеждения.

Программа *Обучение обучающихся* включает следующие разделы: основы обучения “равного равным” (умение слушать, педагогическое мастерство, искусство сопереживания); образование (тематическое обучение, как и в большинстве информационных блоков психообразовательных программ); контроль (помощь участников группы друг другу в выявлении у себя белых пятен в знаниях и навыках).

В качестве примера можно привести программу *Неделя психического здоровья*, используемую для психообразовательной деятельности в Центральных районных больницах в Рязанской области (Свиридов И.Г., 2013).

Этапы реализации программ

Психообразовательные программы во *внебольничных условиях* включают следующие блоки: 1) образование пациента и семьи; управление медикаментозной терапией; 2) тренинг коммуникативных навыков; тренинг навыков совладания.

На начальном этапе *первого блока* программы занятия представляют собой мини-лекции с последующим обсуждением. Завершающие занятия первого блока ориентированы на повтор усвоенного материала с привлечением каждого члена группы к роли эксперта, отвечающего на вопросы.

Второй блок программы посвящен обучению пациентов способам релаксации, приобретению социальных навыков и навыков совладания с болезнью. Занятия проходят в виде тренингов. Первые занятия направлены на овладение методиками релаксации, при этом пациентам рекомендуется отрабатывать полученные навыки в домашних условиях. В дальнейшем акцент делается на поведенческом компоненте.

Параллельно проводятся групповые встречи с родственниками. Они чаще осуществляются в виде интерактивного обсуждения. Психообразовательные программы способствуют переходу пациента из состояния пассивного

реципиента в состояние активного участника лечебного процесса; позволяют снизить внутрисемейное напряжение, возникающее в связи с появлением больного родственника, его самоизоляцию.

На предварительном этапе происходит обязательное первичное индивидуальное консультирование и собеседование, которое необходимо для установления с пациентом партнерских отношений. В течение 1–2 установочных бесед с ведущими (врачом-психиатром и специалистом по социальной работе) решается вопрос о включении пациента в группу, оценивается психическое состояние с выделением сохранных сторон пациента, на которые нужно будет опираться в групповой работе, уточняется, в какой информации больной нуждается больше всего. После определения информационных потребностей каждого участника составляется индивидуальные программы реабилитации, выделяются наиболее важные темы и порядок их освещения, на этой основе готовится детальный проект курса занятий с данным составом участников группы.

Участники впервые встречаются с большим количеством незнакомых или малознакомых людей в непривычной для них обстановке. Их тревожит многое: как себя вести, что говорить, как сложатся отношения с другими участниками группы, как их примут, какое они произведут впечатление и др. Поэтому целесообразно предоставить больному некоторое время для адаптации в группе.

Информационный блок включает освещение следующих вопросов: этиология, тип течения и прогноз, симптомы расстройства, способы распознавания болезненных симптомов и контроль над ними, варианты лечения, возможные побочные эффекты лечения и борьба с ними, первые признаки расстройства и профилактика рецидивов.

Ведущие обращают внимание участников на те типы и формы поведения, которые реально можно изменить, одновременно максимально поощряя и вдохновляя возможности личностного роста. На каждой сессии пациентов

учат наблюдать за собой, вычленять у себя болезненные симптомы, отслеживать начало обострения и предлагают способы его преодоления.

Завершается занятие обсуждением, которое, как и вводная часть, занимает примерно четвертую часть времени. Во время завершения сессии всем участникам предоставляется возможность вычленить главное из услышанного, ответить, что полезного они усвоили на сегодняшнем занятии, а ведущим – получить представление о том, что участники поняли и приняли из того, что им говорили.

Вторая сессия отличается тем, что ведущий продолжает создавать обстановку безопасности, комфортности. Он в меньшей степени стимулирует участников к ответам, а больше времени уделяет изложению дидактического материала. Процедура опроса о том, что узнал пациент нового на занятии, завершает занятие.

Последняя сессия, как правило, менее структурирована. У участников может возникнуть множество вопросов, на которые ведущий обязан ответить.

На этой сессии должна быть предоставлена информация о системе поддержки, о различных формах психиатрической помощи и оказывающих ее учреждениях, общественных организациях психически больных и их родственников, социальных службах. Должны быть даны их адреса и телефоны, информация о правах и льготах, рекомендовано посещение одной из целевых групп или предложено продолжить работу в открытых группах психосоциальной поддержки.

4.3. Тактика психосоциальной реабилитации пациентов с болезнями зависимости в процессе исполнения принудительных мер медицинского характера

Злоупотребление и зависимость от алкоголя и психоактивных веществ являются значимыми факторами риска опасного поведения лиц, страдающих психическими

расстройствами. Этот факт определяет особое значение лечебно-реабилитационной работы, направленной на преодоление зависимости, в процессе исполнения принудительных мер медицинского характера, так как от ее результативности во многом будет зависеть риск повторного совершения ООД.

Психосоциальная терапия и реабилитация пациентов с болезнями зависимости, большая часть из которых коморбидна основному хроническому психическому расстройству, имеет определенную последовательность и включает в себя ряд уже описанных в настоящем пособии психосоциальных вмешательств. Значимыми ее разделами являются: психолого-психотерапевтическая коррекционная работа, терапия занятостью, организация досуга.

Доказали свою эффективность рациональная психотерапия, когнитивно-поведенческая психотерапия, арт-терапия, ролевые игры, телесно-ориентированная психотерапия, групповая релаксационная психотерапия, семейная психотерапия, танцевально-двигательная психотерапия, гештальт-психотерапевтические техники и др., выбор которых во многом определяется клинико-психопатологическими характеристиками психического состояния больного, его личностными особенностями и патопсихологическими характеристиками.

Важными составляющими работы по преодолению зависимости являются также продолжение образования и приобретение профессиональных навыков.

Большая часть поименованных мероприятий описаны в соответствующих главах пособия.

В настоящем разделе приводится схематичное изложение опыта работы Санкт-Петербургской психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением Минздрава России по работе с больными с зависимым поведением.

Данное учреждение имеет многолетнюю историю развития психосоциальной реабилитации лиц, страдающих

тяжелыми психическими расстройствами, представляющих особую общественную опасность. Его результаты, на наш взгляд, вызывают интерес и могут быть рекомендованы к использованию в лечебных учреждениях, исполняющих принудительные меры медицинского характера.

В больнице давно и активно используются лечебно-реабилитационные программы для больных с синдромом зависимости: функционируют группы Анонимные алкоголики (АА) и Анонимные наркоманы (АН), их ведут социальные работники из числа зависимых (так называемые консультанты по химической зависимости). Работа групп курируется врачами и психологами. В данных программах задействовано 8–10% пациентов больницы.

Идеология программ АА и АН

В основе данных лечебно-реабилитационных программ лежит международный опыт реабилитации больных с химической зависимостью (Миннесотская модель лечения, программа 12 шагов), адаптированный российскими специалистами. Лечение в рамках программы относится к духовно ориентированным методам терапии. Освобождение от химической зависимости происходит на основе психологической переориентации, которая, основываясь на мобилизации внутренних резервов человека, возвращает ему свободу жизненных ориентиров.

Программа духовного роста 12 шагов была разработана еще в конце 30-х годов прошлого века людьми, которые ранее сами были зависимы от наркотиков или алкоголя. Она популярна во всем мире, поскольку направлена на решение главной задачи лечения: полную духовную переориентировку больного, постепенное возвращение или приобретение заново жизненных ценностей, свойственных людям без зависимости.

Миннесотская модель лечения и профилактики больных с химической зависимостью была создана американскими специалистами в конце 40-х годов и является, в

отличие от движения самопомощи, профессиональным подходом к решению проблемы. В ней духовные принципы работы групп Анонимных алкоголиков объединены с достижениями психологии, психиатрии, социологии и других наук.

В основе модели лечения лежат следующие базовые положения, определяющие терапевтическую стратегию.

- Химическая зависимость (наркомания, алкоголизм) является неизлечимым хроническим, прогрессирующим заболеванием, возникающим не по вине заболевшего.
- Химическая зависимость – одно из возможных проявлений глубинных духовных дефектов. Она имеет единую природу с другими видами зависимости, возникает под влиянием совокупности различных факторов – биологических, психологических и социальных.
- На современном уровне развития науки полное излечение от химической зависимости невозможно, однако возможен поворот от развития болезни к выздоровлению, когда человек готов принять ответственность за свое выздоровление и изменение самого себя.
- У человека, страдающего наркоманией или алкоголизмом, легко может сформироваться зависимость от любых веществ, изменяющих сознание, волевую, эмоциональную или интеллектуальную сферы. Поэтому в процессе терапии психического расстройства данного контингента больных необходимо избегать либо (в случае невозможности по медицинским показаниям) минимизировать применение такого рода препаратов.
- Выздоровление трактуется не как конечный результат программы, а как образ жизни, при котором возможен отказ от психоактивных веществ.

Программа отрицает авторитарность, манипуляции, в ней отсутствует традиционное доминирование медицинских работников в лечебно-реабилитационном процессе, персонал сотрудничает с больными. Лечение при таком подходе базируется на совместной работе *специалистов* (психиатров, психотерапевтов, психологов, социальных работников, медсестер) и *консультантов* – выздоравливающих лиц, зависимых от психоактивных веществ, которые уже прошли лечение по этой программе и имеют определенный стаж трезвой жизни. Специалист при этом применяет свои профессиональные знания, проводя совместную с пациентом работу по выявлению и поиску путей решения проблем, стоящих перед ним, и обеспечивая индивидуальный подход к больному, способствует также активизации его личностных качеств и системы ценностных ориентаций, имеющих адаптивные ресурсы. Консультант делится своим опытом выздоровления, опытом познания своих чувств, управления своим поведением, а также передает теоретические и практические знания, умения и навыки трезвой жизни. К участию в лечении привлекаются также служители православной церкви, члены семьи пациента и другие значимые для него люди.

Как видно из этих базовых положений, построение эффективной психотерапевтической программы по лечению и реабилитации больных с химической зависимостью – это задача по созданию целостной, логически связанной системы психотерапевтических воздействий. Однако применительно к условиям лечения больных с тяжелыми психическими расстройствами с сопутствующим синдромом химической зависимости, совершивших общественно опасное действие, кроме психотерапевтического воздействия, неизбежно привнесение в идеологию программы 12 шагов ряда положений биологической терапии.

Работа с пациентами, зависимыми от психоактивных веществ, проводится на всех этапах лечебно-реабилитационного процесса.

литационного воздействия и дополняет иные методы и методики психосоциальной реабилитации. В ряде случаев она является начальной, так как пациенту легче признать себя алкоголиком или наркоманом, чем психически больным человеком.

Групповая работа условно разделена на 2 этапа. Первый (начальный) проводится в больших группах больных, второй – в малых. Занятия по 1,5–3 часа с 10-минутным перерывом с периодичностью 2–3 раза в неделю. В работе используются программная литература и видеоматериалы, письменная работа пациентов (“домашние задания”), аудиоматериалы, лекции.

Работа больших групп строится по принципу открытых, на них могут прийти начинающие пациенты с целью ознакомления с программой, получения необходимой информации, а на занятиях спикерских групп – познакомиться с людьми, уже имеющими большой срок трезвости (выздоровления). Занятия спикерских групп проводятся волонтерами из числа лиц, не находящихся на принудительном лечении, в том числе бывшими пациентами больницы.

Задачи работы малой группы 12-шаговой программы АА:

- дать возможность человеку самому поставить себе диагноз (алкоголизм, наркомания). Понять, что невозможно употреблять психоактивные вещества и не иметь последствий – 1 шаг;
- осознать и убедиться в возможности и необходимости получить помощь со стороны таких же выздоравливающих алкоголиков и наркоманов, работающих по программе 12 шагов. Принцип “бессилен, но не беспомощен” – 2 шаг;
- дать возможность допустить наличие в жизни силы более могущественной, а впоследствии найти свою Высшую Силу – 2–3 шаги;
- исследовать и проанализировать истинные причины своего алкоголизма (наркомании); дефекты

характера, поведения, моральные и нравственные принципы;

- сформировать мотивацию для дальнейшей работы по программе 12 шагов с целью изменить свое поведение, себя самого и свою жизнь.

Работа в малой группе включает:

1. Работу с чувствами: дневник чувств; “выравнивание чувств”, обратная связь.
2. Выполнение и прочтение в группе “домашних заданий”.

Одна из важнейших и чрезвычайно трудно решаемых задач – проблема преемственности на пути социальной реабилитации больных, зависимых от психоактивных веществ. Это актуально для пациентов, находящихся на принудительном лечении, так как последнее не позволяет использовать весь комплекс мер, способствующих социальной адаптации. Тем не менее в больнице наращиваются усилия по налаживанию контактов с психиатрическими стационарами, диспансерами, наркологическими центрами, различными общественными организациями, занимающимися вопросами лечения и реабилитации лиц с химической зависимостью. Регулярно на базе реабилитационного отделения проводятся конференции, совещания, дни открытых дверей для администраторов и специалистов психоневрологических учреждений.

Сотрудники больницы, в свою очередь, являются постоянными участниками проводимых в Санкт-Петербурге научно-практических мероприятий по вопросам наркологии. Одним из примеров успешного решения проблемы преемственности в лечении психически больных с синдромом химической зависимости является тесное взаимодействие больницы с негосударственным реабилитационным Центром, уже более 10 лет функционирующим в Санкт-Петербурге. Некоторые пациенты, успешно прошедшие программу реабилитации в больнице, после выписки на амбулаторное лечение направляются в этот Центр.

4.4. Социальная работа в системе судебно-психиатрической профилактики

Социально-педагогическая работа

Основные обязанности и компетенции специалиста по социальной работе

Повышение внимания к психологическим и социальным аспектам психических расстройств обусловило необходимость привлечения к лечебно-реабилитационной деятельности учреждений, осуществляющих ПЛ, наряду с психиатрами, психотерапевтами и психологами, также специалистов по социальной работе.

Основные задачи деятельности специалистов по социальной работе отражены в приказе Минздрава России от 28.07.1997 № 226 “О подготовке специалистов по социальной работе и социальных работников, участвующих в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи”.

Специалист по социальной работе – это работник с высшим образованием по специальности “социальная работа”, получивший базовую подготовку, которая предполагает 3 направления обучения: общегуманитарные и социально-экономические дисциплины, общематематические и естественно-научные дисциплины и специализацию по социальной работе.

Специалист по социальной работе должен уметь:

- обеспечивать посредничество между личностью и семьей, семьей и обществом, между различными общественными и государственными структурами и др.;
- оказывать влияние на отношения между людьми и на ситуацию в малой группе, стимулировать их к выполнению социально значимой деятельности;
- работать в условиях неформального общения, способствуя проявлению инициативы и активной жизненной позиции; давать психологическую характеристику личности (ее темперамента, способностей и т.п.);

- интерпретировать собственное психическое состояние.

Он также должен владеть:

- приемами психодиагностики и психической саморегуляции;
- основами социологического анализа;
- навыками анализа учебно-воспитательных ситуаций и решения педагогических задач;
- методами проведения научных исследований в области социальной работы.

В целом, по получении теоретических знаний и практических навыков специалист по социальной работе должен быть способен к организационно-управленческой, научно-педагогической и практической деятельности в сфере социальной работы.

После завершения базовой подготовки и прохождения последиplomной специализации в учреждениях, готовящих специалистов по социальной работе в психиатрических и психотерапевтических учреждениях, он может работать в указанных учреждениях по своей специальности.

Дополнительная подготовка специалиста по социальной работе для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь, предусмотрена для дипломированных специалистов по социальной работе с высшим образованием. Эта подготовка включает 3 раздела: теоретическую подготовку, практическую подготовку и тренинги.

Специалист по социальной работе должен владеть *практическими навыками:*

- решения задач по организации индивидуальной и групповой работы с пациентами, направленной на улучшение их социальной адаптации, повышение коммуникативных возможностей;
- взаимодействия с другими учреждениями и организациями, оказывающими социальную помощь;

- составления совместно с другими специалистами индивидуальных программ реабилитации пациента;
- организации совместно с врачом, психологом и социальным работником терапевтической среды, терапевтического сообщества пациентов, групп по интересам, осуществления клубной работы и др.;
- повышения уровня социальной адаптации пациента, формирования у него ответственности за свое социальное поведение;
- разработки и организации мероприятий по социальной защите и поддержке пациента, его трудовому и бытовому устройству;
- ведения лично и профессионально ориентированных социально-психологических тренингов;
- проведения профессионально-ориентированных тренингов для персонала учреждения (методического тренинга групповой социальной работы, балинтовских групп и др.).

Компоненты реабилитационного процесса, в реализации которых существенная роль отводится специалисту по социальной работе:

- установление договорных отношений между социальной службой, пациентом и родственниками;
- индивидуальная работа с пациентом при составлении ИПР;
- проведение социального обследования и выявление социальных проблем, препятствующих адекватной адаптации пациента после выписки из стационара;
- помощь в решении проблем, возникающих при возвращении в привычную среду (межличностные конфликты, одиночество, тревога, недоверие, сексуальные проблемы и др.);
- установление связей с амбулаторными учреждениями, оказывающими помощь пациентам в адаптации к жизни в обществе;

- групповая психосоциальная работа, ориентированная на анализ социальных проблем и восстановление социальных навыков;
- обучение приемам, обеспечивающим эффективную социальную адаптацию с использованием технологии тренинга;
- проведение психообразовательных семейных программ, направленных на обучение родственников пациентов эффективным способам межличностного взаимодействия.

Компетенции специалиста по социальной работе:

- взаимодействие с органами социальной защиты, социальными и другими службами;
- диагностика социальных проблем пациента;
- достижение комплайенса (продуктивного контакта) с пациентом; составление ИПР;
- консультативная работа;
- работа в полипрофессиональной бригаде;
- организация и ведение индивидуальных и групповых форм работы с пациентами и их родственниками;
- формирование алгоритмов оказания инструментальной помощи и поддержки пациентам и их родственникам;
- разработка проектов и программ досуговой и профилактической деятельности;
- организация деятельности совета самоуправления пациентов;
- обеспечение трудовой и полезной занятости пациента;
- восстановление профессионального статуса пациента;
- оформление наглядных материалов;
- оформление отчетной документации.

При проведении психосоциальных воздействий многое зависит не только от особенностей личности пациента,

но и от личностных особенностей специалиста, его “эмпатийного потенциала”, а также от разработки модели ожидаемых результатов лечения, не только у пациента, но и у его родственников (ближайшего окружения).

Социальная работа

Деятельность социального работника в сфере здравоохранения регламентируется Приказом Министерства Здравоохранения от 20.12.2011 г. № 907 “Об утверждении Методических рекомендаций по организации деятельности социального работника в сфере здравоохранения”. Согласно данному постановлению, в функциональные обязанности социального работника в широком смысле входит оказание социальных услуг и создание условий для преодоления пациентом трудных жизненных ситуаций в случае их возникновения. Социальный работник находится в непосредственном взаимодействии с врачами, медицинскими психологами, средним медицинским персоналом, а также специалистами по социальной работе с целью содействия соблюдению прав пациента в период получения им медицинской помощи.

Содержание деятельности социального работника в психиатрическом учреждении, осуществляющем принудительно лечение

Непосредственное руководство деятельностью социального работника осуществляет заведующий отделением. Деятельность социального работника регламентирована приказами и инструкциями Минздрава РФ, а также правилами внутреннего распорядка лечебного учреждения и другими нормативными документами, в том числе приказами и указаниями главного врача и старшей медсестры.

Социальный работник осуществляет свои обязанности в непосредственном взаимодействии с лечащими врачами, медицинскими психологами, средним и младшим медицинским персоналом, специалистами по трудотерапии и социальной работе.

Функциональные обязанности социального работника психиатрического лечебного учреждения включают:

1. Сбор сведений о больных, вновь поступивших на лечение, касающихся их социального, трудового и семейного статуса, оформленных им пенсий, льгот и т.д. Сбор данной информации производится в непосредственной беседе с пациентом, его родственниками, а также посредством отправления запросов в те отделы социального обеспечения, где ранее обслуживался больной, с целью получения информации о наличии документов, подтверждающих его статус (инвалидность и т.д.)

2. При отсутствии установленной инвалидности у больного социальный работник осуществляет сбор необходимой документации с последующим направлением ее на врачебно-трудовую экспертизу (ВТЭК).

3. В случае наличия инвалидности или подтвержденной недееспособности больного социальный работник вступает в контакт с его родственниками с целью привлечения их к деятельности по реализации социальных прав пациента. Предоставляет устные разъяснения больным и их родственникам относительно оформления инвалидности, опеки, пенсии, отвечает на письма родственников, касающиеся этих вопросов. При необходимости посещает родственников больного на дому.

4. Социальный работник ведет учет пациентов, получающих пенсию, с указанием данных о степени инвалидности, сроках переосвидетельствования, а также об адресах организаций, которые оформляют пенсии больными, контактных данных их родственников. В обязанности социального работника входит подготовка ответов на запросы официальных учреждений.

5. Контроль за своевременным прохождением больными врачебно-трудовой экспертизы, получение направлений на очередную ВТЭК от лечащих врачей отделения и отправление необходимой документации в соответствующие инстанции.

6. После прохождения больными ВТЭК и подтверждения или установления инвалидности социальный работник рассылает заявления о назначении пенсий в отделы социального обеспечения.

7. Организационная работа по обеспечению проведения ВТЭК по освидетельствованию больных на территории больницы (подготовка помещения, документов, доставка больных), а также доведение до сведения главного врача рекомендаций и замечаний комиссии.

8. Совместное с лечащим врачом решение вопросов о прописке больного посредством установления контактов с его родственниками, психоневрологическими интернатами и т.д. Восстановление регистрации больного при выявлении факта его незаконной выписки. При наличии оснований для помещения больного в интернат в обязанности социального работника входит оформление соответствующих документов при содействии лечащего врача.

9. Оформление актов психиатрического освидетельствования, сбор подписей ответственных лиц и направление документов в суд.

10. Отслеживание своевременности поступления определений суда при необходимости – оформления выписки больного.

11. Контроль за своевременностью проведения (врачебно-психиатрических комиссий) ВПК.

12. Получение пенсии от имени пациента при наличии доверенности.

13. Сообщение данных об оформлении пенсий больным главной медсестре больницы.

14. Получение денег и осуществление покупок по просьбе больных (в соответствии с их потребностями и доходами), составление списка необходимых покупок.

15. Уведомление суда и родственников о поступлении больного на лечение.

16. Рассылка уведомлений о выписке больного (за 2 недели до предполагаемой даты, а также непосредственно в день выписки) его родственникам, в ПНД по месту жительства и т.д.

При разработке реабилитационно-терапевтических программ принудительного лечения различных категорий больных составляются рекомендации относительно деятельности социального работника.

Социальный работник ведет работу с родственниками, направленную на решение тех или иных социальных вопросов; устанавливает степень заинтересованности родственников больного в оказании ему помощи и защите его интересов (при положительном отношении с их стороны социальный работник привлекает их к совместной деятельности по решению социальных вопросов больного: определению инвалидности и установлению опеки). Психиатрическое учреждение имеет право вмешиваться в решение социальных вопросов, касающихся явного ущемления прав больного или лишения его тех или иных льгот (например, наличия тяжелых жилищных условий, лишения прописки (регистрации) в связи с привлечением к уголовной ответственности, неправильно начисленной пенсии, препятствий к вступлению в права наследования). Также социальный работник может осуществлять урегулирование внутрисемейных конфликтов, изъятие больного из антисоциальной среды и предпринимать меры по его трудоустройству после выписки.

С целью предупреждения повторных ООД психиатрическое учреждение в лице социального работника может принять меры к отселению больного путем, например, предоставления ему жилой площади в соответствии с имеющимися льготами, размена жилплощади, отселения в другую семью или перехода на другую работу, иногда в лечебно-трудовые мастерские. Такого рода помощь приходится осуществлять совместно с ПНД по месту жительства больного. Как правило, деятельность по оказанию социальной помощи разворачивается на

этапе интенсивно-реабилитационных мероприятий или на этапе стабилизации достигнутого эффекта.

На завершающих этапах ПЛ социальный работник ведет разъяснительную работу с родственниками больного и опекуном о том, чтобы они не допускали непосредственного участия больного в разрешении тех или иных жизненных коллизий и брали бы данные функции исключительно на себя.

В обязанности социального работника входит информирование родственников и опекунов о правовом положении больного, в том числе и недееспособного, разъяснение принципов решения некоторых наиболее актуальных для данного пациента проблем. После завершения ПЛ социальные работники могут оказывать бытовую помощь больному (совершение покупок, распределение имеющихся средств, помощь в самообслуживании), решают вопросы материальной обеспеченности, направленные на оформление инвалидности и назначение пенсии больному, подбор документов для перевода в интернат социальной защиты после окончания ПЛ.

При работе с больными *с изменениями личности и психопатоподобными расстройствами в рамках текущего процесса* наибольшее значение как на начальных, так и на завершающих стадиях ПЛ имеют вопросы оказания социальной помощи, связанной с оформлением документов, решения жилищных и семейных вопросов, уточнения социального статуса, решения вопросов о правах пациентов, оформления инвалидности.

При работе с больными с изменениями личности социальный работник в редких случаях занимается рассмотрением вопросов установления опеки. Больные этой группы преимущественно не должны признаваться недееспособными, исключения могут составить лишь сравнительно кратковременные периоды пребывания в стационаре (1–2 года), когда необходимость решения тех или иных социальных вопросов вынуждает к такому решению (с последующим восстановлением дееспособ-

ности перед выпиской), а также нечастые случаи неблагоприятного течения процесса, приводящие, несмотря на проводимое лечение, к глубокому дефекту, исключающему возможность достаточно успешной реадaptации больного. В общей же массе вопрос об опеке и дееспособности в отношении больных этой группы ставиться не должен. Работа с родственниками также определяется относительной динамичностью состояния больного. Их следует ориентировать на относительную самостоятельность больного, предъявление к нему соответствующих требований в социальном плане, способность последних после прекращения принудительного лечения принимать ответственные решения, о необходимости амбулаторного наблюдения у психиатра.

На первом этапе ПЛ значительное внимание уделяется упорядочению социальных дел больного и уточнению правового положения пациента в отношении его работы, трудового стажа, места жительства и прописки, семейного положения. После окончания ПЛ – создание некоторого минимума бытового и социального устройства, необходимого для поддержания относительной социальной адаптации, переговоры с внебольничной психиатрической службой об устройстве больного и наблюдении за ним. Возможна ориентировка больного на работу в спеццехе, проживание в общежитии при психиатрическом учреждении.

Установление опеки может потребоваться на первых этапах принудительного лечения, когда появляется потребность в решении конкретных социальных вопросов, не терпящих отлагательств. Смысл установления опеки после отмены ПЛ заключается в недопущении выполнения больным тех или иных юридических действий, наносящих ущерб обществу или ему самому (сделки, мошеннические действия).

Реабилитационно-терапевтические программы принудительного лечения различных категорий больных с *продуктивно-психотическими расстройствами* включа-

ют следующие функциональные обязанности социального работника: восстановление прописки, паспортизацию и оформление развода при распаде семьи, а также помощь в улучшении жилищных условий (восстановлении права на жилплощадь, оказание помощи при размене жилой площади), привлечение родственников к решению социальных вопросов больного на начальном этапе ПЛ и этапе стабилизации достигнутого эффекта; окончательное решение вопросов о месте жительства, семейном положении, будущем трудоустройстве, установление контакта с родственниками, которым можно доверить заботу о больном, а также инструктаж больного и его родственников о необходимости наблюдения в ПНД и поддерживающей терапии.

Основные виды документации, которые ведет социальный работник, относятся к оформлению пациентов, вновь прибывших в лечебное учреждение. Они связаны с паспортизацией пациентов, оформлением пенсии, подготовкой документов, необходимых для отправки больного на медико-социальную экспертизу (МСЭК), а также оформление документов, необходимых для выписки больного из стационара.

4.5. Работа с семьями и родственниками пациентов, персоналом психиатрических учреждений при проведении принудительного лечения

Работа с семьями и родственниками пациентов

Психообразовательные программы для пациентов и их родственников состоят из элементов семейной, поведенческой и поддерживающей терапии. Вмешательство включает просвещение; анализ семейных проблем и функционирования; занятия, направленные на решение выявленных проблем, участие в группах самопомощи. Групповая форма работы (многосемейные вмешательства) стимулирует внутригрупповое решение общих для семей проблем.

Поведенческая семейная терапия включает 3 последовательные стадии:

а) информирование; б) обучение членов семьи эффективному общению; в) обучение навыкам решения повседневных проблем, совладанию с жизненными дистрессами.

Психотерапевтическая поддержка направлена на коррекцию семейных проблем, социальных связей и проблем с трудоустройством или сохранением рабочего места.

Метод решения проблем заключается в контроле за соблюдением режима лечения пациентом, умением вести продуктивную с ним беседу. Составляется перечень актуальных проблем родственника.

Психообразование семьи включает информационный блок, обеспечивающий участников занятий научно достоверной информацией о психических расстройствах, о службах психиатрической помощи, о психотропных препаратах, механизмах их действия, нежелательных эффектах и явлениях, способах их контроля. Тема отдельных занятий – семейное функционирование в период обострения болезни.

Психообразовательные вмешательства реализуются при проведении тренинга Навыки в решении проблем, тренинга навыков общения, которые направлены на снижение уровня напряжения в семье, усиление способности семьи и пациента справляться с трудностями в связи с расстройством, а также на снижение риска обострения или рецидива расстройства. При этом достигается продуктивное общение между членами семьи и пациентом и с ближайшим окружением, а также социально приемлемое выражение позитивных и негативных чувств и намерений.

В такие психообразовательные семейные программы, как и в занятия только с пациентами, может быть включен *тренинг навыков совладания*, направленный на выработку рационального и эффективного совладания с расстройством в различных ситуациях, решение

проблем, выработку индивидуального типа позитивного преодоления (выражение эмоций, опору на помощь окружающих и др.).

Особенности психообразовательной работы с родственниками пациентов

Психообразовательная работа с родственниками пациентов, помимо облегчения бремени семьи и улучшения качества жизни, направлена на предупреждение госпитализаций пациентов.

Уход за пациентом ложится в основном на семью, которая часто оказывается неподготовленной к тому, чтобы в течение длительного времени справляться с этими проблемами. Изучение семей пациентов показывает, это зачастую ошибки со стороны родственников, связаны с недооценкой психических расстройств или непониманием того, что поведение члена семьи определяется психическими расстройствами. В связи с этим часто отмечается позднее обращение к врачу или отказ от лекарственной терапии.

Родственники должны знать как признаки психического расстройства проявляются в поведении пациента, его действиях и высказываниях. В результате непонимания члены семьи занимают по отношению к нему негативную, иногда даже враждебную позицию или, по крайней мере, отгораживаются от ситуации. Пациент либо остается предоставленным самому себе, либо взаимоотношения с родственниками становятся для него постоянным психотравмирующим фактором. Грамотный подход к организации межличностных отношений с пациентом в семье, установление благоприятного коммуникативного стиля и эмоционального климата в доме должны базироваться на информированности родственников о проявлениях психических расстройств. Особенно важно, чтобы родственники знали о начальных признаках обострения и умели их распознавать.

Поведение членов семьи пациента и взаимоотношения с ним основываются на следующих правилах:

- осознание, что любая продолжительная болезнь требует некоторого периода приспособления к ней;
- выполнение определенного режима и распорядка дня;
- избегание эмоциональных сцен и стрессовых ситуаций;
- обращение и просьбы к пациенту должны облекаться в спокойную и убедительную форму;
- следует говорить медленно, спокойно, четко, давая распоряжения и задавая вопросы по одному, так как несколько одновременно сделанных распоряжений или заданных вопросов могут привести к замешательству;
- необходимо стимулировать пациента соблюдать правила личной гигиены и другие нормы жизни в семье;
- не следует игнорировать присутствие пациента, даже если кажется, что он не прислушивается к тому, что говорят;
- попытки разубедить пациента в его ошибочных убеждениях обычно не достигают цели и часто приводят к ухудшению семейных отношений, нарушению взаимного доверия;
- следует избегать излишней критики;
- необходимо стремиться внушить пациенту уважение к самому себе, одобрять его успехи, как бы малы и незначительны они были;
- нужно обеспечить как возможность общения пациентами с другими лицами, так и возможность уединения, когда это нужно;
- следует убеждать пациента принимать лекарства и вовремя обращаться к врачу.

Информационная часть психообразовательного модуля для семей пациентов практически не отличается от модуля для пациентов и включает те же разделы:

- многофакторная природа психических заболеваний, биопсихосоциальная модель, модель диатез-стресс-уязвимости;
- симптомы (депрессия, мания, галлюцинации, мышление, бред, неправильное поведение) и их проявления в поведении пациента;
- раннее распознавание обострения и неправильного поведения, обусловленного болезненными переживаниями (галлюцинаторное поведение, бредовое поведение и др.), принимаемые меры;
- социально-правовые вопросы, недобровольная госпитализация (с обязательной информацией о том, что решение о недобровольной госпитализации принимает врач, а не родственники пациента, с тем, чтобы избежать в последующем чувства вины у членов семьи и обвинений со стороны пациента);
- фармакотерапия: классы психотропных средств, принципы их действия и побочные эффекты; роль медикаментозной терапии в предупреждении повторных или частых госпитализаций; длительная поддерживающая терапия; комплаенс;
- пациент и семья (разрешение конфликтов, отношение к неправильному поведению);
- психосоциальная терапия, ее значение;
- стигма, самостигматизация;
- общественные организации пациентов и их родственников, учреждения, оказывающие психиатрическую помощь, социальные службы.

Как и в группах пациентов, информация в группах родственников предоставляется в стиле интерактивного обучения. При сходстве тематического расписания занятий их содержание определяется теми вопросами,

которые важны именно родственникам. Допустимо менее щадящее обсуждение вопросов прогноза заболевания, долгосрочности поддерживающего лечения, возможности инвалидизации, проблем стигматизации.

Родственникам пациентов можно рекомендовать для ознакомления доступную литературу.

Как известно, вопрос об открытом и полном информировании пациента и его родственников в отношении диагноза в разных странах решается по-разному. В России принято более осторожное отношение к сообщению диагноза из соображений гуманности, что, в частности, отражено в Законе Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, вступившем в силу с 1 января 1993 г. В ч.2 ст.11 Закона говорится: “врач обязан предоставить лицу, страдающему психическим расстройством, в доступной для него форме и с учетом его психического состояния информацию о характере психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в медицинской документации”.

Норма Закона, определяющая содержание “информированного согласия” на лечение, определяет также условия предоставления информации “в доступной форме” и “с учетом психического состояния” пациента, принимая во внимание возможную реакцию со стороны пациента (иногда она бывает тяжелой и непредсказуемой). То же самое относится и к родственникам пациента: целесообразны более осторожные и смягченные формы информации и прежде всего в отношении диагноза.

Отметим ряд положений, которые при определенных условиях могут иметь нежелательные последствия и нуждаются в обсуждении.

1. Недооценка серьезности расстройства. Последствия:

- позднее обращение за медицинской помощью;
- трактовка, по крайней мере, части проявлений расстройства как характерологических особенностей, непослушания, дурного влияния и проч.;
- использование в связи с этим “дисциплинарных мер”, потеря контакта с близкими, конфликты;
- недооценка значимости терапии, выборочный прием препаратов, раннее прекращение лечения вопреки врачебным назначениям, возможность рецидива симптоматики;
- понимание болезненного характера изменившегося поведения помогает выбрать правильную тактику отношения к пациенту, избегать прямолинейного противодействия, оспаривания, угроз наказания. Необходимы участие, попытки переключение внимания, спокойный тон, медицинская помощь и т.д.;
- разное отношение членов семьи (отца и матери, мужа и родителей и др.) к оценке неправильного поведения и другим проявлениям расстройства в целом – важный аспект, требующий работы в направлении гармонизации отношений;
- установка на серьезное отношение к расстройству.

2. Драматизация возникновения расстройства (самим пациентом/близкими родственниками), подход к расстройству с позиций стигмы. Последствия:

- принятие поспешных решений с социальными последствиями (оформление академического отпуска, отказ от тех или иных жизненных планов, развод супругов и проч.);
- деморализация вместо того, чтобы мобилизоваться и организовать медицинскую помощь и лечение;
- пессимистическая оценка лечения и прогноза исхода болезни;
- лишение пациента эмоциональной поддержки;

- недооценка систематической фармакотерапии и психосоциального лечения.

3. Последствия:

- потеря возможности получения образования в соответствующем возрасте. Необходимо взвешенное отношение к оформлению академического отпуска при отсутствии других возможностей, вред такого решения, как “пусть отдохнет годик”, легкость в принятии решения об отказе от экзаменационной сессии, от повышения по работе, от намеченных карьерных планов; необходимость учета того, что чем лучше сохранены социальные достижения, тем эффективнее оказывается социальная реабилитация.

4. Преодоление психосоциального стресса у самого пациента и у его семьи – одна из центральных задач психосоциальной образовательной программы.

Работа осуществляется через этап принятия болезни (хотя и не всегда с получением полного о ней представления), работу в направлении дестигматизации, рационального отношения и поиска социально значимых решений, сохранения гармоничного взаимодействия в семье, мобилизации в преодолении трудностей, разумного отношения к изменению роли пациента в семье и в обществе.

Семьи являются основным источником опеки и поддержки людей с тяжелыми психическими расстройствами. Тяжелое психическое расстройство у одного из членов семьи сказывается на всех других ее членах. Следует принимать во внимание и состояние физического и психического здоровья лица, осуществляющего опеку. Уход за больным часто приводит к ограничению в трудовой занятости членов семьи.

На семейном климате негативно сказывается недостаток социальной поддержки. По мере того как семьи сосредотачиваются на потребностях больного родственника, они становятся более изолированными и лишенными

поддержки. Изоляция и двойная стигматизация семьи, связанные с психическим заболеванием и общественной опасностью пациента, могут вызвать чувство раздражения, отверженности и деморализовывать членов семьи. Это затрудняет поддержку пациента и оказание ему помощи в реабилитации, особенно при отсутствии необходимых знаний, социальной поддержки и обучения навыкам копинга.

Философия семейного лечения

Философия семейного лечения основывается на 2 основополагающих принципах. Во-первых, действия должны быть направлены не только на оказание помощи во время пребывания в больнице и снижение или стабилизацию симптомов, но и на реализацию процесса ресоциализации.

Во-вторых, пациенты и их семьи имеют право на информацию об эффективных методах лечения и доступ к эффективным услугам по месту своего жительства.

Реадаптация является процессом адаптации установок, чувств, восприятий и убеждений относительно себя, других людей и жизни в целом. Члены семьи могут рассматривать такую цель как нереалистичную или считать, что их заболевший родственник не готов к принятию более ответственной роли в лечении. Семьи должны владеть информацией о лечении болезни, участвовать в образовательных программах и признавать важность этих мероприятий для выздоровления пациента.

В отношении лечения тех пациентов, которые совершили противоправные действия, Р. Либерман (2004) пишет, что их реабилитация в сочетании с соответствующим психотропным лечением может помочь им расширить репертуар адаптивного поведения, что может стать заменой антиобщественным действиям.

Понятие устойчивости (resilience)

Устойчивость определяется как способность выходить из трудностей более сильным и ресурсным. Это активный

процесс усиления и роста в ответ на кризисы и трудности. Понятие устойчивости вмещает в себя больше, чем просто выживание, прохождение через болезненный опыт или бегство из мучительных испытаний.

*Ключевые процессы для семейной устойчивости.
Системы убеждений.*

Обнаружение смысла в трудностях:

- устойчивость основывается на отношениях и связях – в противоположность одному “прочному” индивиду;
- нормализация, создание контекста для трудностей и дистресса;
- чувство когерентности (кризис как вызов: имеющий смысл, доступный для понимания, управляемый);
- объяснительные атрибуции: как это могло произойти, что можно сделать?

Позитивный взгляд:

- надежда, оптимизм; уверенность в преодолении трудностей;
- мужество и поддержка; подтверждение сильных сторон и потенциала;
- умение пользоваться возможностями; активная инициатива и настойчивость;
- жизнь по принципу “изменить то, что могу изменить, и смириться с тем, что изменить невозможно”.

Трансцендентность и духовность:

- больше ценностей, целей;
- духовность: вера, исцеляющие ритуалы, поддержка со стороны сообщества;
- воодушевление: предоставление новых возможностей; творческая экспрессия; социальные действия;
- трансформация: обучение, изменение и рост через трудности.

Организационные паттерны. Гибкость:

- реорганизация, адаптация к выполнению новых задач;
- стабильность во время срывов;
- сильное авторитетное лидерство: уход, забота, защита, управление.

Сплоченность:

- взаимная поддержка, сотрудничество и преданность;
- уважение к индивидуальным потребностям, различиям и границам;
- стремление к налаживанию отношений и примирению.

Социальные и экономические ресурсы:

- мобилизация родственных, социальных и общественных сетей; моделей и наставников;
- построение финансовой безопасности; баланс между рабочей и семейной нагрузкой;
- институциональная поддержка.

Коммуникативные процессы. Ясность:

- четкие, последовательные послания (на уровне слов и действий);
- прояснение двусмысленной, неопределенной информации; поиск истины/правдивость, честность.

Открытое выражение эмоций:

- способность делиться чувствами (радостью и болью, надеждами и страхами);
- взаимная эмпатия; толерантность к различиям;
- принятие ответственности за свои собственные чувства, поведение; избегание обвинений;
- взаимодействия, приносящие удовольствие; отдых, юмор.

Совместное решение проблем:

- креативный мозговой штурм; ресурсы;

- совместное принятие решений; разрешение конфликтов: переговоры, честность, взаимность;
- сосредоточенность на целях; конкретные шаги; построение успеха; извлечение уроков из неудач;
- проактивная позиция: предотвращение проблем; предотвращение кризисов; подготовка к будущим трудностям.

Семейное психообразование

Психосоциальные вмешательства включают в себя работу с семьями пациентов. К ключевым компонентам этой работы относятся: а) семейное психообразование; б) коммуникативный тренинг; в) тренинг проблемно-решающего поведения. По мере необходимости в нее также включаются кризисные интервенции.

Фокусом семейных вмешательств является снижение влияния психического расстройства на семью, что способствует снижению стресса и напряжения у членов семьи, увеличению взаимной поддержки и смягчению течения расстройства. Программы семейных интервенций направлены на улучшение жизни всех членов семьи, а не только пациента.

Психообразование предполагает, что чем более полно и глубоко семьи понимают обстоятельства и комплексность проблемы заболевания, тем лучше они могут бороться за лечение, которое учитывает их потребности и поддерживает их сильные стороны. Лица разного происхождения и с разными когнитивными навыками должны быть способны понимать, обрабатывать и применять информацию и использовать ее для получения необходимой для них поддержки и ресурсов.

Важным положением при внедрении программ семейных интервенций является их основная ориентация на запросы членов семей и пациентов. Это соответствует парадигме изучения субъективных оценок потребителей психиатрической помощи и их учету в процессе планирования и осуществления лечения. Принудительное уча-

ствие в этих программах без учета целей самих участников противоречит философии семейной психообразовательной работы. Выбор определенной семейной интервенции в каждом конкретном случае должен осуществляться на основании совместно принимаемого решения с участием пациента, семьи и врача.

Ключевыми элементами эффективной семейной интервенции являются информирование относительно болезни, кризисная интервенция, эмоциональная поддержка, обучение копингу с симптомами болезни и сопутствующими проблемами.

Л. Диксон (Dixon L. et al., 2001) и В. МакФарлейн (McFarlane V. et al., 2003) со своими коллегами разработали следующие базовые принципы семейного психообразования.

- Наравне с клиническими, следует обращать внимание на социальные потребности страдающего заболеванием члена семьи.
- Обеспечивать оптимальное психофармакологическое лечение.
- Прислушиваться к семьям и расценивать их как равных партнеров в планировании и способах получения лечения.
- Выяснять ожидания членов семьи и пациента, связанные с программой лечения.
- Оценивать сильные стороны и ограничения семьи в контексте ее способности давать поддержку пациенту.
- Помогать разрешать семейные конфликты посредством чувствительных реакций на эмоциональный дистресс.
- Прорабатывать чувство потери.
- В подходящее время предоставлять релевантную информацию членам семьи и пациенту.
- Предоставлять подробный кризисный план и проявлять профессионализм.

- Оказывать помощь в улучшении коммуникации между членами семьи.
- Обучить семью структурированным техникам решения проблем.
- Побуждать семью к расширению сетей ее социальной поддержки (например, посредством участия в мультисемейных группах или организациях, осуществляющих семейную поддержку).
- Проявлять гибкость в обеспечении потребностей семьи.
- Обеспечить семье легкий доступ к специалисту в случае кризиса или после окончания работы с семьей.

Психообразование может осуществляться в самых разных форматах, включая индивидуальные и групповые сессии, продолжительностью от 1 встречи до длительного многолетнего психообразовательного курса. В группы могут включаться опекуны, друзья, значимые другие, партнеры и т.д. Также в группах могут участвовать пациенты, у которых нет семьи – в этих случаях группа играет роль суррогатной семьи.

Тренинг коммуникативных навыков

Целью коммуникативного тренинга является развитие способностей членов семьи общаться друг с другом в прямой, не прямой и не вызывающей стресса манере. Эффективная коммуникация составляет основу для решения проблем – способность семьи к решению проблем ограничена, если ее члены не могут продуктивно общаться друг с другом. Хорошая коммуникация включает в себя способность ясно выражаться; в соответствующих случаях ясно выразить свои чувства.

Обучение навыкам эффективной коммуникации строится на овладении 4 базовыми навыками. Первые 2 навыка способствуют установлению атмосферы сотрудничества, 2 последних требуются для преодоления конфликтов.

1. Выражение позитивных чувств. Позволяет членам семьи обратиться друг к другу, похвалить или сделать комплимент, что приводит к снижению отрицательных эмоций, порождает надежду и открывает путь к более открытой коммуникации по поводу пугающих или конфликтных вопросов.
2. Активное слушание. Этот навык является базой для всех остальных навыков коммуникации.
3. Умение обращаться с просьбой об изменении поведения другого члена семьи.
4. Выражение негативных чувств по поводу конкретного поведения.

Для семей с неплохими взаимоотношениями работа ограничивается рамками одной сессии, в течение которой, с использованием образовательного раздаточного материала, обсуждаются важные моменты эффективной семейной коммуникации. Для семей, которые смогут получить пользу от приобретенных навыков, как правило, требуется от 3 до 6 сеансов. Эти занятия основаны на принципах тренинга социальных навыков, где акцент делается на ролевые игры, на позитивную и корректирующую обратную связь, а также на домашние задания для практической отработки навыков.

Этапы тренинга коммуникативных навыков

1. Обоснование навыков. Обоснование необходимости участия в тренинге формулируется с помощью открытых вопросов к членам семьи, предназначенных для оценки уровня имеющихся навыков. Например, обоснование для овладения навыком “выражение позитивных чувств” включает выражение позитивных чувств, способствует хорошему самочувствию и вызывает позитивные эмоции у окружающих, позволяет им чувствовать себя оцененными; увеличивает вероятность того, что человек будет повторять это поведение в будущем. Обоснование навыка “выражение негативных чувств” может включать в себя следующие аргументы: люди нуждаются в общении, когда

они расстроены или чем-то недовольны; эффективная коммуникация дает возможность человеку изменить свое поведение в будущем; помогает избежать затаенной обиды на других.

2. Разделение навыка на последовательные шаги. Каждый коммуникативный навык разбивается на составляющие. Например, умение выражать негативные чувства может делиться на следующие этапы:

- 1) посмотрите на человека; говорите с ним твердым голосом;
- 2) скажите ему, чем Вы расстроены;
- 3) расскажите, какие чувства Вы испытываете в связи с этим;
- 4) предложите способ предотвращения такой ситуации в будущем.

Эти шаги облегчают овладение навыками во время последующей ролевой игры. Каждый шаг навыка обсуждается с семьей, объясняется необходимость выполнения каждого отдельного шага.

3. Демонстрация навыка в ролевой игре. Терапевт демонстрирует семье выполнение навыка в ролевой игре. Это моделирование навыка проводится эксплицитно – терапевт информирует участников о том, что он собирается показать им пример того, как может быть использован навык. Ролевая игра должна быть короткой и простой, в ней используются типичные для повседневной жизни ситуации.

4. Обсуждение того, какие шаги навыка наблюдали участники. Терапевт проходит по всем шагам навыка, который только что был смоделирован, и просит членов семьи дать обратную связь, поощряя их, предлагает оценить деятельность терапевта в процессе ролевой игры. Это обсуждение усиливает значение каждой составляющей навыка.

5. Вовлечение члена семьи в ролевое проигрывание навыка. Одного из членов семьи просят попробовать

применить навык в ролевой игре с другим членом семьи. Участникам предлагают выбрать реальную жизненную ситуацию (разумеется, она должна быть актуальна для участника), в которой они могли бы использовать навык (или на самом деле его использовали). Участников поощряют применять последовательные шаги навыка в ходе ролевой игры.

6. Позитивная обратная связь. Сразу после ролевой игры с участием одного из членов семьи остальные всегда дают конкретную и положительную обратную связь. Терапевт может провести опрос участников, задавая такие вопросы: “Что вам понравилось в том, как Мария обратилась с просьбой к Ивану в этой ролевой игре?”, “Какие шаги навыка, на ваш взгляд, применяла в этой игре Мария?”. Терапевт пресекает любые проявления отрицательной обратной связи для того, чтобы члены семьи сразу после завершения ролевой игры получали только положительные и стимулирующие отзывы. Терапевт также может дать свою положительную обратную связь о деятельности человека в ролевой игре. Продолжительность обратной связи ограничивается несколькими минутами.

7. Корректирующая обратная связь. После того как даны положительные отзывы, терапевт предлагает участникам высказать предложения о том, каким образом можно более эффективно использовать навык. Предложения должны высказываться в позитивном, оптимистичном ключе, чтобы не препятствовать человеку овладеть навыком. Во избежание перегрузок количество высказываемых предложений сводится к 1–2. Терапевт также может вносить свои предложения наравне с членами семьи.

8. Домашние задания. В конце сессии терапевт дает членам семьи домашнее задание: в перерыве между встречами найти ситуации, где они смогут попрактиковаться в полученных навыках. Участникам предлагают записать их опыт применения (или попыток применения)

навыков и принести эти записи на следующую сессию. На следующей сессии терапевт проверяет сделанные дома записи и помогает членам семьи создать ролевую игру, чтобы показать, как они пытались применить коммуникативные навыки в конкретных ситуациях, происходивших с момента последней встречи. По достижении достаточного прогресса терапевт предлагает новые коммуникативные навыки, которые становятся в фокусе работы на текущей сессии.

Базовые принципы коммуникативного тренинга

1. Взаимодействуя с семьей и пациентом, ведущий может наблюдать определенные характерные паттерны коммуникации в семье.
2. Ведущий может заметить, что семьи с высоким уровнем эмоционального напряжения, находясь под гнетом многочисленных проблем, будут отличаться по паттернам коммуникации. Например, они могут говорить так, что их невозможно остановить. Они могут утратить способность слушать друг друга и разговаривать лишь посредством повторяющихся монологов, не реагируя на ответную реакцию других на свои высказывания. Или же кто-то из членов семьи может исключаться из общего обсуждения.
3. Основываясь на этих и других наблюдениях, ведущий должен оценить сильные стороны и трудности в их паттернах коммуникации.
4. Выявление тех аспектов коммуникации, которые требуют изменений, и тех, которые нужно сохранить. В процессе работы акцент делается на тех сторонах, которые нужно изменить.
5. Коммуникация ведущего с пациентом и семьей, в целом, будет моделью того, как члены семьи должны разговаривать друг с другом.
6. Не следует показывать раздражение, гнев и делать критические или отвергающие комментарии по от-

ношению к пациенту – члену семьи. Консультанту необходимо сохранять спокойствие, разговаривать ровным голосом и не расстраиваться от поведения семьи. Ведущий моделирует конструктивные способы разрешения различий во взглядах и является единственным человеком, с кого члены семьи могут взять пример эффективной коммуникации. Также следует остерегаться принимать сторону одного из членов семьи и сохранять нейтральность.

7. Следует избегать критики кого-либо из членов семьи. Членам семьи могут требоваться постоянные и частые повторения правил коммуникации.
8. Ведущий может использовать примеры разговоров между членами семьи, происходивших в его присутствии.
9. Ведущий должен понимать ценность и проявлять уважение к точке зрения каждого члена семьи (даже если какая-то из них плохо сформулирована). Это дает гарантию того, что каждый член семейной системы будет чувствовать свой собственный вклад в сессию.
10. Ведущий может указать семье, что они общаются также посредством жестов, мимики, телесных поз, которые могут отражать как их заинтересованность, так и раздражение, и отсутствие интереса. Важным этапом работы является обучение семьи навыкам слушания.
11. Возможен инструктаж членов семьи относительно правил коммуникации: что можно делать в процессе коммуникации, а чего нельзя.

Правила семейной коммуникации

- Следует рассказать семье о том, что ее члены должны говорить друг с другом, а не говорить друг о друге. Это правило ведет к снижению отрицательных эмоций, таких как критика и враждебность. Это также избавляет членов семьи от ощущения того, что они здесь не присутствуют.

- Тренер следит, чтобы все члены семьи имели равные возможности выразаться. Это предполагает контроль наиболее разговорчивых членов семьи и поощрение молчаливых к высказыванию своего мнения. Возможно, понадобится дать время, чтобы участник мог собраться с мыслями. Другие члены семьи не должны его перебивать или вмешиваться. Если кто-то из членов семьи чувствует принуждение к разговору, вы можете успокоить его, заявив, что это нормально, если он не говорит, но если он будет говорить, другие будут молчать и слушать.
- Членам семьи предлагается выслушивать мнение других. Для этого можно, например, сказать, что присутствующие говорят сейчас что-то важное и им следует это послушать. Можно попросить слушающих затем повторить услышанное своими словами. Это помогает уменьшить уровень споров и конфликтов, поскольку все участники могут быть выслушаны.

Основные принципы работы над выражением чувств

- Необходимо демонстрировать семье то, как ее члены могут ясно и напрямую выражать свои чувства, на основании примеров их разговоров. Не обвинять другого члена семьи и избегать глобальных утверждений (например: “мы все чувствуем”). Вместо этого в процессе выражения своих чувств лучше использовать “Я-высказывания”.
- Следует признавать существование так называемых негативных чувств у членов семьи. Важно терапевтическое принятие любых выражаемых чувств без демонстрации шокированности или удивления. Принятие этих чувств терапевтом позволит членам семьи научиться признавать, принимать и проживать возникающие отрицательные эмоции.

- Убедитесь, что члены семьи не используют негативные чувства для нападок на других членов семьи в течение сессий. Терапевт во время встречи должен быть бдительным в отношении таких комментариев и следить за тем, чтобы они не приводили к возникновению споров и неприятных чувств.
- При высказываниях, содержащих агрессию в отношении других членов семьи в их присутствии, следует немедленно прервать говорящего, прокомментировать и сделать рефрейминг этих высказываний. Вы можете сказать, что эти чувства связаны с озабоченностью низким качеством жизни, что вызывает у них злость. После этого имеет смысл указать на позитивные моменты их жизни.
- Если член семьи проявляет гнев или злость во время сессии, можно разрядить атмосферу, попросив его уточнить, с чем связана такая злость. Семьям необходимо помочь перейти от общих высказываний (“ты ленивый”) к специфическому поведению (“я хочу, чтобы утром ты просыпался”). Это поможет определить проблему и решить ее в ходе тренинга проблемно-решающего поведения.
- Члены семьи не должны использовать сессии для споров и выяснения отношений. Однако когда это происходит, вы должны контролировать происходящее и не позволять процессу стать неконтролируемым.

Ключевые навыки, приобретаемые в результате коммуникативного обучения

После обучения участники должны:

- знать и соблюдать определенные правила при общении друг с другом;
- брать на себя ответственность за свои собственные чувства;
- быть в состоянии выразить позитивные и негативные чувства;

- должны быть в состоянии делать конкретные заявления относительно друг друга;
- избегать враждебных, отвергающих и интрузивных комментариев.

Тренинг решения проблем

Тренинг навыков решения проблем представляет собой важную часть психообразовательной программы. В результате именно этой части психообразовательного процесса пациенты, семьи и клиницисты начинают делать явные успехи в борьбе с разрушительным влиянием болезни. Целью мультисемейной группы является не помощь группы в решении проблем, а обеспечение пациентов и их семей средством, инструментом борьбы с симптомами болезни за пределами группы.

Основным методом работы становится помощь участникам в применении общих рекомендаций к их специфическим проблемам и обстоятельствам. Данная работа имеет свои фазы, конкретное расписание которых связано с клиническим состоянием участников.

В работе с лицами, имеющими психические расстройства, важно соблюдать неторопливый, осторожный стиль ведения тренинга и сохранять низкую интенсивность нагрузки. Целью является предоставление возможности пациентам и иногда семьям вновь обрести и попрактиковать любые социальные навыки, которые они могли утратить вследствие длительной изоляции и больших стрессовых нагрузок.

Выбирается одна проблема, выявленная у какой-либо семьи, и вся группа участвует в ее решении. Эта проблема становится фокусом сессии, в ходе которой все члены группы выдвигают свои предложения и идеи. Заявившая свою проблему семья затем рассматривает относительные преимущества и недостатки всех предложенных решений, с некоторым участием других семей и терапевта. Обычно наиболее привлекательное из предложенных решений затем переформулируется в домашнее задание, которое дается семье.

*Процедура тренинга навыков
проблемно-решающего поведения*

Тренинг включает в себя несколько шагов, способствующих разделению проблемы на выполнимые задачи, таким образом, что решение можно реализовывать поэтапно, что, как правило, дает хороший результат.

Котренер обеспечивает участие группы, следит за общим ходом процесса и предлагает дополнительные решения. После выбора человека, который будет делать записи, тренер последовательно осуществляет каждый шаг группового решения проблем.

Шаг 1. Определение проблемы. Определение проблемы, обычно кажущееся довольно простым, зачастую является наиболее сложным шагом в процессе тренинга. Если проблема определена нечетко, пациенты, семьи и терапевты могут оказаться в состоянии фрустрации и прийти к убеждению, что проблема нерешаема. К наиболее распространенным трудностям этого шага относятся выбор слишком большой или слишком глобальной проблемы, неприемлемая для участника формулировка проблемы.

Большинство вопросов, задаваемых членами группы, кажутся неразрешимыми. Зачастую они касаются хронических, застарелых трудностей, с которыми, несмотря на все попытки, справиться не удалось. У членов группы редко бывает надежда, что ситуация может измениться в лучшую сторону. Учитывая это, тренеры должны соблюдать следующие принципы: передвигаться медленно; сохранять хладнокровие; устанавливать рамки; придерживаться простого подхода и решать проблемы шаг за шагом.

Тренеры уделяют внимание каждому индивидуальному запросу, избегая соблазна объединить сходные запросы разных членов группы. После того как каждый участник смог заявить о своем восприятии трудностей, связанных с заболеванием, тренеры рассматривают все представленные вопросы и определяют, какой из них будет в фокусе работы группы.

При выборе проблемной ситуации внимание уделяется не столько объективной, сколько субъективной оценке важности проблемы, которая определяется на основании интенсивности связанных с ней чувств. Для стороннего наблюдателя проблема может выглядеть малозначительной, однако для вовлеченных в нее людей она может быть нагружена сильными эмоциями. На этом этапе ведущие обучают внимательно слушать, объясняют, что важно задавать проясняющие, но безоценочные вопросы. Тренеры задают проясняющие вопросы (например: “Что (какая ситуация/положение вещей) для Вас сейчас является нежелательным?”; “Когда Вы впервые заметили эту проблему?”; “Когда это происходит? Как часто? В каких ситуациях?”), фокусируясь преимущественно на поведенческих аспектах. После выбора фокуса работы данной встречи тренеры просят записать проблему и затем снова прочесть ее группе.

Шаг 2. Выработка возможных решений. Осуществляется в виде мозгового штурма и свободного обсуждения способов обращения с проблемой. На этом этапе членов группы просят предлагать любые решения, которые могут помочь в данной ситуации. Тренеры поощряют участие всех членов группы в выдвижении идей. Принимаются, а затем записываются все идеи, независимо от того, насколько они реальны или надуманы. Признание всех идей является существенной частью этого шага, стимулируя творческое, открытое мышление и демонстрируя потенциал сотрудничества и возможностей изменений.

Тренеры, как и при выполнении заданий первого этапа, должны следить, чтобы из процесса исключались любые вербальные и невербальные оценки, критические суждения, интерпретации и обсуждения решений. На первых занятиях группы довольно активную позицию занимают соведущие, следящие за тем, чтобы очевидно слабые или неправильные идеи не становились объектами насмешек. По мере овладения техникой участниками группы они

могут самостоятельно следить за процессом. Для тренеров важно избегать личной вовлеченности в процесс и сохранять нейтралитет в целях контроля ведения.

Шаг 3. Исследование всех “за” и “против”. После презентации всех решений тренеры приглашают участников поделиться своими мыслями относительно эффективности каждого из них. Каждое предложенное решение рассматривается индивидуально, после каждого из них записываются все “за” и “против”. Это побуждает группу активнее думать о возможных решениях, даже тогда, когда возможны различные решения.

Участники и тренеры предлагают аргументы “за” и аргументы “против” по каждому из предложенных решений. Ведущий просит всех участников группы назвать преимущества применения каждого из предложенных решений, подумать о последствиях для всей семьи, об эффективности решения в долгосрочной и краткосрочной перспективе. Затем тренер подобным же образом предлагает всем участникам перечислить недостатки каждого из решений. Также на обсуждение выносятся практичность решения и возможность претворить его в реальной жизни. Например, в случае агрессивного поведения пациента семья не всегда может его сдержать. Ведущий группы предлагает участникам рассмотреть любые возможные препятствия, с которыми они могут столкнуться, и способы совладания с ними.

Все это происходит в атмосфере уважения, с соблюдением групповых правил и возможностью высказаться для каждого из участников. Несмотря на то, что фокусом внимания является конкретная семья, имеющая проблему, всем участникам предлагается высказывать свои соображения.

Шаг 4. Выбор наилучшего решения. Семья или группа вместе определяют, какое решение будет наиболее оптимальным с учетом контекста и реальных возможностей. Тренер предлагает участникам обсудить и выбрать тот вариант, который, как они считают, был бы лучшим реше-

нием проблемы. При необходимости можно зачитать или напомнить участникам о преимуществах и недостатках каждого из возможных решений. По мере достижения общего согласия по поводу выбора наилучшего варианта, следует проверить, учтены ли все релевантные факторы, которые могут повлиять на реализацию решения. В случае разногласий относительно наилучшего плана соведущий побуждает участников выбрать один план или заменить его на альтернативный.

Важно также убедиться в том, чтоб выбранное семейное решение было доступно для выполнения. Уровень поставленной задачи не должен значительно превышать имеющийся на текущий момент уровень функционирования.

Шаг 5. Составление предварительного плана для решения проблемы. Эта фаза включает подготовку пошагово расписанного плана, включающего распределение задач и ответственности. Все участники должны согласовать детали плана. Во время обсуждения уточняется и конкретизируется степень участия всех членов семьи на каждом этапе выполнения задания. Это предполагает точное определение последующих действий для каждого члена семьи, их сроки, условия и предполагаемый уровень помощи, возможна проверка реализации задания со стороны тренера или других членов группы. Все участвующие в реализации решения получают копию плана, их также просят дать отчет группе о ходе выполнения задания во время следующей сессии. На последующих сессиях план, в зависимости от успешности его реализации, может быть пересмотрен или же адаптирован.

Шаг 6. Проверка решения. На этом этапе определяют прогресс в реализации решения, достигнутого к следующей сессии. При этом важно положительное подкрепление пациентов и семей – даже в тех случаях, когда речь идет только о частичном успехе.

На данном этапе может потребоваться изменение плана, отказ от него или введение новых шагов. Тренеры

создают условия для анализа причин, которые помешали решить проблему. Им также важно сохранять спокойствие и хладнокровие – не злиться, не обвинять участников за их неспособность решить проблему и не впадать в пессимизм в случае отсутствия видимого прогресса. Можно предложить по шкале от 1 до 10 оценить то, насколько легким или сложным им кажется выполнение этого шага. Это поможет терапевту понять субъективную трудность задачи. При чрезмерной сложности задания следует модифицировать план таким образом, чтобы сделать цели более выполнимыми. Также возможно повторное рассмотрение проблемы или выбор новой. Заново принятое решение должно учитывать препятствия, которые привели к неудаче и помешали реализации решения, тогда семье потребуется заново пройти через этапы решения проблем.

Шаг 7. Поддержка и генерализация решения. Если участники смогли достичь поставленной цели, то можно подготовить план продолжения их действий. При этом можно спланировать, как использовать успех в других видах деятельности и ситуации. Здесь также обсуждаются возможные трудности, которые могут возникнуть на пути реализации плана действий, а также возможные способы преодоления проблем (для этого участники могут применить предыдущие шаги решения проблем). В целях генерализации решения участникам предлагается определить ситуации, сходные с изначально заявленной проблемой, и предложить возможные решения.

Ключевые навыки, приобретаемые в результате обучения проблемно-решающему поведению

В результате тренинга участники должны научиться:

- понимать необходимость эффективного решения проблем;
- последовательно решать проблемы;

- идентифицировать свои проблемы и вырабатывать как бы всей семьей решение;
- выбирать подходящее решение и претворять его в жизнь;
- распознавать неэффективные решения и уметь их пересматривать;
- контролировать реализацию эффективных решений проблем;
- переносить эти навыки на решение других проблем.

Несмотря на доказанную эффективность семейных интервенций, их применение на сегодня весьма ограничено. В рамках принудительного лечения пациентов, представляющих опасность для общества, этот метод практически не применялся. Вовлечение членов семьи в процесс работы с пациентом в стационарах специализированного типа представляет определенные трудности из-за их отдаленности от места проживания семьи, а также в связи с тем, что причиной госпитализации являлся акт насилия против члена семьи. Наиболее реалистичным представляется применение семейных интервенций в ходе АПНЛ ПЛ или АДН.

Другая организационная сложность связана с подготовкой персонала. Осуществление эффективных семейных вмешательств требует от персонала овладения комплексом навыков, знаний и установок, полученных в ходе специального обучения с подготовленным и опытным тренером. При отсутствии должной подготовки персонала интервенции, скорее всего, будут безуспешными.

Работа с персоналом психиатрических учреждений

Программа вторичной профилактики синдрома эмоционального выгорания у сотрудников судебно-психиатрического профиля

Деятельность специалистов судебно-психиатрического профиля характеризует повышенная ответственность

за исполняемые функции и операции; работа в режиме внешнего и внутреннего контроля; необходимость входить и находиться в состоянии субъекта, с которым осуществляется совместная деятельность; нравственная и юридическая ответственность; психологически трудный контингент. Это – хронически напряженная психоэмоциональная деятельность, предполагающая постоянное подкрепление эмоциями разных аспектов общения, необходимость активно ставить и решать проблемы, внимательно воспринимать, усиленно запоминать и быстро интерпретировать визуальную, звуковую и письменную информацию, быстро взвешивать альтернативы и принимать решения.

Помимо вышесказанного специфика работы медицинского персонала судебно-психиатрического профиля определяется характеристиками пациентов, которым свойственна склонность к импульсивному совершению агрессивных действий, внезапно и часто наступающие состояния измененного сознания с возбуждением и агрессией, деформация личности с эмоциональной холодностью. Жестокость, расторможенность низменных влечений, эмоционально-волевые нарушения, сопровождающиеся выраженным морально-этическим снижением, хронический алкоголизм (наркомания), грубые нарушения больничного режима, склонность к агрессии в отношении персонала, организация групповых нарушений режима, отсутствие критики к своему состоянию.

Задачи программы:

1. Формирование здорового жизненного стиля, высокофункциональных стратегий поведения и личностных ресурсов, препятствующих формированию синдрома эмоционального выгорания (СЭВ).
2. Информирование о действиях стрессогенных факторов и последствиях стресса, причинах и формах заболеваний, связанных с эмоциональным выгоранием, о связи СЭВ с особенностями личности.

3. Развитие личностных ресурсов, способствующих формированию здорового жизненного стиля и высокоэффективного поведения:
- а) формирование самопринятия, позитивного отношения к себе, критической самооценки и позитивного отношения к возможностям своего развития;
 - б) формирование умения адекватно оценивать проблемные ситуации и разрешать жизненные проблемы, управлять собой;
 - в) формирование умения осознавать и анализировать собственное состояние;
 - г) формирование умения принимать и оказывать психологическую и социальную поддержку окружающим;
 - д) развитие стратегий и навыков поведения, ведущего к здоровью и препятствующего эмоциональному выгоранию.

Продолжительность занятий: от 30 до 90 минут каждое, с частотой встреч не реже 1–2 раз в месяц.

Для реализации программы рекомендуется использовать проблемные ситуации, игры (деловые, ролевые), групповую дискуссию, мозговой штурм и др. методы.

Проблемная ситуация (кейс) – ситуация, требующая ответа и нахождения решения. Решение кейса может происходить индивидуально или в составе группы. Основная задача – научиться анализировать информацию, выявлять основные проблемы и пути решения, формировать программу действий.

Деловая игра – имитация различных аспектов профессиональной деятельности, социального взаимодействия. Это групповая техника, наиболее распространенная и широко применяемая при преодолении последствий кризисных ситуаций, особым образом организованное тематическое обсуждение, которая позволяет снизить вероятность возникновения и затяжного течения тяжелых последствий стресса, способствует пониманию

причин происходящего с человеком в экстремальных условиях и осознанию действий, которые в этом случае необходимо предпринять. Это одновременно и метод профилактики. Ведущий должен иметь опыт работы с горем, тревогой, психической травмой и оставаться уверенным и спокойным при проявлении сильных эмоций у участников. Группа при проведении деловой игры не должна превышать 15 человек.

Ролевая игра – исполнение участниками определенных ролей с целью решения или проработки определенной ситуации.

Групповая дискуссия – совместное обсуждение и анализ проблемной ситуации, вопроса или задачи. Групповая дискуссия может быть структурированной (то есть управляемой тренером с помощью поставленных вопросов или тем для обсуждения) или неструктурированной (ее течение зависит от участников группового обсуждения).

Мозговой штурм – один из наиболее эффективных методов стимулирования творческой активности. Позволяет найти решение сложных проблем путем применения специальных правил.

Модули программы

1. Ориентировочно-информационный

1.1. Предоставление информации.

1.2. Характеристики СЭВ у врачей-психиатров и медицинских сестер.

1.3. Влияние личностных особенностей на формирование СЭВ.

Склонность к эмоциональной ригидности: СЭВ как средство психологической защиты возникает быстрее у тех, кто менее восприимчив и более эмоционально сдержан.

Интенсивная интериоризация (восприятие и переживание) обстоятельств профессиональной деятельности у людей: с повышенной ответственностью за порученное дело, исполняемую роль; с “безграмотным сочувствием” –

полным растворением в другом, слабыми границами “Я”.

Слабая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности: профессионал в сфере общения не считает необходимым или почему-то не заинтересован проявлять соучастие и сопереживание субъекту своей деятельности; система самооценок поддерживается иными средствами – материальными или позиционными достижениями; альтруистическая эмоциональная отдача ничего не значит, и специалист не нуждается в ней, не испытывает от нее удовлетворения.

Нравственные дефекты и дезориентация личности: дефекты обусловлены неспособностью включать во взаимодействие с деловыми партнерами такие моральные категории, как совесть, добродетель, добропорядочность, честность, уважение прав и достоинств другой личности; нравственная дезориентация вызывается иными причинами – неумением отличать хорошее от плохого, благо от вреда, наносимого другой личности (Платонов Ю.П., 2009).

Дополнительные факторы: неэмоциональность или неумение общаться; алекситимия во всех проявлениях (невозможность выразить словами свои ощущения); тревожность; трудоголизм, когда происходит камуфлирование какой-либо проблемы работой; недостаточность ресурсов (социальных связей, родственных связей, любви, профессиональной состоятельности, экономической стабильности, здоровья и др.); перфекционизм.

Основные направления работы по предотвращению выгорания включают:

- развитие знаний, навыков и умений;
- улучшение условий труда и отдыха;
- развитие содержания труда;
- развитие средств труда;
- развитие мотивации;
- изменение оплаты труда;
- социальную защиту самих “защищаемых”;

- системы психологической разгрузки, снятия напряжения после рабочего дня;
- систему улучшения психологического климата в коллективе.

2. *Диагностический блок*

Проведение диагностики эмоционального выгорания при помощи психологических методик. Рекомендуется самостоятельный анализ результатов, что позволяет освоить данные методики и в дальнейшем использовать их самостоятельно.

3. *Коррекционный модуль* (подготовка участников к работе по развитию навыков самопознания и саморегуляции)

3.1. Обучение навыкам самонаблюдения, распределения внимания и релаксации, развитие психологической компетентности постоянного “осознавания себя”, позволяющей изменять состояние в зависимости от поставленной цели, устранять эмоциональный и соматический дискомфорт. Самомониторинг причин психоэмоционального напряжения с использованием упражнений, направленных на осознание его признаков и развитие навыков устранения.

3.2. Обучение навыкам снятия мышечного напряжения. Все приемы релаксации основаны на более или менее сознательном расслаблении мышц. Поскольку психическое напряжение ведет к повышенному мышечному напряжению, справедливо и обратное. Если удастся понизить мускульное напряжение, вместе с ним понижается и нервное, так что состояние расслабленности уже само по себе обладает психогигиеническим эффектом, и некоторым индивидам этого бывает вполне достаточно.

Обучение приемам снятия внутреннего напряжения предполагает использование для получения релаксационного эффекта не реальных движений, а его образов.

3.3. Обучение дыхательным техникам. При помощи дыхательных техник можно наиболее полно сосредоточиться на самонаблюдении, проанализировать свои

телесные ощущения. На данном этапе тренинга рекомендуется использовать техники релаксации, модификации аутогенной тренировки, идеомоторные движения, позотонические упражнения, дыхательные техники, медитативные упражнения. Выполнение этих техник за счет концентрации внимания на кожно-телесных и эмоциональных ощущениях обостряет их, в результате чего у каждого участника может появиться внутренний эталон нужного ощущения, который позволит в дальнейшем самостоятельно производить корректировку, вызывать расслабление и изменять внутреннее состояние.

Релаксация с сосредоточением на дыхании. Данный подход предполагает физиологическое мышечное расслабление при каждом выдохе.

Свободное дыхание. Эта психотехника основана на вызове измененного состояния сознания. Указанной методике можно легко обучиться; для освоения техники достаточно участия в одном семинаре или нескольких занятий-тренингах с профессионалом, после чего можно заниматься самостоятельно.

Дыхательные техники имеют несколько вариантов: успокаивающее дыхание; расслабляющее дыхание; толчковое дыхание; “огненное” дыхание; связывающее дыхание.

3.4. Обучение телесным техникам. Общей основой методов телесных техник является использование контакта терапевта с телом клиента, которое основано на представлении о неразрывной связи тела и духовно-психического состояния. Работа с телесными проявлениями помогает по принципу обратной связи проводить коррекцию психологических проблем клиента и позволяет ему осознать и принять вытесненные аспекты личности, интегрировать их как части его глубинной сущности.

3.5. Развитие эмоциональной сферы, направленное на осознание своих эмоциональных состояний, устранение причин дискомфорта, формирование умений адекватно эмоционально реагировать, снятие эмоционального на-

пряжения, стимулирование и пробуждение желаемых чувств и освобождение от нежелательных.

Освоение методов эмоционально-волевой саморегуляции позволяет научиться владеть собой, своими действиями, переживаниями, чувствами, обеспечивает способность поддерживать и регулировать свое самочувствие, получить опыт рефлексии и вербализации своих чувств, осознать влияние эмоций на организм человека. При этом расширяется понимание эмоционального смысла происходящего вокруг, с помощью которого формируется позитивное отношение к себе, своему внутреннему миру, миру других людей.

3.6. Восстановление или создание соответствующего уровня коммуникаций.

Первый этап – социальная интеракция, под которой понимается простое неструктурированное общение, складывающееся главным образом в неформальной обстановке, вне рабочих ситуаций, которые играют роль айс-брейкера (растопливающего лед, холодность общения).

На втором этапе предлагается обмен мнениями в группе: тренер переводит дискуссии в режим более структурированных, темой которых чаще всего выступает СЭВ и его воздействие на профессиональное общение. К такой работе применимы те же принципы, что и к стандартной группе встреч.

Заключительный этап проходит в форме неформальной беседы, во время которой участники группы могут поделиться впечатлениями и завязать социальные контакты.

После налаживания уровня коммуникаций целесообразно переходить к тренингу коммуникативных навыков, в задачи которого входит: расширение возможностей установления контакта в различных ситуациях общения; отработка навыков понимания других людей, себя, а также взаимоотношений между людьми; овладение навыками эффективного слушания.

Следует учитывать, что неэффективность в общении может быть связана с полным или частичным отсутствием того или иного коммуникативного умения, как умение ориентироваться и вести себя в конкретной ситуации. Неэффективность также может быть вызвана недостаточным самоконтролем, например, из-за неумения справиться с перевозбуждением, импульсивностью, агрессией и др.

Последовательно отрабатываются следующие области навыков:

- невербальные каналы коммуникации: контакт с помощью мимики, жестов, позы; тактильные ощущения (касания); дистанция во время общения;
- визуальное чувствование, необходимое для совершенствования: перцептивных навыков восприятия и представления друг друга; формирования взаимопонимания партнеров по общению на невербальном уровне; совершенствования навыков эмпатии и рефлексии; развития навыков координации и взаимодействия на психомоторном уровне; развития воображения и эмпатии;
- активное слушание;
- коммуникативная культура;
- развитие копинг-стратегий.

4. Модуль сопровождения

Поддержать достигнутые тренинговые эффекты поможет система посттренингового сопровождения, обеспечивающая применение полученных навыков и качеств в ходе повседневной профессиональной деятельности.

Для решения означенных задач рекомендуется проводить тренинги личностного роста и стрессоустойчивости.

Методы тренинга

Используются следующие методы: игровые (деловые, ролевые игры), кейсы, групповая дискуссия, мозговой штурм, видеоанализ, модерация и др.

Кейс – проблемная ситуация, требующая ответа и нахождения решения. Решение кейса может происходить как индивидуально, так и в составе группы. Основная задача кейса научиться анализировать информацию, выявлять основные проблемы и пути решения, формировать программу действий.

Деловая игра – имитация различных аспектов профессиональной деятельности, социального взаимодействия.

Ролевая игра – это исполнение участниками определенных ролей с целью решения или проработки определенной ситуации.

Групповая дискуссия – совместное обсуждение и анализ проблемной ситуации, вопроса или задачи. Групповая дискуссия может быть структурированной (то есть управляемой тренером с помощью поставленных вопросов или тем для обсуждения) или неструктурированной (ее течение зависит от участников группового обсуждения).

Мозговой штурм – один из наиболее эффективных методов стимулирования творческой активности. Позволяет найти решение сложных проблем путем применения специальных правил – сначала участникам предлагается высказывать как можно больше вариантов и идей, в том числе самых фантастических. Затем из общего числа высказанных идей отбирают наиболее удачные, которые могут быть использованы на практике.

Увеличить эффективность обучения поможет правильно организованная система посттренингового сопровождения – система работы с персоналом, направленная на поддержание позитивных тренинговых эффектов и обеспечивающая применение знаний, умений, навыков, качеств, полученных участниками на тренинге, в ходе повседневной профессиональной деятельности.

Целью тренинга является формирование нового жизненного опыта, выработка навыков позитивного отношения к жизни и конструктивного решения проблем, развитие навыков ответственности и дисциплины. Эта

форма тренинга зарекомендовала себя как исключительно эффективная в области командного строительства, личностного роста, оптимизации руководства командой или рабочим коллективом. Два основных формата – тренинги, способствующие пассивному (естественному) личностному росту, и тренинги активного личностного роста. Тренинг активного личностного роста занимается трансформацией личности на уровне *Я*, уровне самоидентификации. Тренинг личностного роста предлагает обучающую среду, в которой через упражнения в ощущениях участник может раскрыть и осознать те глубинные установки и интерпретации, которые непосредственно влияют на результативность его деятельности.

Для этого нужно выяснить значимость для человека работы, и какие мотивы привели его в данную профессию. Можно использовать подвид экзистенциального анализа.

При такой работе фокус смещается на экзистенциальную значимость для человека совершаемой работы, а также на психоаналитический подход к исследованию причин, приведших к выбору данного рода деятельности.

1. Тренинг стрессоустойчивости

Целью является обучение специалистов переносить значительные интеллектуальные, волевые и эмоциональные нагрузки (перегрузки). В общем виде алгоритм тренинга управления стрессом может быть разбит на 3 этапа: моделирование и планирование; проверка; реализация.

Моделирование и планирование: описание текущей или предстоящей стрессогенной ситуации; оценка сложности задачи и определение оптимального для ее решения уровня стресса (среднего, низкого, высокого); оценка предполагаемой или текущей степени стрессогенности ситуации; оценка своего долгосрочного психического состояния и уровня стрессоустойчивости; оценка предпо-

лагаемой эффективности при решении данной задачи; определение того, до какой степени желательно снизить (повысить) уровень стресса и/или повысить свою стрессоустойчивость; выделение необходимого ресурса: временного, эмоционального, при необходимости финансового; разработка плана мероприятий по управлению стрессом в данной ситуации, снижению стрессогенности ситуации, улучшению своего долгосрочного психического состояния и здоровья, повышению своей стрессоустойчивости (базовой, ситуативной), саморегуляции (отобрать удобные для себя и адекватные ситуации методы саморегуляции, при необходимости освоить новые или усовершенствовать владение старыми), восстановлению после завершения стрессовой ситуации.

Проверка: проведение мысленного эксперимента – представление того, что все мероприятия реализованы и проведена оценка произошедших изменений уровня стрессогенности ситуации, своего состояния и уровня стрессоустойчивости, при необходимости внесение изменений в план коррекции; проведение аналогичной операции по отношению к мероприятиям по управлению стрессом внутри ситуации, а также к восстановительным мероприятиям.

Реализация: реализация плана; регулярный мониторинг уровня стрессовости своего состояния; сравнение его с запланированным; при необходимости внесение корректив в свой план.

2. Супервизия

Главной задачей супервизии является помощь обучающимся в приобретении недостающих знаний и умений. Супервизию следует понимать “как процесс научения и обучения, который представляет собой профессионально-ориентированную позицию помощи, сконцентрированную на требованиях профессиональной рабочей ситуации и анализе, рефлексии и отработке этой ситуации, улучшении профессиональной компетентности, разрешении

межличностных конфликтов, эмоциональной поддержке. Супервизия – это регулярно практикуемая форма сохранения качества профессиональной деятельности специалистов, работающих в сфере “помогающих профессий” (Умняшкина С.В., 2002.).

3. Балинтовские группы

Целью данных тренингов является фокусировка внимания практикующих клиницистов на психологических особенностях работы с пациентами. Занятия позволяют участникам добиться значительного повышения качества коммуникации с пациентами посредством более продуктивного использования терапевтического потенциала в каждодневной практике. На семинарах происходит детальный разбор затруднений, возникающих в профессиональной деятельности участников.

4. Модуль реорганизации рабочего окружения

Реорганизация рабочего окружения должна осуществляться в комбинации с реабилитацией и переобучением.

Мерами, направленными преимущественно на рабочее окружение, являются создание, поддержание “здорового рабочего окружения” (временный менеджмент, коммуникативные стили руководства); признание результатов работы (похвала, высокая оценка, оплата); обучение руководителей (“ключевая роль” начальника в предотвращении СЭВ).

Руководитель должен обеспечить возможность участия сотрудников в принятии важных для них решений. Поддержка со стороны руководства порой даже более важна, чем поддержка со стороны коллег. Воздействовать можно практически на все факторы, способствующие развитию СЭВ.

К актуальному разделу профилактических мер относится организационно-управленческая деятельность, осуществляемая руководством медицинских учреждений.

Особо следует отметить аналитическую работу, которая служит подготовительным этапом, создающим основу для адекватного планирования мер по профилактике СЭВ.

Основные направления работы по профилактике СЭВ на уровне руководителей медицинского учреждения (главного врача, его заместителей, главной медицинской сестры) – определение групп риска в плане “эмоционального выгорания”; организация и проведение работы по выявлению ранних признаков СЭВ у медицинского персонала; при необходимости перевод с согласия сотрудника в пределах учреждения в другие подразделения; создание условий для профессионально-квалификационного роста и психологической устойчивости персонала. Положительное значение имеют предоставление сотрудникам краткосрочного отпуска или отпуска по частям; повышение их социально-психологической компетентности; доброжелательный стиль руководства; организация слаженной и гибкой работы подразделений учреждения; обеспечение помощи молодым специалистам в процессе адаптации к своей деятельности; проведение тренингов по выработке психологической устойчивости при сохранении высокого уровня профессиональной деятельности; адекватный подбор руководителей подразделений; поощрение обучения сотрудников и др.

Основные компоненты работы по профилактике СЭВ на уровне заведующего отделением – диагностика СЭВ у сотрудников отделения; оценка социально-психологического климата в трудовом коллективе и его оптимизация; проведение коллективного анализа при появлении первых признаков СЭВ у сотрудников; организация слаженной работы отделения. Положительное значение имеют наставничество молодых специалистов; обучение сотрудников подходам к работе с учетом специфики контингента пациентов и др.

Основные направления работы по профилактике СЭВ на уровне старшей медсестры отделения: диагностика социально-психологического климата в коллективе сест-

ринского персонала и его оптимизация; организация слаженной работы сестринского персонала отделения; изменение графика работы (при необходимости), наставничество молодых сотрудников, индивидуальные беседы, по показаниям – консультации психолога. Положительное значение имеет регулярное проведение собраний и конференций с медицинским персоналом, на которых обсуждаются специфика работы с больными, нуждающимися в помощи, и пути разрешения внутренних проблем и трудных ситуаций, которые могут возникнуть в отделении у конкретного лица.

Чрезвычайно полезны регулярные встречи администрации и медицинского персонала, во время которых обсуждаются возникающие проблемы. Такие встречи не только улучшают качество общения сотрудников между собой, но и способствуют возникновению чувства причастности к принятию решений, позволяют избежать нечеткости в распределении ролей, помогают разрешать те или иные конфликты. Необходим постоянный мониторинг рабочего климата в отделении и немедленное разрешение возникающих проблем. Особое значение имеют предоставление сотрудникам возможности вносить свои предложения в рабочий процесс и создание условий для их внедрения.

Заключительный модуль

Индивидуальная работа с СЭВ

Среди средств индивидуальной защиты от стресса широко используется метод полной рационализации предстоящего события. Имитационные игры, позволяющие участникам будущих событий “проиграть” свои профессиональные роли. Наибольшая эффективность регуляции психического состояния связана с количеством и тщательностью подобных “тренировок”.

Избирательная позитивная ретроспекция основывается на анализе и рефлексии удачно разрешившихся трудных жизненных ситуаций. Мысленное возвращение

к деталям и нюансам успешно решенных проблем является содержательной базой сохранения благоприятного психоэмоционального состояния.

Динамичность установок, умение переоценивать то, чего не смог достичь.

Объективация стрессов. Суть метода состоит в умении отличать неудачи от катастрофы, неурядицу от беды, частный промах от крушения всех жизненных планов и др. Иначе говоря – это способность объективно оценивать то, что в первом своем выражении чаще всего представляется катастрофическим или трагическим.

Дискретное общение. Во избежание появления напряженных отношений следует прежде всего знать признаки насыщения общением (возникновение и усиление беспричинного недовольства партнером, раздражительность, нервозность, несдержанность, обидчивость и др.) и уметь вовремя выходить из контакта с данными людьми (Редько Л.Л., Лобейко Ю.А., 2008).

Реализация намеченного профессионального плана

Наличие четкой и осознанной стратегии реализации жизненных целей является мощным стимулом к творчеству, самореализации и оптимистическому мировосприятию. В работе по формированию личностно и социально значимых стратегий профессиональной деятельности большое значение имеет использование биографического метода, побуждающего человека к анализу своей жизни, деятельности, планов на будущее, позволяющего корректировать жизненную программу.

Основные способы профилактики профессиональных деформаций:

- рост осознания собственных личностных особенностей и их соотнесение с профессиональными задачами;
- соотнесение своих личных и профессиональных возможностей применительно к конкретной проблемной ситуации;

- осознание важности коммуникаций в системе повышения квалификации и переподготовки кадров;
- понимание значимости коммуникационной активности;
- приобретение навыков взаимодействия посредством специального коммуникативно-игрового тренинга.

Дебрифинг

Принципы дебрифинга

Обычно предусматривается одно расширенное групповое занятие, которое начинается с краткого изложения его целей. Участникам предлагают поделиться своими впечатлениями о травматическом событии, вначале описав то место, где они находились, когда впервые услышали об этом событии, а затем последующие впечатления. Координатор занятия просит участников рассказать о своих впечатлениях на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях. Предлагается также описать наиболее устрашающие моменты пережитых событий.

После группового занятия участники могут прослушать лекцию о процессе восстановления после перенесенной психической травмы, при этом дается информация о часто встречающихся реакциях на травмирующую ситуацию и о стадиях восстановительного процесса.

Психологический дебрифинг использовался и как индивидуальное, и как групповое вмешательство.

Дебрифинг – одна из распространенных форм групповой профилактики профессионального стресса специалистов экстремального профиля. Для наиболее эффективной минимизации нежелательных психологических последствий профессионального стресса необходимо строгое соблюдение процедуры проведения дебрифинга.

Процесс дебрифинга обычно состоит из 3 основных частей: “вентиляции” чувств в группе и оценивания стресса ведущим; подробного обсуждения изменений восприятия, поведения, самочувствия в процессе рабо-

ты, затем психологической поддержки; предоставления информации и мобилизации ресурсов, планирования дальнейшей работы.

Традиционно дебрифинг проводит психолог, в ряде случаев ведущим может стать авторитетный и подготовленный психологом специалист.

В марте 2007 г. американский журнал “Перспективы психологической науки”, внес кризисный дебрифинг в список процедур, способных причинить вред пострадавшим.

Оптимальный состав группы – не более 15 человек.

Структура дебрифинга – 5 обязательных этапов:

- 1) создание целостной картины того, что произошло. Участники дебрифинга рассказывают о том, как узнали о случившемся событии, что сделали, где находились, с кем работали;
- 2) работа с чувствами, переживаемыми в момент происшествия;
- 3) обсуждение изменений, которые произошли с участниками события после него;
- 4) предоставление ведущим информации о реакциях, которые могут появиться, о том, что происходит в кризисных ситуациях;
- 5) нахождение позитивного смысла в произошедшем событии и поиск перспектив.

Профессионалы, которые проводят дебрифинги, сами являются мишенью для синдрома выгорания. Ряд практиков считает, что делиться травмирующей информацией не обязательно. Она будет травмировать по цепочке профессионала, который проводит дебрифинг, потом его супервизора, потом супервизора супервизора и так далее.

Достаточно работать только с чувствами (“Да, я понимаю, что эта ужасная картина стоит у Вас перед глазами и Вам хочется освободиться от нее. Что Вы чувствуете? Какие ассоциации это у Вас вызывает?”).

Существует несколько методов психологического дебрифинга.

Групповой психологический дебрифинг

Цель группового обсуждения – минимизация психологических страданий.

Задачи дебрифинга

1. “Проработка” негативных впечатлений, реакций и чувств.
2. Когнитивная организация переживаемого опыта: осознание травматического события, реакций и симптомов его сопровождающих и им вызванных.
3. Снижение индивидуального и группового напряжения.
4. Уменьшение представлений об уникальности и патологичности собственных чувств и реакций.
5. Нормализация состояний (самочувствия): появление возможности обсудить кризисную ситуацию и поделиться друг с другом своими переживаниями.
6. Мобилизация внутренних и внешних ресурсов и усиление групповой поддержки, солидарности и понимания.
7. Подготовка к переживанию тех симптомов или реакций, которые могут возникнуть спустя несколько дней или недель.
8. Определение средств дальнейшей помощи в случае необходимости и информирование участников групповой дискуссии, куда и к кому можно обратиться в случае необходимости.

Условием применения классического психологического дебрифинга считается наличие кризисной ситуации с присутствием в ней осознаваемой участниками угрозы и участие в ней всех членов группы.

Оптимальное время для проведения дебрифинга – не более 48 часов после события.

Правила дебрифинга

1. Участники группового обсуждения говорят только тогда, когда пожелают это делать. Никто не может принудить их к откровенности. Единственное требование – они должны назвать свое имя и выразить свое отношение к обсуждаемому событию. От членов группы требуется умение выслушивать не перебивая и давать высказаться всем желающим.

2. Члены группы должны быть уверены в соблюдении конфиденциальности содержания обсуждения. На каждой встрече устанавливается свой уровень конфиденциальности. Руководитель дает гарантию того, что все, что будет сказано, не выйдет за рамки этого круга общения. Членов группы также просят не сплетничать о том, что здесь будет происходить. Это создает у участников группового обсуждения состояние психологической безопасности.

Особо следует оговорить ведение записей во время групповых дискуссий. Необходимо снять страх, успокоив участников заверением, что ничего не будет записываться против их воли. Однако, с другой стороны, им можно сообщить, что было бы полезно для них же самих делать запись изложенных фактов и мыслей, чтобы потом можно было еще раз обратиться к данному материалу. Это особенно полезно для снятия иллюзий, которые возникают по поводу уникальности происшедших событий.

3. Участникам группового обсуждения объясняют, что процедура психологического дебрифинга не предполагает оценок, критики и приговоров. Это не трибунал, не суд, здесь нет виновных и судей – это лишь процедурное обсуждение. Подобная установка предупреждает споры, взаимные обвинения, которые могут возникнуть из-за расхождения в ожиданиях, мыслях, чувствах.

4. Участников предупреждают, что они могут почувствовать себя несколько хуже во время группового обсуждения (во время сессии), но это нормальное явление,

которое обычно происходит вследствие прикосновения к болезненным проблемам. Ведущий должен объяснить, что это часть платы за возможность впоследствии противостоять стрессам, за будущее выздоровление.

5. Группе рекомендуется работать с перерывом. Может быть предложено перекусить или посетить туалет до начала дебрифинга. Полезно иметь кофеварку или чайник, чтобы каждый мог воспользоваться ими, не прерывая занятий.

6. Членов группового обсуждения предупреждают, что у них есть возможность тихо выйти и вернуться обратно. Однако ведущего следует уведомить о своем состоянии, если уходящий испытывает дистресс, ему необходимо сопровождение.

7. Участникам группового обсуждения объясняют, что они могут обсуждать проблемы, выходящие за рамки заданной темы, задавать любые вопросы. Важно постоянно помнить, что у участников скорее нет опыта представления своего Я в группе. На ведущем и его команде лежит ответственность за поощрение и успокоение членов группы. Начало этой деятельности запускается уже во вводной фазе. При этом уместны мягкие шутки, легкое подтрунивание над собой. Все это поможет снизить напряжение в группе.

Один из главных терапевтических результатов дебрифинга – моделирование стратегий, определяющих как справляться с эмоциональными проблемами, возникающими во взаимоотношениях после травмирующего события.

Участники группового обсуждения должны научиться выражать свои чувства, знать, что это безопасно, понимать, что они имеют право обсудить свои проблемы с другими.

Особое внимание следует уделить проблеме взаимоотношений в семье. Нередко человек, переживший стресс, видит, что семья не может понять того, что он пережил,

возникает чувство взаимного отчуждения с близкими людьми.

Одна из главных целей психологического дебрифинга, помимо всего прочего, – создание безопасного внутригруппового психологического контекста.

Аутодебрифинг. Индивидуально-групповой вариант дебрифинга

Данный вид психологического дебрифинга имеет индивидуальный (характер по обсуждаемым событиям) и групповой (по форме работы). Группа выступает в виде фона, а клиент со своим событием в виде фигуры.

Инструкция, вводная часть, правила групповой работы, цели и задачи дебрифинга не отличаются от классического варианта.

Принципиальное отличие данной процедуры от классического дебрифинга – отсутствие единого травмирующего события. Все события уникальны и индивидуальны.

Процедура основана на анализе воспоминаний о событиях или происшествиях, которые носили для человека в прошлом травматический характер. Упражнение выполняется в форме внутреннего диалога с последующим обсуждением в группе.

Балинтовские группы

В начале 1950-х годов английский психотерапевт М. Балинт предложил метод обучения, который помогал снизить эмоциональную напряженность врачей, возникающую при работе с “трудными” пациентами с помощью проработки этих трудностей с коллегами под руководством квалифицированного специалиста (психотерапевта).

Новая технология обучения предусматривала анализ взаимоотношений между пациентом и врачом и факторов, которые влияют на их взаимодействие. По мнению М. Балинта, работа в таких группах могла стать активной формой повышения компетентности врачей в сфере

межличностной коммуникации и предотвращения профессионального “выгорания” специалистов.

В настоящее время балинтовская группа – это метод групповой тренинго-исследовательской работы, объектом которого является изучение отношений “врач-больной”. Балинтовская группа не направлена на дидактическое обучение, оценку работы и личности специалиста, психотерапию ее участников. Акцент в работе балинтовской группы делается на различных особенностях терапевтических взаимоотношений, на реакциях, трудностях, неудачах, которые специалисты сами выносят на обсуждение; на эмоциональном воздействии пациента на врача.

Ведущими данных семинаров являются психологи и психотерапевты (1–2 человека).

В работе семинара могут использоваться ролевые игры, элементы психодрамы, приемы эмпатического слушания, невербальной коммуникации и др.

Задачи балинтовских групп:

- повышение компетентности в профессиональном межличностном общении;
- осознание личностных “слепых пятен”, блокирующих профессиональные отношения с пациентом;
- расширение представлений о лечебном процессе,
- психопрофилактика “синдрома сгорания” участников группы, основанная на возможности проработки “неудачных случаев” в ситуации коллегиальной поддержки.

Нежелательно включение в одну группу специалистов, связанных служебно-организационными отношениями (начальник и подчиненные).

Группа может объединять людей с различным стажем работы, наибольший эффект достигается при стаже более 3 лет.

Правила работы в группе: конфиденциальность, безоценочность, искренность, личная ответственность, уважение к мнению других, правило “стоп” (прекращение обсуждения по команде ведущего).

Группа закрытая, чаще всего собирается 1 раз в неделю, продолжительность занятия 1,5–3 часа (не менее 30 часов в год). Для достижения результата длительность работы группы может составлять, в зависимости от интенсивности, 2–3 года. В группу могут входить от 6 до 15 человек, оптимально – 8–10.

Занятия группы могут проводиться ежедневно или с интервалом в несколько дней, общее количество занятий соответствует количеству участников. Продолжительность одного занятия, посвященного анализу каждого случая, 2–2,5 часа с 10-минутным перерывом перед “завершающими” шагами.

Руководитель группы избирается участниками, либо специально приглашается для этой работы.

Компетенции ведущего:

- специалист в области консультирования и психотерапии;
- знание технологии балинтовской группы;
- знание принципов групповой динамики;
- умение управлять группой, следить за состоянием рассказчика;
- умение блокировать опасные обратные связи в случае неготовности “протагониста” принимать их.

Чаще всего в балинтовской группе обсуждается опыт лечения пациентов различными методами.

Этапы работы балинтовской группы

1. Выбирается специалист, который по собственному желанию хочет представить на обсуждение случай из своей лечебной практики.
2. Руководитель и члены группы слушают рассказ специалиста и наблюдают за его поведением и поведением друг друга. Их наблюдения могут оказаться очень полезными для последующего анализа коммуникативных затруднений докладчика.
3. Изложивший случай специалист задает вопросы группе по поводу рассказанного.

4. Группа задает вопросы участнику, представившему случай.
5. “Докладчик” формулирует окончательные вопросы к группе. Обычно окончательный список включает 3–5, но может быть и всего 1 вопрос.
6. Члены группы отвечают на поставленные вопросы, проходит свободная дискуссия.
Ответы на вопросы являются, как правило, обязательными для всех участников группы.
Обсуждение в виде свободной дискуссии позволяет воспользоваться полученной обратной связью участников балинтовской группы как корректирующей, так и психологически поддерживающей.
7. Обратная связь от руководителя группы к “докладчику”. Обобщаются ответы группы, ведущий высказывает видение ситуации.
8. “Докладчик” рассказывает о своих ощущениях и впечатлениях о работе группы, по желанию предоставляет обратную связь конкретным участникам, группы.

Классическая балинтовская группа центрирована именно на взаимоотношениях “врач-больной”, а не на технических деталях лечебного процесса (клиническом разборе) или личностных особенностях данного специалиста (личностном тренинге).

В классической балинтовской группе поведение участников жестко не регламентировано, все спонтанные реакции, эмоциональные и поведенческие, фиксируются ведущим и могут быть объектом динамического анализа.

Ведущий следит за тем, чтобы вопросы не подменялись советами, перерастающими в групповую дискуссию. Для обсуждения всем участникам по кругу предлагается дать свои ответы на все поставленные рассказчиком вопросы. Ведущий внимательно следит за сохранением фокуса обсуждения на взаимоотношениях “врач-больной”, предотвращая “терапию рассказчика группой”, фиксацию

на технических деталях и подмену балинтовской работы “клиническим разбором”. Задачей балинтовской группы является не создание некоего конечного продукта, абсолютно истинного видения предложенной ситуации, а расширение сознания участников группы и стимуляция самопознания.

Динамика балинтовской группы значительно отличается от динамики психотерапевтической группы. В частности, для предотвращения обычной групповой динамики запрещается критика ведущего.

Динамический подход в балинтовской группе позволяет делать предположения о том, что наблюдаемые “здесь и теперь” эмоциональные и поведенческие реакции рассказчика и членов группы соответствуют эмоциональным и поведенческим реакциям самого врача и его пациента в предлагаемой для обсуждения ситуации. Именно наблюдаемые реакции могут анализироваться достаточно глубоко и многосторонне.

При экзистенциальном варианте ведения балинтовской группы после доклада участники группы задают вопросы для лучшего понимания и дополнения картины. Затем докладчика просят выйти из круга, в котором продолжится дискуссия; ему предлагают занять наблюдательную позицию. Позже в определенный момент времени он будет иметь возможность вернуться к работе в группе и высказать результаты своего наблюдения.

Остальным участникам предлагают сообщить о своих свободных ассоциациях (мыслях), возникших во время сообщения. Это могут быть теоретические рассуждения, касающиеся дальнейшей диагностики или дифференциальной диагностики; ассоциации в отношении к пациенту (пациент напоминает мне моего пациента), воспоминания о случаях из собственной жизни, эмоции (аффекты, чувство принятия или отвержения), ощущения, которые не находятся в видимой связи с докладом (мысли об уклонении, напряженность, скука, внутренняя пустота, любопытство), телесные ощущения (сердцебиение, мышечное напряжение, усталость, расслабление).

Балинтовская группа имеет ряд принципиальных отличий от родственных ей форм групповой работы.

Так, балинтовская группа не является в строгом смысле “психоаналитическим семинаром случаев”: акцент на практическом использовании способа работы, центрированной на отношениях, модифицирует классические психоаналитические принципы.

Балинтовская группа не является также “самообучающейся” группой. В фокусе находятся не эмоциональные потребности участников, а проблемы их отношений с пациентами.

Балинтовская группа, нацелена на новый способ сензитивного слушания, более глубокое восприятие собственной личности (собственного Я). Оба процесса усиливаются в ходе балинтовского группового процесса.

Наконец, балинтовская группа не является “центрированной на теме интеракцией” – при большом сходстве этих форм групповой работы акцент делается на живом, связанном с практикой взаимном обучении.

Наряду с классической балинтовской группой существуют ее варианты. Бельгийский исследователь А. Моро (1976) описывает экзистенциальную систему ведения балинтовской группы. Как руководитель он отказывается от психоаналитической позиции нейтральности, которая, по его мнению, “инфантилизует группу”. А. Моро предпочитает быть активным участником обсуждения. Он отвергает психоаналитический метод интерпретации материала, выявляемого в ходе обсуждения, и считает задачей участников группы лишь выражение своих переживаний, “вчувствование” в переживания других членов группы, рассчитывая, что в этом отразятся отношения “врач-больной”, помогающие лучше понять последнего. Если, по Балинту, “больного следует осмыслить одновременно в интеллектуальном и эмоциональном плане”, то А. Моро требует отказа от интеллектуальных объяснений, поскольку для него важен не диагноз, а субъективное бытие больного, постигаемое не рациональным путем, а

чутьем. Для того чтобы научить этому врачей, в дискуссии по поводу доклада об одном из случаев участникам группы следует говорить не о том, что они думают, а о том, что чувствуют во взаимоотношениях “врач-больной”. Врачей учат быть с пациентами непринужденными, призывать последних говорить меньше о своей болезни, а главным образом о своем эмоциональном отношении к ней. Созданию эмоционального настроения служат специальные приемы, например, метод “встречи” – проигрывание ролей попарно участниками группы, в которых один из них представляет пациента. В отличие от классической балинтовской группы, экзистенциальный ее вариант, согласно теории А. Моро, не только способствует улучшению эмоционального контакта врача с пациентами, но и учит его отвечать на вопросы, от которых врачи в своей практике обычно уклоняются, например, на вопросы онкологического больного о неизбежной смерти.

Ожидаемые результаты правильно организованной и эффективно работающей балинтовской группы:

- снижение эмоциональной “включенности” в пациента, улучшение эмоционального состояния специалиста за счет коллегиальной поддержки и совместной проработки трудных случаев;
- отреагирование чувств;
- осознание собственных “слепых пятен” при коммуникации с пациентом;
- расширение репертуара коммуникативных стереотипов;
- развитие навыков защиты от эмоционального выгорания;
- осознание терапевтической значимости межличностных отношений и их границ;
- освобождение от социальных стереотипов;
- развитие гибкости в работе и выработка собственного профессионального стиля;

- снижение тревоги по поводу личного несовершенства;
- удовлетворенность профессиональной деятельностью;
- личностный рост.

Контрольные вопросы

1. Опишите мишени психокоррекционной работы в отношении больных с негативно-личностными расстройствами.
2. Перечислите и кратко охарактеризуйте основные виды тренингов с психически больными лицами.
3. Раскройте содержание проблемно решающей и моторной модели тренингов социальных навыков.
4. Перечислите показания и ограничения для участия пациентов в психокоррекционных и тренинговых группах.
5. Дайте определения основным направлениям психологического консультирования.
6. Перечислите клинические психологические противопоказания включения пациентов в психообразовательные программы.
7. Перечислите этапы комплайнс-терапии.
8. Назовите основные направления и методы психосоциальной терапии и реабилитации пациентов с болезнями зависимости в процессе исполнения принудительных мер медицинского характера.
9. Назовите пути обеспечения преемственности психосоциальной терапии и реабилитации пациентов с болезнями зависимости после отмены принудительных мер медицинского характера.
10. Перечислите основные функции специалиста по социальной работе.
11. Что входит в компетенции социального работника?

12. Сформулируйте специфику социальной работы в отношении пациентов с продуктивно-психотическими расстройствами и дефицитарными расстройствами и изменениями личности.
13. Перечислите правила взаимоотношений с родственниками пациента.
14. Ключевые процессы для семейной устойчивости.
15. Причислите базовые принципы для семейного психообразования.
16. Охарактеризуйте основные этапы тренинга коммуникативных навыков.
17. Опишите отличия тренинга навыков проблемно-решающего поведения от других видов тренинговой работы.
18. Перечислите задачи психопрофилактической программы с персоналом, осуществляющим принудительное лечение.
19. Охарактеризуйте различные виды дебрифингов.
20. Опишите этапы работы балинтовских групп.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Общественная опасность лиц, страдающих психическими расстройствами, и методы ее профилактики до настоящего времени остаются одной из актуальных проблем психиатрии. Важной частью этой работы является исполнение принудительных мер медицинского характера, цель которых – излечение больного или улучшение его психического состояния, предупреждение совершения им новых общественно опасных деяний. Достижение указанной цели, помимо медикаментозного лечения, требует проведения комплекса мероприятий по психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации, направленных на восстановление психических функций, познавательного, эмоционально-волевого потенциала пациента, формирование социально приемлемых форм поведения, реинтеграцию в общество.

В связи с этим все более очевидной становится необходимость активизации реабилитационных воздействий на этапе принудительного лечения, поиск новых организационных форм работы для их осуществления.

Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация занимают значительное место в современной системе оказания психиатрической помощи и рассматриваются как необходимые условия обеспечения качества и эффективности лечебно-реабилитационного процесса. Особое внимание уделяется вопросам дифференциации, индивидуализации психосоциальных воздействий, переходу к бригадному полипрофессиональному оказанию помощи во всех подразделениях психиатрической службы. Психосоциальные мероприятия в психиатрическом стационаре, осуществляющем ПЛ, безусловно, строятся на общих для всех видов реабилитации принципах, а с другой стороны – обладают определенной спецификой.

Авторы выражают надежду на то, что представленные в Учебном пособии сведения по различным аспектам ис-

полнения принудительных мер медицинского характера в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, позволят совершенствовать процесс обучения специалистов по вопросам судебно-психиатрической профилактики, помогут повысить качество данной работы, будут способствовать развитию и совершенствованию психиатрической службы страны.

СПРАВОЧНО-БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ АППАРАТ

Список сокращений

АА	– анонимные алкоголики
АДН	– активное диспансерное наблюдение
АН	– анонимные наркоманы
АПНЛ	– принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях
ИПР	– индивидуальная программа реабилитации
ЛТМ	– лечебно-трудовые мастерские
МСЭК	– медико-социальные экспертные комиссии
ООД	– общественно опасные действия
ОПР	– органическое психическое расстройство
ПАВ	– психоактивные вещества
ПБСТИН	– психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением
ПЛ	– принудительное лечение
ПММХ	– принудительные меры медицинского характера
УИК	– Уголовно-исполнительный кодекс
УК	– Уголовный кодекс
ФСИН	– Федеральная служба исполнения наказания
ЦРБ	– центральная районная больница

Библиографический список

Абдраязкова А.М., Булыгина В.Г. Методы оценки эффективности психокоррекционных и тренинговых программ во время принудительного лечения психически больных: Методические рекомендации – М.: ФГБУ “ГНЦ ССП им. В.П. Сербского”, 2011. – 23 с.

Ананьев В.А. Практикум по психологии здоровья: Методическое пособие. – СПб.: Речь, 2007. – 320 с.

Бойко В.В. Методика диагностики уровня эмоционального выгорания // Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Под ред. Д.Я. Райгородского. – Самара, 1999. – С. 161-169.

Блэквелл Г., Либерман Р.П., Уэллэйс Ч.Дж. Обучение тяжело психически больных: модули программы по социальным навыкам и навыкам самообслуживания // Шизофрения. Изучение спектра психозов / Под ред. Р. Дж. Энцилла, С. Холлидея, Дж. Хигенботтэма: Пер. с англ. – М.: Медицина, 2001. – С. 51-64.

Корнилов А.П., Булыгина В.Г. Психокоррекционные мероприятия в процессе принудительного лечения больных с хроническими бредовыми психозами: Методические рекомендации. – М., 1999. – 20 с.

Булыгина В.Г. Психокоррекционная работа в учреждениях, осуществляющих принудительное лечение лиц, совершивших общественно опасные действия // Медицинская и судебная психология. / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Ф.С. Сафуанова. – М.: Генезис, 2004. – С.99-123.

Булыгина В.Г., Абдраязкова А.М., Мирошниченко Е.М. Психотерапевтические, психокоррекционные и диагностические средства, применяемые на принудительном лечении: Аналитический обзор. – М., 2006. – 66 с.

Булыгина В.Г., Карпова Д.А., Шанова А.Ю. Когнитивно-поведенческий подход при психокоррекции психически больных правонарушителей с продуктивно-психотической симптоматикой: Аналитический обзор. – М.: ФГБУ “ГНЦ ССП им. В.П. Сербского”, 2010. – 38 с.

Воловик В.М. Функциональный диагноз в психиатрии и некоторые спорные вопросы психиатрической диагностики // Теоретико-методологические проблемы клинической психоневрологии. – Л., 1975. – С.79-89.

Гельдер М., Гет Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии: Пер. с англ.: – В 2 т. – Сфера, 1999. – Т.1. – 300 с.

Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: Медпрактика – М., 2004. – 492 с.

Демьянов Ю.Г. Основы психопрофилактики и психотерапии: Пособие для студентов психологических факультетов. – СПб.: Паритет, 1999.

Диагностика и реабилитация в психиатрии / Под ред. М.М. Кабанова, В.И. Кашкарова, Б.Е. Алексеева. – СПб., 1993.

Дмитриева Т.Б., Ткаченко А.А., Харитоновна Н.К., Шишков С.Н. Судебная психиатрия: Учебное пособие. – М.: ООО “МИА”, 2008. – 752 с.

Дмитриев А.С., Кудрявцев И.А., Завидовская Г.И. и др. Принципы дифференцированной терапии больных с аффективными приступообразными психозами на различных этапах принудительного лечения: Пособие для врачей. – М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2011. – 44 с.

Дмитриев А.С., Винникова И.Н., Лазько Н.В. и др. Клинические и лечебно-реабилитационные аспекты принудительного лечения больных с различными нозологическими формами: Методические рекомендации. – М., 2013. – 26 с.

Жуков Ю.М. Коммуникативный тренинг. – М.: Гардарики, 2004.

Зеер Э.Ф. Психология профессий. – М., 2003.

Зотова О.И., Кряжева И.К. Методы исследования социально-психологических аспектов адаптации личности // Методология и методы социальной психологии. – М., 1977.

Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. – СПб., 1998. – 256 с.

Казаковцев Б.А., Макушкина О.А., Булыгина В.Г., Букреев Н.В. Организационное обеспечение внедрения полипрофессионального бригадного подхода, включая психосоциальную терапию и психосоциальную реабилитацию, в практику принудительного лечения: Методические рекомендации // Психическое здоровье. – 2014. – №2. – С. 3-16.

Кондратьев Ф.В., Осолкова С.Н. Теоретические и практические аспекты функционального диагноза шизофрении в судебной психиатрии // Функциональный диагноз в судебной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой и Б.В. Шостаковича – М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского, 2001. – С. 40-76.

Котов В.П., Дмитриев А.С., Булыгина В.Г. и др. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра лиц с тяжелыми психическими расстройствами: Методические рекомендации. – М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2013. – 28 с.

Котов В.П., Мальцева М.М., Яхимович Л.А. Критерии и обоснование дифференцированного применения принудительных мер медицинского характера в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния: Методические рекомендации. – М.: “ГНЦССП им. В.П. Сербского”, 2013. – 24 с.

Котов В.П., Мальцева М.М., Яхимович Л.А. Порядок составления заключения и психиатрическом освидетельствовании лица, находящегося на принудительном лечении: Методические рекомендации. – М.: ФГБУ “ГНЦССП им. В.П. Сербского”, 2013.

Кощюбинский А.П., Шейнина Н.С., Аристова Т.А. и др. Функциональный диагноз при эндогенных психических заболеваниях: Пособие для врачей, медицинских психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников. – СПб., 2011. – 38 с.

Лабунская В.А. Невербальное поведение (социально-перцептивный подход). – Ростов-на-Дону: Изд. Ростовского университета, 1986. – С.5-35.

Макушкина О.А., Котов В.П., Мальцева М.М., Яхимович Л.А. Внебольничная профилактика общественно опасного поведения психически больных (по данным зарубежной и отечественной литературы): Аналитический обзор. – М.: ФГБУ “ГНЦ ССП им. В.П. Сербского”, 2014. – 44 с.

Макушкина О.А., Булыгина В.Г., Стяжкин В.Д., Белякова М.Ю. Современный опыт психосоциальных вмешательств в практике принудительного лечения: Аналитический обзор. – М.: ФГБУ “ГНЦССП им. В.П. Сербского”, 2014. – 107 с.

Макушкина О.А., Котов В.П., Мальцева М.М., Яхимович А.А. Внебольничные формы профилактики общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами: Методические рекомендации. – М.: ФГБУ “ФМИЦПН” Минздрава России, 2015. – 30 с.

Макушкина О.А., Котов В.П., Мальцева М.М. и др. Система профилактики общественной опасности психически больных в России в 2006–2013 гг. (динамика показателей и анализ эффективности): Аналитический обзор / Под ред. О.А. Макушкиной. – М.: ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского”, 2015. – 192 с.

Макушкина О.А., Котов В.П., Мальцева М.М. и др. Профилактика опасных действий психически больных в амбулаторных условиях: Монография. – М.: ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского”, 2016. – 279 с.

Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. – М., 1995. – 226 с.

Мальцева М.М. Психопатологические механизмы ООД больных с психическими расстройствами: Руководство по судебной психиатрии. – М., 2004. – С.433-443.

Медицинская и судебная психология: Учебное пособие / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Ф.С. Сафуанова. – М., Генезис, 2009.

Международная классификация психических и поведенческих расстройств (Глава V МКБ-10): Программа обучения. – Сост. Дженни ван Дриммелен-Крабе. – ВОЗ, Женева, Швейцария, 1996.

Назаренко Г.В. Принудительные меры медицинского характера. – М.: Дело, 2003. – С. 19.

Паркер Г., Кропи Р. Формирование команды. – СПб.: Питер, 2002.

Полубинская С.В. Исполнение принудительных мер медицинского характера: юридический, исторический и сравнительно-правовой аспекты: Аналитический обзор. – М.: ФГБУ “ГНЦ ССП им. В.П. Сербского”, 2013. – 44 с.

Полубинская С.В., Макушкина О.А. Нормативно-правовые аспекты организации амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра лиц, совершивших преступление против половой неприкосновенности несовершеннолетних и страдающих расстройством сексуаль-

ного предпочтения (педофилией): Информационное письмо. – М.: ФГБУ “ГНЦССП им. В.П. Сербского”, 2013 г. – 8 с.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре: Руководство для врачей / Под ред. В.П. Котова. – М., 2010. – 345 с.

Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я. Гуровича и А. Б. Шмуклера. – М., 2002.

Программы тренингов для специалистов психиатрического профиля. Профилактика эмоционального выгорания / Под ред. В.Г. Булыгиной, О.А. Макушкиной. – М.: ФГБУ “ГНЦ ССП им. В.П. Сербского”, 2013. – 253 с.

Психиатрическая помощь больным шизофренией. / Под ред. В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича, С.Н. Мосолова, А.Б. Шмуклера. – М., 2007.

Психокоррекционные мероприятия в практике принудительного лечения: Руководство для врачей / Под ред. В.Г. Булыгиной. – М.: ФГБУ “ГНЦ ССП им. В.П. Сербского”, 2012. – 350 с.

Психообразование и социально-педагогическая работа в психиатрической практике // Под ред. В.Г.Булыгиной, Б.А. Казаковцева. – М.: ФГБУ “ГНЦ ССП им. В.П. Сербского”, 2013. – 365 с.

Рамендик Д.М. Тренинг личностного роста. – М.: Форум–Инфра М, 2007.

Роль специалиста по социальной работе и социального работника в полипрофессиональной бригаде по оказанию психиатрической помощи / Под ред. И.Я. Гуровича. – М.: Московский НИИ психиатрии, 2003. – 31 с.

Руководство по судебной психиатрии / Под ред. А.А. Ткаченко. – М.: Юрайт., 2013. – 966 с.

Сарториус Н. Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств // Карманный справочник. – Киев: “Сфера”, 1997. – 104 с.

Сафуанов Ф.С. Психология криминальной агрессии. – М.: Смысл, 2003. – 300 с.

Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. И.Я. Гуровича и О.Г. Ньюфелдта. – М., 2007.

Солохина Т.А., Рытик Э.Г., Сейку Ю.В. и др. Нарушения психического здоровья / Под ред. В.С. Ястребова. – М., 2005.

Солохина Т.А., Ястребов В.С., Шевченко Л.С. Организация психологической помощи специалистам психиатрических учреждений: Методические рекомендации. – М.: МАКС Пресс, 2012. – 32 с.

Социальная работа в психиатрии: становление, развитие, опыт / Под ред. И.А. Былим, Т.Ф. Маслова, М.Н. Порубаева. – Ставрополь: СКСИ, 2004. – 100 с.

Судебно-психиатрическая профилактика в Российской Федерации: Аналитический обзор / Под ред. Б.А. Казаковцева, О.А. Макушкиной. – М.: ФГБУ “ГНЦССП им. В.П. Сербского”, 2012.– 356 с.

Функциональный диагноз в судебной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича – М.: ГНИЦСП им. В.П. Сербского, 2001. – 196 с.

Bonnie R.J., Coughlin A.M., Jeffries J.C., Jr., Low P.W. Criminal Law. – New York: Foundation Press, 2010. – P. 707.

Bowen P. Blackstone's Guide to The Mental Health. – Act 2007 – Oxford University Press, 2007.

Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders. – Legislation and Practice in UE Member States. – P. 216.

**Психосоциальная терапия и реабилитация
в процессе принудительного лечения лиц,
страдающих психическими расстройствами**

Учебное пособие

Редактор

Компьютерная верстка

Л.Б. Абрамова

М.М.Абрамовой

Подписано в печать 6.10.16 г.

Формат 60x84/16. Гарнитура Century Schoolbook.

Бумага офсетная. Цифровая печать. Усл. печ. л. 15,25.

Федеральное государственное бюджетное учреждение
“Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии имени В.П. Сербского” Министерства здравоохранения
Российской Федерации

119991 ГСП-1, Москва, Кропоткинский пер., 23.