

Межрегиональная общественная организация содействия развитию
общественного сектора в области психиатрии
«Общество – права человека и психическое здоровье»

Общественный Совет по вопросам психического здоровья при
Главном внештатном специалисте-психиатре Минздравсоцразвития РФ

Московское областное общество психиатров и психиатров-наркологов

Государственный научный центр
социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского

Научный центр психического здоровья РАМН

ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

МАТЕРИАЛЫ
научно-практической конференции

30 ноября 2009 г.

Под редакцией проф. В.С. Ястребова

Москва – 2009

УДК 616.89

ББК 56.14

П 68

Материалы научно-практической конференции «Правовые и этические проблемы психиатрической помощи». 30 ноября 2009. Под. ред. проф. Ястребова В.С. – М.: Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2009. – 217 с.

Редакционная коллегия:

докт. мед. наук, профессор В.С. Ястребов (общая редакция),
канд. мед. наук Д.А. Малкин, канд. мед. наук Г.А. Фастовцов,
канд. мед. наук Д.Н. Корзун, канд. мед. наук А.А. Григоров,
канд. мед. наук С.В. Данилова
(составление, обобщение, анализ, научная редакция).

ISBN 978-5-9977-0003-4

Тематическая конференция и публикация ее материалов проведены в рамках образовательного проекта «От правового информирования к психическому здоровью». Сборник материалов содержит статьи и тезисы представителей практической и научной психиатрии, членов общественных организаций в психиатрии, других общественных объединений. Публикации посвящены правовым и этическим аспектам психиатрической помощи, вопросам общественных форм помощи и поддержки, модели отношений в психиатрии, совершенствования законодательной базы в системе психиатрической помощи. Авторами этих публикаций являются психиатры, юристы, психологи, психотерапевты, работники социального звена, другие специалисты, пользователи психиатрической помощи. Представительство авторов публикаций не ограничивается российскими территориями, отдельные работы представлены специалистами из зарубежных стран. В сборнике приведены публикации членов рабочей группы, которые принимали участие в разработке проекта Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и Кодекса профессиональной этики психиатра.

*Проект поддержан фармацевтической компанией
ЭЛИ ЛИЛЛИ ВОСТОК С.А.*

© МОО «Общество – права человека и психическое здоровье», 2009

© Коллектив авторов, 2009

ПРЕДИСЛОВИЕ

Прошло немногим более 16 лет после введения в практику Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»¹. В течение этого времени нормой для пациентов и их близких стало жить с осознанием того, что они могут получать необходимую помощь и защиту в соответствии с действующим законом. Нормой работы врачей-психиатров и других работников психиатрических учреждений является то, что они стали строить свою деятельность в соответствии с положениями действующего закона, защищать на всех уровнях права и интересы своих подопечных. Для представителей средств массовой информации стали обычными обсуждения тех или иных положений закона, случаев его нарушения или, напротив, его эффективного действия и др.

Прошедший срок, видимо, недостаточен для того, чтобы выносить окончательное суждение о законе в целом, о его достоинствах и недостатках, о том, чтобы оценить, какие статьи или их пункты могут быть отнесены к категории работающих или неработающих, какие из них вступили в противоречия с новыми законодательными актами, и, наконец, чтобы решить, в какой степени все эти положения подлежат изменению. Обсуждение этих и иных вопросов действующего психиатрического законодательства потребует участия не только психиатров и других работающих в психиатрии специалистов, но и представителей правовых институтов государства, правоохранительных органов, представителей общественных объединений в психиатрии и др. Очевидно, что для этого потребуется еще определенное время.

¹ На разных этапах подготовки проекта закона о психиатрической помощи в состав рабочей группы входили: С.В. Бородин, проф., В.В. Блажеев, И.Я. Гурович, проф., Б.А. Казаковцев, д.м.н., В.П. Котов, проф., М.Е. Петросян, С.В. Полубинская, к.ю.н., В.А. Тихоненко, д.м.н., С.Н. Шишков, к.ю.н., В.С. Ястребов, д.м.н., представители Независимой психиатрической ассоциации. Работу этих экспертов по разработке проекта закона возглавляли: А.Е. Себенцов, народный депутат СССР, затем Л.И. Коган, народный депутат РФ.

Говоря о правовых вопросах психиатрической помощи, нельзя упускать из вида и этических ее аспектов. Следует признать, что разработка и принятие Этического кодекса психиатра², которые последовали вскоре после утверждения закона о психиатрической помощи, было также абсолютно необходимой мерой для отечественной психиатрии. Этические нормы находят применение в практике работы психиатров, научных сотрудников, проводящих исследования, профессионалов, которые работают в общественном звене психиатрической помощи, и мн. др. Хотя следует подчеркнуть, что многие разделы Кодекса остаются неработающими, а значительная часть психиатров не знакома с ним вообще. Один из основных вопросов, который необходимо обсуждать психиатрическому сообществу, заключается в том, каким образом «вести в жизнь» действующий Этический кодекс психиатра? В связи с этим, возникает, например, закономерный вопрос о том, почему рядом с законом о психиатрической помощи, который руководители психиатрических учреждений требуют от своих подчиненных вывешивать в каждом из подразделений, не помещать этический кодекс? Путей решения этого вопроса, видимо, может быть много, в данном случае речь идет лишь о том, что необходимо понимание важности этого документа прежде всего самими руководителями и принятия ими соответствующего решения. Тем более, что, в отличие от закона о психиатрической помощи, в самом Кодексе нет необходимости в каких-либо существенных изменениях, надо всего лишь доводить до сведения врачей наличие этого документа, его содержание и периодически обсуждать его основные положения в коллективе.

Из сказанного становится очевидным, что многие положения действующего закона о психиатрической помощи и этического кодекса должны быть предметом целевых, тематических обсуждений, участниками которых должны стать работники психиатрических

² Проект Кодекса был разработан рабочей группой в составе: д.м.н. Тихоненко В.Н. (председатель), проф. Белов В.П., проф. Гурович И.Я., к.м.н. Евтушенко В.Я., д.м.н. Метелица Ю.Л., к.ф.н. Покуленко Т.А., к.ю.н. Полубинская С.В., к.п.н. Сафуанов Ф.Ф., проф. Сергеев И.И., к.ю.н. Шишков С.Н., д.ф.н., проф. Юдин Б.Г., д.м.н. Ястребов В.С., Игнатенко М.М.

служб, сотрудничающие с ними специалисты, а также пользователи помощи, которые после выхода закона и кодекса все больше о себе заявляют и вносят все больший вклад в общую систему психиатрической помощи.

Этот постулат и явился основным мотивом для того, чтобы положить начало подобным обсуждениям, в которых бы принимали участие представители многих специальностей и смежных с психиатрией областей. С этой целью членами Межрегиональной общественной организации «Общество – права человека и психическое здоровье» была разработана годичная образовательная программа, посвященная правовым и этическим аспектам психиатрической помощи, в рамках которой был проведен целевой цикл лекций, семинаров по указанной проблеме, предусмотрена организация соответствующего консультативного центра, публикация тематических материалов, проводится настоящая конференция. Образовательный цикл был организован для психиатров и пользователей психиатрической помощи Московской области и проведен на базе Центральной Московской областной клинической психиатрической больницы. В реализации программы принимали участие члены Межрегиональной общественной организации «Общество – права человека и психическое здоровье», Общественного совета по вопросам психического здоровья, сотрудники Центральной Московской областной клинической психиатрической больницы № 1, члены Московского областного общества психиатров и наркологов. Пользуясь случаем, исполнители программы выражают признательность руководству и коллективу ЦМОКПБ, главному врачу и Главному психиатру Московской области В.И. Поддубному за возможность реализации данного проекта. Особую признательность организаторы проекта хотели бы выразить компании Эли Лилли Восток С.А., благодаря помощи которой реализация проекта, проведение данной конференции и публикация ее материалов стали возможными.

Характеризуя материалы настоящего сборника, прежде всего, следует отметить, что организаторы конференции не ожидали столь активного и живого отклика на предложение принять участие в работе этой конференции и в публикации соответствующих мате-

риалов – несмотря на весьма ограниченные сроки представления материалов (что было обусловлено лимитированным календарем выполнения проекта), «география» публикуемых материалов оказалась весьма обширной: наряду с регионами России, она представлена и рядом зарубежных стран. Представительство авторов публикаций и докладчиков на конференции также оказалось впечатляющим. Как можно видеть из содержания настоящего сборника, авторами публикаций являются психиатры, психологи, специалисты по социальной работе, юристы, представители общественных объединений в психиатрии, пользователи помощи.

Публикуемые работы посвящены правовым аспектам психиатрической и наркологической помощи, проблемам судебной психиатрии (вопросы пенитенциарной психиатрии, профилактики общественно опасных действий психически больных, производства судебно-психиатрической экспертизы), вопросам социальной и правовой реабилитации психически больных. В сборнике представлены работы, посвященные этическим проблемам оказания психиатрической, психотерапевтической, психологической помощи, вопросам стигматизации и дискриминации психически больных, мифологизации психиатрии. Проводится оценка современных моделей отношений в психиатрии не только в аспекте партнерской и патерналистской, но и иных ее форм, освещается опыт работы полипрофессиональных бригад, проведения психообразовательных программ, технологий работы с психически больными, их семьями и родственниками, описывается взгляд на психическую болезнь с точки зрения пользователей психиатрической помощи.

Оргкомитет конференции, редакционная коллегия настоящего сборника хотели бы выразить надежду, что представленные материалы окажутся полезными для работников психиатрических служб, сотрудничающих с ними специалистов, а также пользователей помощи, которые по убеждению и делам своим являются нашими коллегами и помощниками. Мы будем также признательны за критические замечания и советы, которые могут оказаться полезными в нашей дальнейшей совместной работе.

Профессор В.С. Ястребов

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Ангелова-Барболова Н.С., Берзанцев А.Ю.</i> Правовые аспекты недобровольной госпитализации в психиатрический стационар в республике Болгария	13
<i>Аргунова Ю.Н.</i> Порядок помещения недееспособных граждан в психоневрологические интернаты: соответствие международно-правовым нормам	19
<i>Багаутдинова Н.А.</i> Правовые аспекты оказания психиатрической помощи в ГУЗ СО «Психиатрическая больница № 7»	24
<i>Балакина О.Н.</i> Работа мультидисциплинарной бригады с родственниками больных психиатрического профиля	26
<i>Баранов А.В.</i> Актуальные правовые проблемы работы «стражных» стационаров судебно-психиатрической экспертизы	28
<i>Бардышевская М.К., Дерябина О.М.</i> Этические проблемы психосоциальной реабилитации детей в диадах с нарушенной привязанностью	31
<i>Басова А.Я.</i> Общественные мифы в психиатрии	33
<i>Белюсова М.Л., Васяткина Н.Н.</i> Актуальные аспекты оценки судебно-психиатрических экспертиз в рамках гражданского судопроизводства по семейным делам	34
<i>Берзанцев А.Ю., Ангелова-Барболова Н.С.</i> Вопросы совершенствования законодательной базы в аспекте недобровольной госпитализации в психиатрический стационар и недобровольного психиатрического лечения	36
<i>Бичевина Т.Г.</i> Профилактическое направление в работе медицинских психологов ОГУЗ «Ангарская областная психиатрическая больница»	41
<i>Брюхин А.Е., Абдраева Н.К.</i> К вопросу о возможности стационарирования в недобровольном порядке больных с нервной анорексией и нервной булимией	42
<i>Бурдуковский М.А., Елисеенко Л.В.</i> Мигранты в больнице – между двумя законами	44
<i>Воскресенский Б.А.</i> Психиатрия как гуманистическая и гуманитарная наука	46
<i>Голенков А.В.</i> Пути преодоления негативного отношения к электросудорожной терапии	49
<i>Голенков А.В.</i> Стигматизация психически больных как этическая проблема современной психиатрии	51
<i>Грашина Т.В.</i> Из опыта работы Орехово-Зуевской общественной организации «Родители против наркотиков» с созависимыми лицами	53

<i>Гребенщикова Е.Г.</i> К колдуну или наркологу?	55
<i>Гульдан В.В., Сушкова Е.Ю.</i> Психологическая понятность мотива сделки – значимый критерий сделкоспособности у больных шизофренией	57
<i>Гурович И.Я.</i> Обострившиеся правовые проблемы оказания психиатрической помощи	59
<i>Данилова С.В.</i> О значении проведения всероссийского конкурса «За подвижничество в области душевного здоровья»	61
<i>Дмитриева Т.Б., Качаева М.А.</i> Правовые аспекты проблемы жестокости и насилия против женщин	63
<i>Джангильдин Ю.Т.</i> Проблема междисциплинарной интеграции психотерапии	64
<i>Дорофеев Г.К.</i> Методическое и правовое обеспечение мониторинга контингента психически больных, совершивших общественно опасные действия ...	66
<i>Закс Д.Б., Злоказова М.В.</i> Психообразовательные программы как способ преодоления стигматизации пациентов с расстройствами шизофренического спектра	68
<i>Захаров Н.Б.</i> Совершенствование вопросов недееспособности в контексте реабилитации	70
<i>Злоказова М.В., Ичитовкина Е.Г.</i> Стигматизация как фактор, препятствующий выявлению психических расстройств у комбатантов	72
<i>Князева Л.В.</i> Особенности суицидальных тенденций в республике Коми	73
<i>Князева Л.В., Олиновская Е.В.</i> Опыт работы с лицами, утратившими социальные связи с обществом – одно из направлений деятельности полипрофессиональной бригады	75
<i>Корзун Д.Н., Яковлева Е.А.</i> Проблема дееспособности больных шизофренией в современных условиях	77
<i>Коркина М.В., Артемьева М.С., Сулейманов Р.А.</i> Особенности госпитализации и лечения больных нервной анорексией и нервной булимией	80
<i>Королева Е.Г.</i> Взгляд в будущее в проблемах реабилитации при психических заболеваниях	82
<i>Косенко В.Г., Король И.С., Хлопин Г.А., Смоленко Л.Ф., Жарикова А.А.</i> Отдельные качественные показатели психического здоровья населения Южного Федерального Округа – медико-демографический аспект	84
<i>Косенко В.Г., Король И.С., Смоленко Л.Ф., Ермаков С.Е., Гридина Ю.В.</i> Психические расстройства в населении Южного Федерального Округа – показатели болезненности за 2004–2008 гг.	85

<i>Косенко В.Г., Матарова Н.А., Серопьян Н.Н., Вакула И.Н., Хлопин Г.А.</i> Заболеваемость психическими расстройствами детского и подросткового населения Южного Федерального Округа в динамическом сопоставлении за 2004 – 2008 гг.	87
<i>Косенко В.Г., Король И.С., Матарова Н.А., Солоненко А.В., Жарикова А.А.</i> Отдельные показатели внебольничной психиатрии Южного Федерального Округа в динамическом сопоставлении (2004-2008 гг.).....	88
<i>Косенко В.Г., Смоленко Л.Ф., Солоненко А.В., Ермаков С.Е., Серопьян Н.Н.</i> Показатели инвалидности в связи с психическими расстройствами и отдельные предложения по оптимизации психиатрической службы ЮФО	91
<i>Крупнов А.Н.</i> Особенности информирования пациентов о характере их психического расстройства.....	93
<i>Кряжев М.Г.</i> Проблема поступка как этическая проблема психиатрии.....	94
<i>Левина И.Л.</i> Взаимодействие психиатрической службы здравоохранения с психологической службой образования	96
<i>Маковеев Р.И., Брюхин А.Е.</i> Принципы совместной лечебно-реабилитационной работы психиатра и спортивного врача при нарушениях пищевого поведения	99
<i>Максимова Н.Е., Царева Е.В.</i> Организация кабинета активного диспансерного наблюдения в структуре оказания амбулаторной психиатрической помощи на примере Тверского областного клинического психоневрологического диспансера	101
<i>Малкин Д.А.</i> Организационно-правовые проблемы пенитенциарной психиатрии	103
<i>Марута Н.А., Пацько Т.В., Колядко С.П.</i> Этические аспекты диагностики и терапии депрессивных расстройств у лиц пожилого возраста	106
<i>Марута Н.А., Семикина Е.Е.</i> Оптимизация подходов к оценке эффективности терапии больных невротическими расстройствами.....	112
<i>Медведев С.Э.</i> Взаимодействие помогающих специалистов в работе с семьями больных шизофренией.....	117
<i>Менделевич В.Д.</i> Проблема экстраполяции этических и правовых норм психиатрии на наркологию	119
<i>Митина Ю.В.</i> Проблема оказания психиатрической помощи больным в условиях стационара при невозможности установить личность больного	121
<i>Митина Ю.В., Журавлева Н.А., Иванова И.А.</i> Организация медико-психологической помощи в ОГУЗ «Ангарская областная психиатрическая больница» лицам, совершившим суицидальные попытки	122

<i>Москвитин П.Н.</i> О проблеме легитимности новых методов личностно-ориентированной профилактики зависимости от ПАВ.....	124
<i>Москвитин П.Н.</i> Об институте и процедуре оценки морального вреда.....	126
<i>Мухамадиев Д.М.</i> Концепция психосоциальной помощи Красного Креста как модель общественной поддержки при чрезвычайных ситуациях.....	129
<i>Мухамадиев Д.М., Чибисенкова Л.В., Кобзева М.В.</i> Опыт Российского Красного Креста по оказанию психосоциальной помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях	131
<i>Никишкин Д.В.</i> Социально-правовые и судебно-психиатрические аспекты защиты интересов детей, чьи родители страдают психическим расстройством... 133	133
<i>Орлов Г.В., Яхин К.К.</i> Этически-правовая проблема сохранения врачебной тайны в некоторых случаях оказания экстренной психиатрической помощи	135
<i>Оруджев Я.С., Козленко Е.А., Зубова Е.Ю.</i> Проблема эмоциональных отношений сотрудников к пациентам психиатрического стационара	137
<i>Полецкий В.М.</i> Правовые и этические аспекты терапии последствий раннего органического поражения головного мозга	139
<i>Полотнянко А.Н., Терещенко И.С.</i> Правовые проблемы оказания психиатрической помощи отдельным категориям лиц в Москве.....	141
<i>Полотнянко А.Н., Терещенко И.С., Вологжанина Г.А.</i> Модели взаимодействия «врач-пациент» в остром психиатрическом стационаре.....	143
<i>Полубинская С.В.</i> Международные стандарты в правовом регулировании оказания психиатрической помощи	145
<i>Пятицкий Н.Ю., Федин Э.Е., Калинин А.О., Булдакова Т.М.</i> Отечественная пограничная психиатрия – останется ли она в компетенции психиатров?.....	147
<i>Романов К.Д., Сараджева А.Р.</i> Социальные и правовые аспекты заболеваемости алкогольными психозами в Московской области.....	148
<i>Рощина И.Ф., Зверева Н.В.</i> Проблемы профессиональной этики в современной клинической психологии.....	150
<i>Руженков В.А., Боева А.В., Жигулина О.В., Очколяс В.И.</i> Некоторые аспекты психологической коррекции отношения к болезни больных шизофренией ...	152
<i>Руженков В.А., Качан М.А.</i> Влияние прерывания беременности на поздних сроках на психическое состояние женщин.....	154
<i>Руженков В.А., Москвитина У.С.</i> Некоторые аспекты отношения к профессии врача-психиатра и психиатрии студентов медицинского факультета.....	156
<i>Руженская Е.В.</i> Вопросы профессиональной правовой грамотности специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи.....	158

<i>Руженская Е.В.</i> Самооценка медицинским персоналом правовых, организационных, этических проблем психиатрической службы.....	160
<i>Смирнова О.Ю., Худяков А.В.</i> Феноменологический подход в психиатрии: старая проблема в новом ракурсе.....	161
<i>Соловьева Н.В.</i> Становление реабилитационной этики в психиатрии.....	163
<i>Солохина Т.А.</i> Пациент и его семья: от самооценки потребностей до участия в совершенствовании службы психического здоровья.....	165
<i>Сперанская О.И., Дерябина О.М.</i> Организация психолого-психиатрической работы при табачной зависимости.....	168
<i>Стрижев В.А., Чебуракова Т.А.</i> Особенности психообразовательной работы с родственниками пациентов.....	169
<i>Сулейманов Р.А., Артемьева М.С.</i> Правовые и психиатрические аспекты распространения энтеогенов.....	172
<i>Сураев С.В.</i> К вопросу о критериях оценки общественной опасности психически больных.....	174
<i>Таникова А.А.</i> Проблема стигматизации психически больных в современном обществе и пути ее преодоления.....	176
<i>Тараканова Е.А.</i> «Проблемные ситуации» в психиатрии.....	178
<i>Тараканова Е.А.</i> Актуальные правовые нормы в психиатрии.....	179
<i>Терещенко И.С., Вологжанина Г.А., Полотнянко А.Н.</i> К вопросу об организации психиатрической помощи лицам, не имеющим регистрации в г. Москве.....	181
<i>Трущелёв С.А.</i> Всемирное движение против стигмы психической болезни...183	
<i>Тюменкова Г.В.</i> О деятельности Общественного Совета по вопросам психического здоровья.....	185
<i>Усачева Е.Л., Шпрехер Б.Л., Клименко Л.Д.</i> Правовые аспекты оказания психиатрической помощи детям и подросткам.....	187
<i>Устинова Н.В.</i> Роль клуба взаимопомощи в охране психического здоровья матерей, находящихся в условиях хронической психотравмирующей ситуации – воспитании ребенка – инвалида.....	189
<i>Устянина Ж.Г.</i> Правовые аспекты и реабилитация больных, находящихся на принудительном лечении в Кемеровской областной клинической психиатрической больнице.....	190
<i>Фёдоров А.В., Фёдоров Б.А.</i> Использование интегративной психотерапевтической методики в реабилитации психически больных.....	193
<i>Чебуракова Т.А., Стрижев В.А.</i> К вопросу о психосоциальном лечении в аспекте психообразовательной работы с больными шизофренией.....	195

<i>Харитонов С.В.</i> Правовые и этические аспекты психотерапевтического соглашения	197
<i>Шайдукова Л.К.</i> Возрождение «мистического мышления» на современном этапе и его этико-правовая оценка.....	200
<i>Шайдукова Л.К., Усманов Д.Н., Гайфуллин Э.Р.</i> Психотерапевтическое сопровождение аддиктивных семей: этические и деонтологические аспекты.....	202
<i>Шевченко Ю.С., Северный А.А.</i> Некоторые этические и правовые проблемы детской психиатрии.....	203
<i>Шейкина Н.Г.</i> Организация психиатрической помощи больным шизофренией, перенесшим первичный психотический эпизод.....	206
<i>Шурыгина Т.Е., Грашина Т.В., Теплова К.Р.</i> Современные технологии работы с кризисной семьей.....	208
<i>Ястребов В.С.</i> Современная модель отношений в психиатрии – партнерство или патернализм?	211
<i>Яковлева Н.В.</i> Мое восприятие болезни сына.....	215

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР В РЕСПУБЛИКЕ БОЛГАРИЯ

*Н.С. Ангелова-Барболова, А.Ю. Березанцев
(г. Русе, Болгария, г. Москва, Россия)*

Проблема недобровольной госпитализации и последующего лечения психически больных в психиатрическом стационаре является сложной, многогранной и включает в себя медицинский, юридический и организационный аспекты. Данный вид госпитализации неразрывно связан с профилактикой общественно опасных действий (ООД), а также направлен на повышение уровня социально-психологической адаптации и правовой защищенности больных с психическими расстройствами. Состояние госпитализируемого должно соответствовать определенным критериям. Так, согласно законодательствам большинства европейских стран, критерии недобровольной госпитализации в психиатрический стационар включают в себя вероятность причинения ущерба окружающим или себе (только Италия отклонила принудительную госпитализацию на основании опасности для других лиц, в их законодательстве подчеркнуто, что в этом вопросе необходимо обращать внимание, в первую очередь, на нужды пациента, а не на защиту окружающей среды). К этим критериям также отнесена неспособность удовлетворять свои основные потребности („пассивная опасность”), то есть, причинение себе ущерба не путем аутоагрессии, а в результате пренебрежения заботой о собственных интересах. Защита прав лиц с психическими расстройствами осуществляется на основе нескольких международных конвенций, резолюций и рекомендаций, наиболее известными из которых являются:

- Статья 5 Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод (Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms) 1950 г.

- Рекомендации Комитета министров Совета Европы R (83) 2 «Правовая защита лиц, страдающих психическими расстройствами, недобровольно помещенных в стационар», 1983 г. (Council of

Europe, Committee of Ministers, Recommendation No. R (83) 2 Concerning the Legal Protection of Persons Suffering from Mental Disorders Placed as Involuntary Patients).

- Рекомендации Парламентской Ассамблеи Совета Европы № 235 (1994) по психиатрии и правам человека (Council of Europe, Parliamentary Assembly, Recommendation 1235 (1994) on psychiatry and human rights).

- Резолюция Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 46 (119) «Принципы защиты лиц с психическими заболеваниями и улучшения здравоохранения в области психиатрии».

- „White Paper” (Council of Europe, Steering Committee on Bioethics (CDBI). «White Paper» on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric environment) по защите прав человека и достоинству людей, страдающих от расстройств психики, особенно подвергнутых недобровольной госпитализации (Принят Советом Европы 03.01.2000).

- Рекомендации R 10 (2004) (Council of Europe, Committee of Ministers, Recommendation Rec (2004)10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder) о защите прав человека и достоинстве людей с расстройством психики и его Объяснительным Меморандумом (Принят Комитетом министров Совета Европы 22 сентября 2004 г.).

Согласно определению Совета Европы, недобровольная психиатрическая госпитализация означает прием и удержание для лечения человека, страдающего от психического расстройства в больнице или другом медицинском или соответствующем учреждении, произведенное не по его просьбе (Council of Europe, Committee of Ministers, Recommendation No. R (83) 2). В настоящее время, в связи с расширением Евросоюза и включением в него новых членов, происходит определенная унификация законодательств государств континентальной Европы, в том числе и в области оказания психиатрической помощи. Согласно рекомендациям Совета Европы обязательная (недобровольная) госпитализация пациента в психиатрический стационар может быть произведена только в исключи-

тельных случаях: когда по причине своего психического расстройства он представляет серьезную опасность для себя или других лиц. Далее в рекомендациях (в редакции 1994 г.) указывается, что могут быть и дополнительные критерии: если отсутствие госпитализации привело бы к ухудшению психического состояния пациента, или помешало бы предоставлению ему соответствующего лечения (Council of Europe, Committee of Ministers, Recommendation No. R (83) 2). Таким образом, основной рекомендованный критерий для недобровольной госпитализации – это опасность для себя или окружающих, дополнительные могут предусматриваться в странах Евросоюза по усмотрению местных законодателей, что предполагает возможность определенного разнообразия в законодательных практиках этих стран. В Республике Болгария (РБ) нет отдельного закона о психиатрической помощи и порядок недобровольной госпитализации регламентирован “Законом о Здравье” (ЗЗ), принятым 10.08.2004г. (в силе с 01.01.2005г.), точнее его пятой главой, имеющей наименование “Психическое здорье” и состоящей из двух разделов – “Охрана психического здорья” и “Обязательное помещение на лечение”. В первом разделе декларируются правовые, организационные и экономические принципы оказания психиатрической помощи, права лиц с психическими расстройствами. Второй раздел полностью посвящен недобровольной госпитализации („обязательному помещению на лечение”). Согласно закону, недобровольной госпитализации подлежат лица, которые из-за заболевания *“могут совершить преступление, представляющее опасность для их близких, для окружающих, для общества или серьезно угрожает их здорью”*, что переводит данный вопрос в ведение уголовного судопроизводства, о чем прямо говорится в законе. При этом установление вероятности совершения преступления входит в компетенцию суда. Вторым существенным отличием от российского законодательства является проведение судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ), которую назначает суд. Помимо решения диагностических вопросов психиатр-эксперт (данные виды экспертиз относятся к категории единоличных) одновременно с экспертизой дает заключение относительно способности лица выразить информированное согласие на лечение, предлагает

лечение конкретного заболевания и рекомендует лечебное учреждение, в котором оно может быть проведено. Заключение судебно-психиатрической экспертизы (обычно объемом в 5-6 страниц машинописного текста) должно иметь определенную структуру и содержание, что регламентировано совместным приказом министерства юстиции и министерства здравоохранения РБ. В заключении судебно-психиатрической экспертизы дается оценка степени риска социально опасного поведения вследствие имеющегося психического расстройства. Степень риска определяется с помощью набора критериев, которые являются частью болгарского национального стандарта по психиатрии. В данном стандарте выделяются две категориальные оси (опасность для себя и опасность для окружающих), состоящих из идентичного набора пунктов для их оценки (разница лишь в том, что в одном случае оценивается вероятность аутоагрессии, а в другом – гетероагрессии). Каждая ось оценки потенциальной опасности содержит шесть разделов: 1. Психопатологические критерии (болезненные проявления на момент осмотра); 2. Личностные изменения в результате болезни; 3. Поведенческие проявления, создающие опасность для себя или окружающих, которые могут быть поводом для недобровольной госпитализации; 4. Данные анамнеза об агрессивном поведении и правонарушениях в прошлом, асоциальном окружении; 5. Данные о социальных факторах, затрудняющих возможность ресоциализации обследуемого лица; 6. Негативные психологические проявления на момент обследования (враждебность, эксплозивность, некритичность, отсутствие эмпатии). Обязательное лечение продлевается каждые три месяца на основании заключения СПЭ. В целом, более подробное изложение процедуры недобровольной госпитализации и лечения в сравнении с российским законодательством приводилось в наших предыдущих работах. В РБ имеется различное финансирование стационарной и амбулаторной психиатрической помощи. Стационарная помощь является приоритетом государства и финансируется госбюджетом, а амбулаторная финансируется Здравоохранительно-страховой кассой. Чтобы провести амбулаторное лечение, обязательно, чтобы были непрерывные вклады в кассу в течение последних 6 месяцев. Лица, у кото-

рых нет финансового обеспечения, не могут проводить любое (включая и психиатрическое) лечение в амбулаторных условиях, в том числе и при обязательном амбулаторном лечении по решению суда в случаях недобровольного лечения по Закону о Здоровье или принудительного лечения согласно Уголовному Кодексу.

Таким образом, можно констатировать, что законодательства Болгарии и России, регламентирующие процедуры обязательного помещения на лечение и недобровольной госпитализации, в целом соответствуют рекомендациям Совета Европы, хотя процедура обязательного помещения на лечение и самого обязательного лечения, согласно болгарскому законодательству, представляется более сложной. Поэтому в законодательствах Болгарии и России, посвященных данному вопросу имеются как определенные сходства, так и существенные различия. Так, в Болгарии критерий опасности для себя или окружающих является лишь показанием для скорой (экстренной) психиатрической помощи и госпитализации без согласия пациента на срок не более трёх суток, с санкции судьи в рамках гражданского судопроизводства. Для обязательного помещения на лечение необходимо установление судом вероятности совершения преступления, что переводит дело в уголовное судопроизводство. Таким образом, процедура обязательного помещения на лечение регулируется как гражданским, так и уголовным законодательством. Также существенным отличием является то, что согласно болгарскому “Закону о здоровье” обязательным является проведение судебно-психиатрической экспертизы с объективизированной оценкой риска социально опасного поведения в баллах. В болгарском законе присутствует также перечень психических расстройств и состояний, при которых может возникать опасность больного для себя или окружающих и может появляться риск совершения преступления, в чем можно усмотреть определенную аналогию с медицинским критерием невменяемости (в российском законе указывается лишь, что психическое расстройство должно быть тяжелым). При этом установление вероятности совершения преступления является прерогативой суда. Отличаются также и механизмы продления недобровольной госпитализации и обязательного помещения на лечение. Так, согласно болгарскому зако-

ну обязательное лечение продлевается каждые три месяца на основании заключения судебно-психиатрической экспертизы, в российском же законе недобровольная госпитализация продлевается судом на основании заключения комиссии врачей-психиатров первые шесть месяцев ежемесячно, затем через шесть месяцев, после этого - ежегодно (причем по истечении 6 месяцев, а затем ежегодно продление подтверждается решением суда). Таким образом, процедура и правовые механизмы обязательного помещения на лечение (недобровольной госпитализации), согласно “Закону о здоровье” в Республике Болгария, представляются более сложными, чем в российском Законе “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании”. Изучение правоприменительной практики недобровольной госпитализации в психиатрический стационар в РБ показывает, что ей подвергаются пациенты с наиболее тяжелыми проявлениями психопатологических расстройств и с устойчивыми формами агрессивного (или аутоагрессивного) поведения. Поэтому совершенствование профилактики агрессивных форм общественно опасного поведения у данной категории больных в РБ предполагает, помимо непрерывной поддерживающей терапии и проведения иных лечебно-реабилитационных мероприятий, совершенствование законодательной базы в плане медикаментозного обеспечения больных, находящихся на амбулаторном лечении, расширение клинико-социальных показаний для недобровольной госпитализации и упрощение её процедуры.

ПОРЯДОК ПОМЕЩЕНИЯ НЕДЕЕСПОСОБНЫХ ГРАЖДАН В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ИНТЕРНАТЫ: СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУНАРОДНО-ПРАВОВЫМ НОРМАМ

Ю.Н. Аргунова (г. Москва)

По правилам ст. 41 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» основанием для помещения в ПНИ лица, страдающего психическим расстройством, являются его личное заявление и заключение врачебной комиссии. Для недееспособного основанием служит решение органа опеки и попечительства, принятое на основании заключения врачебной комиссии. Указанная норма весьма поверхностна по содержанию.

Во-первых, требуемое решение органа опеки может служить лишь формальным основанием для помещения в интернат. Реальным основанием, по нашему мнению, должны считаться особенности психического состояния лица, социально-бытовые и иные условия его жизни, которые в Законе не сформулированы. *При отсутствии в Законе показаний для помещения в ПНИ и критериев, которыми органы опеки должны руководствоваться при принятии решения, должный контроль за законностью и обоснованностью помещения недееспособного в ПНИ осуществляться не может.*

Во-вторых, по смыслу ст. 41 Закона для помещения недееспособного в ПНИ не требуется не только его заявления, но и его согласия. Позиция опекуна по данному вопросу также правового значения не имеет. По существу эта норма в завуалированной форме *предусматривает помещение лица, страдающего психическим расстройством, в ПНИ в недобровольном порядке, исходя лишь из правового статуса недееспособного лица.*

В-третьих, ст. 41 Закона *не предусматривает* для таких случаев *судебной процедуры* в отличие от ст. 33-36 Закона, регулирующих судебный порядок рассмотрения дел о недобровольной госпитализации в психиатрический стационар и ее продлении.

Помещение недееспособных граждан в учреждения социального обслуживания, включая ПНИ, регулируется также *Федеральным*

законом «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов».

В соответствии с ч. 1 ст. 15 данного Федерального закона граждане пожилого возраста и инвалиды могут быть помещены в эти учреждения *без их согласия*, если они лишены ухода и поддержки со стороны родственников или иных законных представителей и при этом не способны самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности (утрата способности к самообслуживанию и (или) активному передвижению) *или признаны в установленном законом порядке недееспособными*.

Союз «или» в конце нормы позволяет трактовать ее таким образом, что недееспособный без его согласия может быть помещен в ПНИ, если он лишен ухода и поддержки со стороны опекуна. При этом его способность к самообслуживанию или передвижению значения не имеет. В то же время, согласно ст. 20 того же Федерального закона, стационарное социальное обслуживание предназначается для граждан... «частично или полностью утративших способность к самообслуживанию...»

Кроме того в соответствии со ст. 9 данного законодательного акта согласие на социальное обслуживание недееспособных граждан дается их законными представителями. А для помещения их в стационарное учреждение социального обслуживания требуется письменное заявление законного представителя.

И, наконец, ч. 2 ст. 15 устанавливает правило о том, что вопрос о помещении недееспособного в такое учреждение без его согласия или без согласия его законного представителя решается судом по представлению органов социальной защиты населения.

Данные нормы вступают в логическое противоречие друг с другом, а также образуют пробелы, что напрямую приводит к необоснованным ограничениям прав недееспособных с учетом того, что их согласие на помещение в ПНИ на постоянное место жительства не испрашивается в любом случае, как в соответствии со ст. 15, так и ст. 9.

Во-первых, лишение недееспособного ухода и поддержки со стороны опекуна, которое должно было бы влечь замену опекуна органом опеки и попечительства, оборачивается для недееспособ-

ного водворением его самого в закрытое учреждение, которым является ПНИ.

Во-вторых, согласие (а затем заявление) на помещение недееспособного в ПНИ требуется как раз от того лица (опекуна), который и лишил своего подопечного ухода и поддержки, что является нонсенсом, вдвойне утяжеляющим ограничительный статус недееспособного.

В-третьих, если указанные учреждения согласно ст. 20 Федерального закона предназначены для граждан, утративших способность к самообслуживанию, то помещение в них недееспособных граждан лишь в силу их недееспособного статуса и фактически вследствие невыполнения опекунами своих обязанностей (а также вследствие ненадлежащего исполнения органом опеки своих функций по подбору опекунов) не может считаться законным, т.к. способность недееспособного к самообслуживанию согласно ч. 1 ст. 15 юридического значения для помещения в ПНИ не имеет.

В-четвертых, ст. 41 Закона о психиатрической помощи в качестве основания для помещения недееспособного в ПНИ предусматривает решение органа опеки, в то время как ст. 9 и 15 указанного выше Федерального закона — заявление опекуна. Противоречия в законодательстве создают основу для злоупотреблений.

В-пятых, согласно ч. 2 ст. 15 Федерального закона решение вопроса о помещении лица в ПНИ отнесено к компетенции суда в случае, если помещение производится без согласия лица или без согласия его законного представителя. Из этого можно заключить, что при наличии согласия законного представителя (опекуна) судебная процедура «отменяется».

В-шестых, в отличие от приведенного выше порядка, предусмотренного ч. 2 ст. 15 Федерального закона, статья 41 Закона о психиатрической помощи не предусматривает участия суда в решении данного вопроса ни при каких условиях.

Сравнительный анализ норм двух законодательных актов свидетельствует о наличии противоречий в принципах и порядке правового регулирования одного и того же вопроса. Это обстоятельство позволяет сделать вывод о том, что судебная процедура помещения недееспособного в ПНИ не является обязательной. Реше-

ние органа опеки заменяет, а точнее, подменяет собой судебное решение.

В-седьмых, указание в ч. 2 ст. 15 Федерального закона о судебном рассмотрении вопроса о недобровольном помещении в ПНИ не имеет правового развития ни в самом Федеральном законе, ни в ГПК РФ, хотя дела такого рода должны были бы рассматриваться в порядке особого производства (см. ч. 2 ст. 262 ГПК РФ). В законодательстве полностью отсутствует механизм реализации данной нормы: не регламентирован порядок обращения в суд по данному вопросу (подсудность гражданского дела, требования к заявлению, лица, правомочные подать заявление в суд, процедура и сроки рассмотрения заявления, участники процесса, порядок принятия судом решения, порядок его обжалования и др.). Не установлен судебный порядок рассмотрения вопроса о продлении пребывания недееспособного в ПНИ.

Возможное предложение правоведов восполнить указанный пробел путем применения института аналогии закона (ст. 11 ГПК РФ), т.е. рассматривать такие дела по правилам главы 35 ГПК РФ «Принудительная госпитализация гражданина в психиатрический стационар» вряд ли приемлемо, т.к. природа правоотношений при осуществлении недобровольной (принудительной) госпитализации в психиатрический стационар не является сходной с процессом недобровольного помещения в ПНИ на постоянное жительство. Кроме того недобровольная госпитализация недееспособных в психиатрический стационар не соответствует Конституции РФ и международно-правовым принципам регулирования.

В-восьмых, законодатель, не заметив возникших пробелов и противоречий, фактически «узаконил» их, указав в ч. 4 ст. 9 Федерального закона, что помещение граждан в стационарные учреждения социального обслуживания без их согласия или без согласия их законных представителей допускается на основаниях и в порядке, предусмотренных и ст. 15 Федерального закона и Закона о психиатрической помощи, т.е. сразу обоими законодательными актами.

Таким образом, правовое регулирование данного вопроса не соответствует *Конвенции о защите прав человека и основных свобод*:

1) ст. 5.1. «е», т.к. указанные нормы: а) не предусматривают необходимых и достаточных оснований для помещения недееспособ-

собного в ПНИ, связанных с особенностями его психического состояния, социально-бытового положения и др.; б) основывают недобровольность помещения недееспособного в ПНИ исключительно исходя из его правового статуса (Закон о психиатрической помощи) или в дополнение к нему на невыполнении опекуном своих обязанностей по уходу за подопечным (ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов»);

2) ст. 5.4. в связи с неочевидностью судебного порядка помещения недееспособного в интернат; отсутствием судебного контроля за пребыванием недееспособного в ПНИ и невозможностью недееспособного добиться освобождения из ПНИ. Решения вопроса о дальнейшем содержании недееспособного лица в ПНИ и вопроса о возможности пересмотра решения суда о его недееспособности в соответствии со ст. 43 Закона о психиатрической помощи находятся в компетенции администрации этих учреждений. Отказ же от услуг таких учреждений недееспособных граждан, согласно ч. 3 ст. 15 Федерального закона производится по письменному заявлению их законных представителей и только в случае, если они обязуются обеспечить подопечным уход и необходимые условия проживания;

3) ст. 6 в связи с неурегулированностью в указанных законодательных актах, а также в ГПК РФ судебной процедуры рассмотрения дел о недобровольном помещении граждан, страдающих психическим расстройством, в стационарные учреждения социального обслуживания, что не обеспечивает право граждан на справедливое судебное разбирательство.

Нормы указанных законодательных актов не согласуются с Принципом 9 Рекомендации Комитета министров Совета Европы № R (99)4 «О принципах, касающихся правовой защиты недееспособных взрослых». Данный принцип предусматривает, что при назначении или осуществлении меры защиты недееспособному необходимо выяснить, насколько это возможно, его прошлые и настоящие желания и чувства, а также учитывать и уважать таковые. Российское законодательство не обязывает учитывать желание недееспособного гражданина при решении вопроса о его помещении в ПНИ притом, что помещение в такое учреждение почти всегда влечет за собой переход опекунских полномочий учреждению.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ГУЗ СО «ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 7»

Н.А. Багаутдинова (г. Нижний Тагил)

В нашем учреждении, помимо решения основных задач (обследование психического здоровья граждан, диагностика психических расстройств, лечение, уход, медико-социальная помощь и реабилитация лиц, страдающих психическими расстройствами), приоритетной является деятельность в сфере социально-правовой защиты пациентов.

Лицо, страдающее психическими расстройствами, как никакое другое, нуждается в правовой помощи. Утверждение федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011 гг.) и её подпрограммы «Психические расстройства» стимулировало нас к анализу существующих правовых механизмов в нашем учреждении, в результате чего был выстроен следующий алгоритм действий по защите прав потребителей психиатрических услуг:

1. В соответствии с приказом главного врача № 194 от 21.03.2007 года «О создании попечительского совета» в учреждении действует попечительский совет, задачами которого является защита прав и интересов пациентов, распоряжение их текущими доходами и имуществом в соответствии с Гражданским кодексом РФ, представление интересов подопечных в судах, в делах, связанных с защитой прав и охраняемых законом интересов подопечных, рассмотрение предложений, заявлений и жалоб граждан по вопросам опеки и попечительства, а также попечительства в форме патронажа и принятия по ним мер.

2. Управлением Пенсионного фонда на счет нашего учреждения перечисляется часть пенсии недееспособных пациентов, опекуном которых мы являемся, и расходуется в интересах подопечных.

3. В целях улучшения качества работы, повышения контроля за организацией помощи лицам, лишенным дееспособности, на основании приказа № 226 от 19.06.2008 года создана комиссия по

расходуванию денежных средств недееспособных лиц, назначены ответственные за снятие денежных средств с депозитных счетов и приобретение товаров, разработано положение о комиссии по контролю за расходованием денежных средств, утверждены и внедрены в работу новые формы отчетности «Заявка на приобретение товаров», «Акт передачи товаров», «Журнал протоколов заседаний комиссии».

4. В 2009 году проработан вопрос правовой защиты в области частной жизни пациентов: утверждено положение об обеспечении безопасности персональных данных пациентов, содержащихся в медицинской документации, назначены ответственные лица и определен круг лиц, имеющих право доступа к персональным данным пациентов.

5. Создана база данных о недееспособных пациентах, находящихся под диспансерным наблюдением, что позволяет в свою очередь решать вопросы дальнейшего жизнеустройства подопечных эффективно и в более короткие сроки. На пациентов, находящихся на длительном стационарном лечении, заведены личные дела.

6. Помощь в защите прав пациентов оказывают специалисты по социальной работе и социальные работники. Для пациентов и их родственников в учреждении ведет прием юрист-консульт. Правовое информирование родственников пациентов проводится на курсах «Школа психического здоровья» при учреждении, а для пациентов – в клубе «Жизнь».

Мы действуем по принципу «Владеешь информацией, вооружен знаниями, значит – избегаешь ошибок и можешь отстаивать свои права».

Обобщая вышеизложенное, считаем обязательным соблюдение правовых отношений при оказании медико-социальных услуг.

РАБОТА МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ БРИГАДЫ С РОДСТВЕННИКАМИ БОЛЬНЫХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

О. Н. Балакина (г. Иваново)

Исходя из практики работы в системе оказания психиатрической помощи населению, специалистами-психологами был сделан вывод о необходимости психологической помощи не только непосредственно психически больным людям, но и их родственникам. В обществе бытовало мнение о том, семья психически больного является одной из главных причин психического расстройства члена этой семьи, либо о том, что семья является источником психогений. Лишь недавно стали меняться взгляды на ту роль семьи, которую она играет в жизни душевнобольного родственника, на ее лечебно-оздоровительный потенциал. Стало очевидно, что людям, взявшим на себя заботу о душевнобольных, необходима помощь и консультация специалистов. Исходя из этого, стало возможным создание групп психокоррекционной помощи родственникам душевнобольных. Группы организовывались на основе учета нозологической принадлежности больного родственника и длительности срока заболевания. В формировании групп принимали участие врачи, психологи и социальные работники. Тематика занятий условно затрагивала три направления: профилактическое, эмоциональное и практическое.

Под профилактическим направлением подразумевается работа по ознакомлению с природой психических заболеваний, методов и возможностью их лечения. Это необходимо по следующим причинам: чтобы сформировать «щадящее», «компенсирующее», «корректирующее» отношение к больным, члены семьи должны очень хорошо представлять себе суть болезни и знать механизмы лечебного воздействия.

Следующее направление, так называемое «практическое», подразумевает работу по формированию необходимых практических навыков по уходу за больными в семье. Это – навыки эффективного общения, умения четко определить границы поведения пациен-

та (отделять дозволенное от недозволенного), техники применения поощрений и иных мер, умения установить тип аномального поведения. Для родственников специально раздаются памятки по нескольким направлениям. Например: рекомендации по взаимоотношениям с душевнобольным человеком, реагированию на поведение больного, страдающим бредом, советы о том, как справиться с гневом больного родственника и т.п. И, наконец, третье, и самое трудное направление – эмоциональное. Оно проходит курсивом через все занятия, но особо ярко проявляется на первом. Чувства членов семьи психически больного напряжены. Разочарования, страхи, раздражение, агрессия могут быть глубоко скрыты, и зачастую прорываться наружу в виде отчаяния, обиды, обвинений. Для разрешения этих проблем проводится глубокая психологическая проработка, объясняющая, что в ситуации, когда кто-то серьезно заболевает, эмоциональное состояние проходит несколько стадий. Первой реакцией на выявление психического расстройства, как правило, является отрицание диагноза. Снятие данного защитного барьера проходит довольно трудно. К тому же, вслед за отрицанием, могут последовать внешне обвиняющие тенденции, поиски того, кто виноват. Часто таким объектом становится врач-психиатр. Далее приходит чувство стыда, особенно если до факта возникновения болезни у родственника человек испытывал страх и ужас перед психическими заболеваниями. Стыд сменяется чувством вины, злостью; до этапа принятия болезни и адекватного приспособления доходят не все. Для этого требуется профессиональная помощь. В ходе работы с группой специалисты стараются помочь, но при этом не обещают ничего нереального, не уходят от трудностей, а создают позитивный настрой.

Существует немало семей, которые научились справляться с трудностями, установили терапевтически полезные отношения с больными. На групповых занятиях психологи, врачи, социальные работники позволяют увидеть возможность таких отношений в каждой семье, и на этой основе формируют у родственников самоуважение и веру в свои силы.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАБОТЫ «СТРАЖНЫХ» СТАЦИОНАРОВ СУДЕБНО- ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

А.В. Баранов (г. Тамбов)

Судебно-психиатрическая служба является неотъемлемой частью системы оказания психиатрической помощи и выполняет одну из основных задач в здравоохранении – профилактическую работу. Тесная связь с юридической практикой значительно расширяет нормативно-законодательную базу данной сферы деятельности. Произошедшие за последнее десятилетие изменения в правовом поле упорядочили и чётко определили на законодательном уровне различные аспекты проведения экспертиз. Принят Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», обновлены и утверждены подзаконные нормативно-правовые акты по судебно-психиатрической экспертизе. Однако, если правовое положение амбулаторных отделений и «бестражных» стационаров достаточно чётко регламентировано, то статус экспертных стационаров для лиц, находящихся под стражей и подэкспертных таких отделений, далек от идеала.

Наиболее актуальной, по-прежнему, остаётся проблема охраны «стражных» стационаров, которая в нашей области периодически обостряется. С 22.04.98 г. охрана подстражного отделения стационарной судебно-психиатрической экспертизы при Тамбовской психиатрической больнице осуществляется силами конвойной службы при УВД Тамбовской области. Попытки снятия охраны УВД приводят к ежегодной дезорганизации работы стационара, что неизбежно сказывается на показателях деятельности. Несмотря на постоянные упоминания существования данной проблемы, до сих пор нет чётких законных оснований, позволяющих возложить охрану на ФСИН. Ст. 33 ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» к сожалению, «не работает». Соответствующий проект закона ещё не согласован и не принят. Нет утверждённого приказом министерства «по-

ложения об организации работы судебно-психиатрического экспертного стационара для лиц, содержащихся под стражей». Соответственно, законодательно не установлен и порядок (в виде чётких инструкций) взаимодействия лиц, осуществляющих охрану с медицинскими работниками, и на местах он определяется только внутренними положениями и инструкциями, разрабатываемыми каждым учреждением с согласованием на местном уровне ведомства, осуществляющего охрану.

В практической деятельности «стражных» стационаров вызывают вопросы и положения ст. 34 закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации». Поскольку в этой статье чётко указано, что материально-бытовое и медико-санитарное обеспечение лиц, помещённых в судебно-психиатрические экспертные стационары, осуществляется по нормам и правилам, установленных для психиатрических стационаров законодательством РФ о здравоохранении. В ст. 33 данного закона прямо указывается, что на лиц, содержащихся под стражей, помещённых в судебно-психиатрические экспертные стационары, распространяются нормы УПК и Федерального закона «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений», без каких-либо ограничений, кроме материальной ответственности лиц с явными признаками тяжёлого психического расстройства. Законодательство здравоохранения и нормы данного закона в части материально-бытового обеспечения не идентичны (а это бытовые и режимные требования, требования техники безопасности, нормы питания, перечень разрешённых и запрещённых к хранению предметов). Это несоответствие приводит к недовольству подэкспертных, которые, зная о своих правах по своему статусу обвиняемого заключённого под стражу, требуют условий идентичных следственным изоляторам, и, по всей видимости, такая ситуация складывается не только на нашей территории. Необходимы правила внутреннего распорядка для «стражных» стационаров по аналогии существующих для ИВС и СИЗО, так же чётко прописывающие все практические аспекты содержания подэкспертных, как это подразумевает закон для подозреваемых и обвиняемых содержащихся

в СИЗО, но адаптированные с условиями психиатрических стационаров.

Следующей, не менее значимой, проблемой является отсутствие единых требований к проектированию «стражных» стационаров. В Приказе Минздравмедпрома РФ от 11 апреля 1995 г. № 92 «Об утверждении правил «Больницы психиатрические. Правила устройства, эксплуатации и охраны труда» п. 10 только лаконично определяет, что отделение для проведения судебно-психиатрических экспертиз лицам, содержащимся под стражей, оборудуется таким образом, чтобы исключить несанкционированный доступ в него посторонних лиц, а также исключить побег из него. Но этот вопрос должен быть, к тому же, и согласованным, поскольку ведомство, осуществляющее охрану, как правило, предъявляет свои дополнительные требования по укреплённости отделения, и, если это будет система ФСИН, то такие требования неизбежны, что повлечёт потребность в реконструкции уже существующих отделений (поэтому следует учесть и дополнительное финансирование психиатрических стационаров на эти цели).

Нет сомнений, что вопрос об охране «стражных» стационаров в итоге будет решён окончательно, и это повлечёт за собой принятие целого комплекса подзаконных нормативно-правовых актов, которые должны устранить имеющиеся пробелы, что упорядочит организационную сторону проведения данного вида экспертиз в РФ, и выведет «стражные» отделения из положения «вне закона».

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ В ДИАДАХ С НАРУШЕННОЙ ПРИВЯЗАННОСТЬЮ

М.К. Бардышевская, О.М. Дерябина (г. Москва)

Исследование посвящено проблемам разработки междисциплинарного психолого-психиатрического подхода к оценке и терапии нарушенного материнского поведения у матерей дошкольников, которые, начиная с раннего возраста, неоднократно госпитализируются в психиатрическую больницу.

В цикле исследований, проводимых кафедрой нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ на базе острого дошкольного отделения детской психиатрической больницы № 6 г. Москвы, показано, что одним из ведущих факторов психической дезадаптации детей со смешанными расстройствами (аффективными расстройствами и расстройствами аутистического спектра) является нарушенная привязанность с матерью.

Использовался метод лонгитюдного этологического наблюдения за взаимодействием матери и ребенка во время свиданий и метод уровневой оценки эмоциональной регуляции ребенка (Бардышевская М.К., Лебединский, 2003). Показано, что в 70 процентах случаев материнское поведение нарушено сильнее, чем поведение привязанности ребенка к матери (учитывался репертуар поведения привязанности, согласованность поведения, интенсивность отдельных реакций, характер и последовательность восстановления нарушенной привязанности в условиях психотерапии, особенности формирования замещающей привязанности к персоналу в условиях госпитализации).

Установлено, что срывы эмоциональной регуляции в виде психосоматических кризов, аффективных вспышек, импульсивной агрессии у детей и матерей происходят именно во время общения ребенка с матерью (во время свиданий и отпусков), причем нередко у матерей кризисные явления выражены более отчетливо, чем у детей. В период пребывания в больнице без матерей у детей с ведущими аффективными расстройствами отмечается постепенная ста-

билизация настроения, у детей с преобладанием расстройств аутистического спектра улучшается контакт с детьми и взрослыми. В больнице дети используют более зрелые формы эмоциональной регуляции, чем в домашних условиях. В описаниях матери поведение ребенка чаще значительно более нарушено, чем по данным объективного анализа. Диспропорция между дезорганизованным или даже разрушенным материнским поведением и менее сильно нарушенным, но все же конфликтным поведением привязанности у ребенка по отношению к матери, была особенно выраженной в диадах с мутичными детьми. В таких диадах ребенок нередко является объектом реализации нарушенных влечений матери.

В настоящее время нет правовых оснований и общепринятого стандарта обязательного привлечения к клинко-психологическому обследованию и психокоррекционной работе матерей детей с нарушенной привязанностью. Процедура совместного обследования представляется наиболее важной для диад с детьми дошкольного возраста, которые неоднократно госпитализируются в психиатрическую больницу, начиная с 3 лет (минимальный возраст, при котором разрешена госпитализация). В настоящее время мать вправе отказаться от участия в обследовании даже в том случае, когда нарушенное материнское поведение играет ключевую роль в патогенезе заболевания ребенка. В диадах с наиболее выраженными вариантами дезорганизованной привязанности, если они диагностированы психологом, мать, как правило, отказывается от участия в психокоррекционной работе и либо прерывает госпитализацию ребенка, либо, напротив, максимально продлевает сроки его пребывания в клинике.

Особого рассмотрения требует вопрос социально-правового обеспечения дальнейшей социально-психологической реабилитации этих детей. В некоторых случаях необходима специальная работа с матерями по изменению установки на получение и сохранение статуса инвалидности ребенка.

ОБЩЕСТВЕННЫЕ МИФЫ В ПСИХИАТРИИ

А.Я. Басова (г. Москва)

В общественном сознании представители помогающих профессий (врачи, учителя, священники и др.) окружены множеством культурных мифов или коллективных представлений. Подобные мифы имеют свою светлую и темную составляющую. Причем, если светлая сторона основывается как на личном, так и на коллективном опыте, и сугубо индивидуальна, то темная – опирается преимущественно на косвенные источники: рассказы знакомых, публикации в средствах массовой информации и т.д. К одной из наиболее мифологизированных областей относится вся сфера душевных болезней и, в частности, образы врача-психиатра и душевнобольного. Последний воспринимается, прежде всего, как «иной», «чужой», как носитель неких сакральных истин и безумный пророк, либо как чудак, противоречащий нормам и правилам своей социальной группы. А образ врача-психиатра нередко откровенно демонизируется. При этом в глазах людей, «верующих» в могущество психиатрии, врач-психиатр предстает мрачной фигурой, наделенной едва ли не сверхъестественной властью над человеческой душой, способный вмешиваться без согласия человека в его мысли, произвольно навязывая те или иные действия. Отрицание этого образа приводит к другой крайности – врачу-шарлатану, вымогающему у больного деньги или действующему по указке начальства. Подобные мифы характерны для всей западной цивилизации. Однако, в современной России заметно преобладание негативной составляющей мифов. Мифологические представления в Европе и США складывались на фоне непрерывной, ничем не нарушенной традиции обращения за помощью к врачу-психиатру, а позднее к психоаналитику или психотерапевту, когда психическое расстройство не только не стигматизирует больного, но наоборот подчеркивает его исключительность, иной взгляд на действительность, творческую одаренность. В России же, в глазах большинства ее граждан, душевная болезнь – это стигма, которая ложится несмываемым пятном не только на самого больного, но и на всю его

семью. Психическое расстройство и сам факт обращения к врачу тщательно скрываются. Причем больной нередко не критичен к своему состоянию, считает себя здоровым, но пострадавшим из-за чьих-либо происков, и часто он винит во всем врачей. Подобные болезненные переживания могут выглядеть достаточно правдоподобно и отражаться в средствах массовой информации, заметно влияя на общественное мнение, формируя антипсихиатрический негативный образ психиатра в сознании людей.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ СУДЕБНО - ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ В РАМКАХ ГРАЖДАНСКОГО СУДОПРОИЗВОДСТВА ПО СЕМЕЙНЫМ ДЕЛАМ

М.Л. Белоусова, Н.Н. Васяткина (г. Рязань)

Не секрет, что Россия занимает одно из первых мест в мире по количеству разводов, а вместе с тем увеличивается и число детей, воспитывающихся в неполных семьях, и это при том, что семья должна удовлетворять потребности ребенка, выражающиеся в симбиозе, любви, симпатии, воспитании, в противном случае, недостаток всего вышеперечисленного приведет к социальной дезадаптации ребенка.

За все время существования ЦСПЭ лишь в последние 3 года мы столкнулись с гражданскими делами об определении порядка встреч, общения, места жительства родителей и детей с привлечением врачей судебно-психиатрических экспертов в качестве участников процесса. Данные прецеденты поставили целый ряд новых этических, правовых, психологических вопросов, решение которых необходимо как для самой психиатрии, так и для ее укрепления в обществе в целом.

Нами проанализировано 6 случаев (100%) подобных гражданских дел (2007 год- 1 дело, 2008- 3, первое полугодие 2009- 2). Было проведено 14 комплексных психолого- психиатрических экспертиз родителей и их детей как индивидуально, так и в процессе взаимо-

действия друг с другом. Возраст детей - от 3 до 10 лет. Было установлено, что 6 детей (100%) (5 мальчиков и 1 девочка) проживают с матерью; 4 детей не желают по тем или иным причинам общаться с отцом, из них 75% называют «отцом» своего отчима, а биологического отца воспринимают как постороннего человека; остальные двое детей нуждаются в общении с обоими родителями, воспринимая их как свою семью. Психологические тесты выявили отсутствие активной провокации со стороны матери и ее близких к негативному отношению к отцу. Из 6 детей психически здоровыми были признаны лишь двое, остальные обнаруживали психогенное (эмоционально-неустойчивое) развитие личности в детском возрасте (F 93.9 по МКБ- 10), а также смешанное расстройство развития речи (F 80 по МКБ- 10). В одном случае заболевание ребенка имеет четкую причинно-следственную связь со сложной семейной ситуацией.

Что касается родителей детей, то 50% матерей (бывших жен) повторно вышли замуж; 100% отцов (бывших мужей) не состояли и не состоят в повторных браках. Истцом по делу об определении места жительства и времени общения ребенка с родителями в 5 случаях из 6 выступали мужчины, причем у 50% мужчин были выявлены такие черты характера как излишняя самоуверенность, настойчивость, агрессивность. Все родители были признаны психически здоровыми. В ходе проведения экспертизы были соблюдены все юридические тонкости. Были получены следующие результаты: ни в одном из представленных случаев не было рекомендовано оградить ребенка от общения с матерью, в 50% случаях рекомендовано общение ребенка с обоими родителями, с возможными коррекционными занятиями со всей семьей, в 50% случаях было рекомендовано оградить ребенка от общения с отцом. Принятое решение нами было принято в целях сохранения психического здоровья ребенка, не достигшего 10-летнего возраста и не способного принимать самостоятельного решения.

ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЙ БАЗЫ В АСПЕКТЕ НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР И НЕДОБРОВОЛЬНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

*А.Ю. Березанцев, Н.С. Ангелова-Барболова
(г. Москва, Россия, г. Русе, Болгария)*

В январе 2005г. в Хельсинки состоялась Европейская конференция ВОЗ на уровне министров по охране психического здоровья. На конференции были подписаны и приняты от имени министров здравоохранения 52 государств – членов Европейского региона ВОЗ Европейская декларация по охране психического здоровья и Европейский план действий по охране психического здоровья. Во время конференции выяснилось, что согласно экспертным оценкам из 870 млн. человек, проживающих в Европейском регионе, около 100 млн. испытывают состояние тревоги и депрессии; свыше 21 млн. страдают от расстройств, связанных с употреблением алкоголя; свыше 7 млн. страдают болезнью Альцгеймера и другими видами деменции; около 4 млн. – шизофренией; 4 млн. – биполярным аффективным расстройством и 4 млн. – паническими расстройствами. Психические расстройства оказывают значительное влияние на такой показатель, как годы жизни, утраченные в связи с болезнью и преждевременной смертью (DALYs) – на их долю приходится 19,5% всех лет жизни, утраченных в результате инвалидности, а на долю депрессии – 6,2% всех DALYs. Пять из пятнадцати важнейших факторов, оказывающих влияние на бремя болезней, приходится на долю психических расстройств. Помимо явного страдания от психических заболеваний, существует еще и невидимое бремя в виде отрицательного восприятия обществом, стигматизации и дискриминации лиц с психическими расстройствами.

Законодательство в области охраны психического здоровья является важным инструментом, гарантирующим адекватное и сво-

временное лечение и уход, защиту прав лиц, страдающих психическими расстройствами, способствует повышению уровня информированности и просвещения как среди пациентов и их родственников, так и всех членов общества. Существуют различные подходы к законодательству в области охраны психического здоровья. В одних странах не существует специальных законов в данной сфере, а положения, связанные с защитой психического здоровья населения, прописаны в других законодательных актах. В то же время есть страны, обладающие консолидированным законодательством в области психического здоровья, где все аспекты, относящиеся к оказанию помощи и предоставлению услуг в области психического здоровья, зафиксированы в одном законе. Оба подхода имеют как преимущества, так и недостатки. Специальное законодательство легче исполнять и принимать; при этом нет необходимости внесения многочисленных поправок в уже существующие законы. Процесс разработки, принятия и применения такого законодательства представляет хорошую возможность для привлечения внимания общественности к проблемам охраны психического здоровья и проведения просветительских мероприятий по вопросам прав человека, дискриминации и стигматизации (происхождение термина «стигматизация» связано со словом «стигма», которым в Древней Греции называли клеймо на теле преступника или раба). Тем не менее, отдельное законодательство акцентирует внимание на обособленности служб психического здоровья и лиц с психическими расстройствами; следовательно, потенциально оно может привести к усилению негативного отношения и предвзятости в отношении подобных лиц. Включение положений, относящихся к сфере психического здоровья, в различные отрасли права позволяет уменьшить стигматизацию и повысить степень интеграции лиц с психическими расстройствами в общество. Помимо этого, поскольку данные положения являются частью законодательства, защищающего интересы широких слоев населения, существует больше шансов на принятие подобного законодательства вместе с положениями, относящимися к оказанию помощи лицам с психическими расстройствами. Один из основных недостатков подобного законодательства состоит в сложности охвата всех аспектов, относя-

щихся к лицам с психическими расстройствами. Процедурные положения, направленные на защиту прав этих лиц, могут быть достаточно подробными и сложными, чтобы найти полное отражение в законодательстве, не являющимся специальным законом в области охраны психического здоровья. Кроме этого, принятие такого законодательства требует больше времени, так как необходимо принять много различных поправок к существующим законам. Нет никаких веских доказательств, подчеркивающих преимущества одного метода над другим. Комбинированный подход, заключающийся во включении вопросов оказания психиатрической помощи в уже существующие законодательные акты при одновременном принятии специального законодательства в области психического здоровья, наиболее оптимально сможет удовлетворить потребности лиц, страдающих психическими расстройствами.

Недобровольная госпитализация и лечение в психиатрическом учреждении продолжают оставаться спорными вопросами в области охраны психического здоровья, так как, с одной стороны, они посягают на личную свободу, право выбора и таят в себе опасность нарушения прав человека по политическим, социальным и другим причинам. С другой стороны, недобровольная госпитализация и лечение способны предотвратить причинение вреда здоровью самого пациента и других людей, а также помочь больному осуществить свое право на здоровье, которое, в силу его психического расстройства, он не может сделать самостоятельно. Законодательство в области психического здоровья должно обеспечивать баланс между правами отдельного человека и защитой общества в тех случаях, когда лица представляют потенциальную опасность для других людей вследствие наличия у них психических заболеваний.

В государствах – членах Европейского союза законодательство в области психического здоровья должно содержать гарантии против неоправданной недобровольной госпитализации, которые базируются на трех принципах, сформулированных Европейским судом по правам человека:

- психическое расстройство устанавливается независимой медицинской экспертизой;

- для ограничения свободы психическое расстройство должно быть определенного вида и степени тяжести;
- для продления подобного ограничения свободы необходимо представить доказательства того, что психическое расстройство по-прежнему имеет место (Wachenfeld, 1992).

В то же время в большинстве международно-правовых пактов признается необходимость ограничения прав человека в определенных случаях, а в сфере охраны психического здоровья оговариваются исключения из правил, при которых применение подобных ограничений является необходимым. Здесь мы приводим Сиракузские принципы (2003г.) толкования ограничений и отступлений от положений Международного пакта о гражданских и политических правах. Сиракузские принципы устанавливают критерии, которые необходимо соблюдать при ограничении прав личности. Важно, чтобы любое ограничение прав соответствовало каждому из шести критериев: 1. Ограничение предусмотрено и осуществляется в соответствии с законом. 2. Ограничение налагается в общих законных интересах. 3. Ограничение является строго необходимым для достижения определенной цели в демократическом обществе. 4. Ограничение является необходимым для удовлетворения потребностей здравоохранения. 5. Ограничение должно быть соразмерно достижению общественной цели, когда менее инвазивные и ограничительные средства для достижения той же социальной цели отсутствуют. 6. Ограничение не готовится или не налагается произвольно, то есть необоснованным или иным дискриминирующим образом. Ограничения должны быть лимитированы по времени, а лицо, на которое налагаются данные ограничения, должно иметь право на их периодический пересмотр.

В настоящее время в некоторых странах Евросоюза активно привлекаются к защите прав пациентов с психическими расстройствами и подготовке законодательных актов в области психиатрии различные неправительственные организации – ассоциации пользователей психиатрической помощи (пациентов и их родственников), а также международные и национальные правозащитные организации (например «Хельсинский комитет по защите прав человека», «Женевская инициатива в психиатрии», «Международная ам-

нистия» и другие). В то же время некоторые инициативы, исходящие от данных неправительственных организаций носят дискуссионный характер. Так, например, предлагается для решения о недобровольной госпитализации привлекать второго независимого специалиста-психиатра по усмотрению госпитализируемого пациента и его родственников. При этом данный специалист не должен быть лечащим врачом-психиатром данного пациента и не должен работать в психиатрических учреждениях, имеющих отношение к данной недобровольной госпитализации или представлять негосударственные учреждения. В частности, от ассоциаций пользователей психиатрической помощи в некоторых странах Евросоюза поступают предложения о недопустимости применения пролонгированных инъекционных форм психотропных средств при оказании неотложной психиатрической помощи без информированного согласия самого пациента. Поступают также предложения о разделении вопросов собственно недобровольной госпитализации и недобровольного медикаментозного психиатрического лечения, которые предлагается оформлять отдельными судебными решениями. Таким образом, хотя независимый контроль при оказании психиатрической помощи и является необходимым в демократическом обществе, многие вопросы остаются дискуссионными и нуждаются в обсуждении и конкретизации.

Таким образом, законодательная база оказания психиатрической помощи, в том числе недобровольной госпитализации, применения принудительных мер медицинского характера находятся в процессе своего развития и совершенствования в соответствии с принципами соблюдения прав человека и ценностями демократического общества, а защита прав пациентов является приоритетом в совершенствовании законодательства в области здравоохранения. Данный приоритет декларирован европейским бюро ВОЗ и направлен на дестигматизацию и защиту от дискриминации пациентов с психическими расстройствами и их семей.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ ОГУЗ «АНГАРСКАЯ ОБЛАСТНАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

Т.Г. Бичевина (г. Ангарск, Иркутская область)

Главная цель профессиональной деятельности сотрудников кабинета медицинской профилактики – помочь людям:

– в их креативном приспособлении в этом быстро меняющемся мире;

– в поисках своего пути среди множества других;

– в их стремлении к психическому и социальному здоровью.

Для достижения данной цели в детских садах, школах, средних и высших учебных заведениях, на предприятиях города постоянно проводятся лекции, семинары, беседы, консультации, участники которых могут высказывать свои сомнения, мысли, идеи по различным психологическим вопросам; вступать в открытый разговор с ведущими – сотрудниками кабинета.

Содержательность, доступность и достоверность диалога придадут мероприятиям популярность среди населения Ангарска.

В тренингах сензитивности, креативности, Гештальт тренингах др., проводимых три раза в месяц, актуализируется и приветствуется право каждого участника на различие и специфичность личностного развития.

Еженедельно в течение года в газетах «Подобности», «Ангарские ведомости» печатаются материалы психологической направленности, где можно прочитать о сложностях общения между людьми и вариантах решения возникающих проблем, о том, как меньше злиться и обижаться и о многом другом полезном для каждого.

По субботам на ангарском радио «Новый день» выходит передача «Откровенный разговор» (беседы с психологом). Где медицинские психологи, являясь соведущими передачи, освещают проблемы общения, морали, нравственности, жизни в согласии с собой и другими.

Всё, что проводится работниками кабинета медицинской профилактики, направлено на укрепление психического здоровья жителей Ангарска.

К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНОСТИ СТАЦИОНИРОВАНИЯ В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ БОЛЬНЫХ С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ И НЕРВНОЙ БУЛИМИЕЙ

А. Е. Брюхин, Н. К. Абдраева (г. Москва)

Больные с нервной анорексией (НА) и нервной булимией (НБ) чаще оказываются под наблюдением психиатров не на инициальных стадиях заболевания, а при развитии вследствие патологического пищевого поведения выраженных вторичных сомато-эндокринных нарушений (кахексия, кардиомиодистрофия, спланхноптоз, гипотензия, аменорея). Длительное время они наблюдаются у врачей-интернистов. Это обусловлено как выраженной склонностью больных НА и НБ к диссимуляции истинных мотивов похудения, часто не критичностью к психическим и соматическим проявлениям болезни, так и недостаточной осведомленностью врачей и населения о клинических проявлениях заболевания. Инициаторами обращения за специализированной психиатрической помощью в большинстве случаев являются родственники пациентов. Лишь при НБ у пациенток молодого и зрелого возраста имеется более критическое отношение к своему психическому состоянию, патологическому пищевому поведению и сомато-эндокринным расстройствам, что обуславливает их самостоятельное обращение к врачам-психиатрам. По разработанным на кафедре психиатрии и медицинской психологии Российского Университета Дружбы Народов критериям, большинство пациенток может получать квалифицированную помощь в амбулаторных условиях при наличии у них: неглубокой степени истощения; нетяжелых соматических проявлений болезни; частичной или полной критики к своему состоянию; готовности пациентов и их родственников к строгому выполнению назначенных рекомендаций. По нашим данным, в 40% случаев требуется стационарное лечение, которое должно проводиться в отделениях с усиленным надзором, в связи с наличием у больных как тяжелого психического состояния, в том числе грубого патологического пищевого поведения, так и соматических нарушений. Большинство исследователей относят НА и НБ к кру-

гу либо пограничных расстройств, либо к вариантам психосоматических заболеваний, что не позволяет считать психотическим уровень психической патологии. Вместе с тем, полиморфизм психической симптоматики при НА и НБ в виде аффективных нарушений, сверхценных образований, суицидальных тенденций, личностных расстройств, не критичность к степени истощения и выраженному патологическому пищевому поведению с отказом от приема пищи, злоупотреблением мочегонными и слабительными препаратами, вызыванию искусственных рвот позволяет, при необходимости, положительно решать вопрос о недобровольном стационарировании больных в психиатрический стационар в соответствии с п. «а», «в» ст. 29 Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Интересно отметить, что сравнительно через небольшой срок от момента госпитализации (10-14 дней) большинство больных с НА и НБ, стационарированных в недобровольном порядке, высказывают согласие на добровольное продолжение лечения в условиях отделения с надзором. Подобная динамика отношения к стационарированию в ПБ наблюдалась только при наличии в отделении других больных с НА и НБ. Это, по видимому, обусловлено повышенной внушаемостью пациентов с НА и НБ, часто выявляемой их инфантильностью, перфекционистскими установками, что позволяет использовать вышеуказанные личностные особенности в индивидуальной и групповой психокоррекционной и психотерапевтической работе и достигать оптимальных показателей лечебно-реабилитационного процесса. Учитывая высокий уровень летальности и тяжелых соматических осложнений при НА и НБ, решающими для достижения медицинской и социально-трудовой реадaptации этих больных являются: ранняя своевременная диагностика тяжести состояния; адекватное этому решение вопросов о методах, видах и формах оказания квалифицированной помощи, в том числе и своевременное решение вопроса о неотложной психиатрической помощи, включая необходимость стационарирования в недобровольном порядке.

МИГРАНТЫ В БОЛЬНИЦЕ – МЕЖДУ ДВУМЯ ЗАКОНАМИ

М.А. Бурдуковский, Л.В. Елисеенко (г. Санкт-Петербург)

В повседневной практике психиатрам приходится довольно часто использовать статью 9 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», равно как и статью 61 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан». На эти статьи нередко ссылаются психиатры в целях защиты от давления самозванных адвокатов больных или правозащитников, якобы защищающих права больных, но на самом деле зачастую преследующих свои личные интересы.

Эти же статьи защищают душевнобольных при самых разнообразных вариантах вмешательства в их жизнь со стороны друзей, знакомых и даже самых близких людей.

При этом конкретных мер наказания за разглашение врачебной тайны в законе не прописано. Формулировка возможного наказания: «... от дисциплинарной до административной и даже уголовной ответственности» - скорее носит виртуальный характер, что вполне понятно. Наказание последует только ввиду реального ущерба больному вследствие нарушения врачебной тайны.

Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» готовился и принимался в переломное для нашей страны время. Прошел всего год после образования СНГ и в ближайшем будущем перемены в нашем обществе оказались более чем значительны.

Эпизодические «выбросы» вынужденных переселенцев из «горячих точек» постепенно переросли в миграционные потоки.

Указом Президента РФ от 19.07.2004 года № 928 утверждено Положение о Федеральной Миграционной службе. 18 июля 2006 года был принят Федеральный закон Российской Федерации № 109-ФЗ «О миграционном учете иностранных граждан и лиц без гражданства в Российской Федерации», который заложил предпосылки глубоких противоречий с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». В соответ-

ствии со статьей 20 пунктом 2 данного Закона миграционному учету подлежали также и пациенты больниц, наравне с проживающими в гостиницах и проч. Противоречие не бросалось в глаза, так как сам Закон по-существу не действовал. И только после принятия Постановления Правительства РФ № 9 от 15.01.2007г. «Об утверждении Правил осуществления миграционного учета иностранных граждан и лиц без гражданства в Российской Федерации» были установлены конкретные правила исполнения данного Закона. И теперь каждый руководитель психиатрической больницы обязан, невзирая на волю пациента, без разрешения суда в течение 24 часов информировать миграционную службу о факте помещения и пребывания больного в психиатрическом стационаре, заполняя «Уведомление о прибытии иностранного гражданина», документ, не относящийся к категории «ДСП».

Постановление Правительства РФ было опубликовано в «Российской газете» от 27 января 2007 г. № 17. До сих пор данный документ не прошел регистрацию в Министерстве юстиции РФ. Однако в соответствии с ним полным ходом проводятся проверки рынков, гостиниц, промышленных предприятий, больниц, в том числе и психиатрических.

Налицо серьезное противоречие между двумя федеральными законами или, как выражаются юристы, - «вилка в законодательстве». Но за этим игривым выражением, за этой «вилкой» стоят руководители психиатрических больниц, которые каждый день должны решать для себя:

– оформлять без воли и согласия больного, без решения суда - «Уведомление о прибытии иностранного гражданина», при этом нарушая Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», рискуя получить дисциплинарное наказание явно виртуального характера.

– не оформлять «Уведомление о прибытии...» пока сам больной не выразит свою волю и согласие на разглашение сведений о факте своего помещения и пребывания в психиатрическом стационаре, при этом нарушая п.44 постановления Правительства РФ. Но в таком случае руководитель учреждения совершает должностное правонарушение и как должностное юридическое лицо в со-

ответствии со ст. 18.9 КоАП в ч.4 будет оштрафован на сумму от 400 до 500 тысяч рублей. Легко догадаться, что вслед за выплатой больницы штрафа на эту сумму, руководитель неминуемо получит дисциплинарное, и далеко не виртуальное, наказание от руководящих им органов.

Ситуация, с которой столкнулись в частности больницы г. Санкт-Петербурга после проверок УФМС, неразрешимая. Вернее, решать ее должны как можно скорее законодатели. Но света в данном «законодательном туннеле» пока нет и не предвидится.

Таким образом, каждому главному врачу больницы при появлении в его учреждении лиц, не имеющих Российского гражданства, суждено сегодня делать свой собственный выбор: исполнять Закон РФ «О психиатрической помощи ...», воздерживаясь от исполнения миграционного законодательства, но при этом быть готовым к долгой череде судебных разбирательств с совершенно неясным концом, или, понимая свою незащищенность, отложить Закон «О психиатрической помощи...» в сторону и выполнять Постановление Правительства РФ.

ПСИХИАТРИЯ КАК ГУМАНИСТИЧЕСКАЯ И ГУМАНИТАРНАЯ НАУКА

Б.А. Воскресенский (г. Москва)

Психиатрия среди всех медицинских дисциплин занимает особое место. Она «...вводит врача в мир, лежащий по ту сторону знакомых ему дисциплин, основой его образования служат главным образом химия, физика и физиология, психиатрия же предполагает совершенно другую основу. Вот почему психиатрия, практикуемая врачами без гуманитарной подготовки, не производит впечатление полноценной, систематически разработанной научной дисциплины» (К. Ясперс).

Действительно, психиатрию нередко обвиняют в том, что она покушается на самое сокровенное в человеке, на его психическую, личностную индивидуальность, то объявляет болезнью талант,

альтруизм, служение идеям и идеалам, то отказывает в своем диагнозе закоренелому преступнику. Варианты могут меняться местами, проблема остается. Наверное, поэтому в дореволюционной отечественной публицистике находим упоминание о «естественной ненависти к психиатрам».

С другой стороны, в наши дни происходит «психиатризация» массового сознания. Психическая патология становится полноправным компонентом культуры, чуть ли не достоинством личности. Как пример упомянем книги В.П.Руднева и среди них - «Тайну курочки рябы, безумие и успех в культуре», «Диалог с безумием», романы В.О. Пелевина, а в поэзии – «Горбунова и Горчакова» (И. Бродский). Впрочем, сама тема звучит в русской культуре с давних пор. Последуем лишь за общеизвестными названиями: «Горе от ума», «Идиот», «Записки сумасшедшего» Н.В. Гоголя и Л.Н. Толстого, «Сумасшедший» А.Н. Апухтина, «Психопаты» А.П. Чехова. Но все это – в отличие от современности было пронизано страданием – «Не дай мне Бог сойти с ума...».

Очертить пределы компетенции психиатра позволяет трихотомическая концепция личности - дух-душа-тело (Мелехов Д.Е., 1991; Воскресенский Б.А., 1990-2008). Дух – это то, что человек ставит выше себя, ради чего он живет. Душа, душевные процессы – это «органы», инструменты психической деятельности – ощущения, восприятия, мышление, эмоции, воля и т.д. психические болезни – это, прежде всего, искажение, разрушение именно душевных процессов. Духовные и телесные изменения при них вторичны. Тело – область соматической медицины. Разграничение «дух» и «душа» позволяет мудро и сострадательно ответить на вопросы о соотношении «гениальности и помешательства», «преступности и психических аномалий», религиозной веры и душевной болезни, о норме психического здоровья и дестигматизации. Душевнобольной заслуживает человеческого к себе отношения потому, что он человек, а не из-за того, что он болен. За болезнь он вправе рассчитывать на сострадание и прощение, что не означает огульного попустительства. Дестигматизация заключается не в замене «шизофрении», «психопатии», «психической болезни» эвфемизмами (что, конечно же, во многих конкретных случаях бывает необходимо

для установления контакта с больным), а в утверждении того, что и для самого больного, и для его семьи, и для общества важны не эти слова-оценки, а его духовный мир, его взаимоотношения, его человеческая созидательная (в самом широком смысле) активность. Диагнозы – говорим мы больному – лишь профессиональные термины, большинству из которых всего лишь сто лет (имеется в виду современный нозологический лексикон). Главное, продолжаем мы, в том, что вас тяготят навязчивые переживания, страхи, «голоса», «депрессия», давайте разбираться с ними.

Клиническая психиатрия – это исследование переживаний больного, в первую очередь болезненных переживаний. В ходе этого процесса психикой врача познается психика больного. Это и есть клинко-феноменологический метод в нашем понимании. Он обретает обоснование (Воскресенский Б.А., 2002) в концепции «естественного семантического метаязыка» (Вежбицкой А., 2001). Межъязыковые исследования, проведенные ею и ее последователями в разных странах и на разных континентах, выявили около 60 слов – «универсальных человеческих понятий, ...которые могут выполнять функцию самоочевидных элементарных концептов». В контексте наших размышлений особое значение в этом перечне приобретают глаголы - думать, знать, хотеть, чувствовать, видеть, слышать, делать, двигаться и ряд других слов. До этих неразложимых далее понятий, а нам уместно сказать – психических процессов – психиатр низводит самые невероятные описания, изощренные сопоставления, излагаемые больным в ходе беседы с врачом.

Психические болезни вневременны по своей сути, но понимание их изменчиво. Универсальной «нормы человека» не существует. Психиатрическая норма психического здоровья – это отсутствие болезни, нарушений в душевных процессах. Адаптация и личностная гармония социальны, культуральны, относительны. Духовный смысл жизни больного, правовые, нравственные, этно-культуральные оценки не идентичны врачебным критериям душевных – болезненных изменений. По этому поводу, применительно к судебно-психиатрической экспертизе находим в публикации 1903 года: «Необходимо, чтобы судья, присяжный заседатель или защитник отдавали себе ясный отчет о пределах своих знаний и своего разу-

меня....для того, чтобы понять значение психического эквивалента эпилепсии, требуются, не хочу сказать большия, но *другие* познания, *другая* подготовка, а именно способность мыслить психиатрически» (Молль А., с. 317, выделено автором, его же орфография), то есть, продолжим мы, выявлять и, увы, прогнозировать те или иные варианты оскудения, распада психических (душевных) процессов. Она трагична. Поэтому представляется правомерным определить миссию специалиста по душевным болезням как крест психиатра. Поддержкой и для врача, и для больного, и для общества может служить утверждение духовной свободы человека. «...И только верой в воскресенье / Какой-то указатель дан» (Пастернак Б.).

Психиатрия – гуманистическая наука по отношению к больному, гуманитарная – по своему положению в обществе. Отсюда с неизбежностью следует – каково общество, таково и его отношение к психиатрии.

ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ НЕГАТИВНОГО ОТНОШЕНИЯ К ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ

А.В. Голенков (г. Чебоксары)

Многие психически больные, как, впрочем, и население в целом, не знают, что такое электросудорожная терапия (ЭСТ). Среди тех, кто знает, преобладает резко негативное отношение к данному методу лечения. Между тем, выгоды от процедуры ЭСТ для больного, назначенной по четко обоснованным показаниям, очевиден, а риск минимален, существенно ниже такового от психофармакотерапии. А.И. Нельсон (2005) в своем руководстве описывает наиболее распространенные мифы: «ЭСТ вызывает органическое повреждение мозга», «Вследствие ЭСТ у пациентов развивается эпилепсия или слабоумие», «ЭСТ является запрещенным методом», «Врачи не применяют ЭСТ себе и своим родственникам», «ЭСТ служит для наказания людей и является репрессивным методом, дающим психиатрам изуверское орудие для борьбы с инакомыслящими». На распространение мифов работают средства массо-

вой информации, общественное мнение, кинематограф, художественная литература, слухи и пр.

Определенную роль играет негативное отношение к ЭСТ врачей-психиатров и медсестер психиатрических учреждений. Видели процедуру ЭСТ 66% врачей Чувашии (назначали своим больным – 34%) и 57% медсестер. Больше половины (51,5%) всех опрошенных считали ЭСТ опасной процедурой, чреватой смертельным исходом (51%), вызывающей повреждение мозга (55%), поэтому были склонны использовать ее в крайних случаях (59,5%). Только около половины (48,0%) согласились на проведение ЭСТ родственнику, страдающему тяжелой (психотической) депрессией (Голенков А.В., 2009).

Большинством психически больных ЭСТ оценивается отрицательно. Однако те, кто сам получал ЭСТ, имеет в целом положительное отношение к методу, многие выражают согласие на повторное его использование, в случае необходимости, в будущем. Небольшая группа больных, впрочем, выражает недовольство процедурой и претензии к ее проведению. Как показывают наши наблюдения, это связано с неполным добровольным согласием пациента на проведение ЭСТ, недостаточными объяснениями врачом ему данного метода лечения, мотивов назначения. Утвержденная Законом о психиатрической помощи форма на получение согласия на лечение в психиатрическом стационаре не в полной мере учитывает специфику назначения (проведения) ЭСТ и других, т.н. шоковых методов терапии психических расстройств.

Негативное отношение было обусловлено определенными трудностями больных добиться отказа от проведения ЭСТ, нередко возникающих сразу после начала терапии. Больше отрицательных оценок выражали пациенты, у которых наблюдались побочные эффекты вследствие ЭСТ (головные боли, кратковременные нарушения памяти и др.), и они не получали в связи с этим адекватной медицинской помощи. В ряде случаев после первых сеансов пациенты нуждались в психологической поддержке, вместо этого получали неправильную информацию от медперсонала, индуцировались негативно настроенными к ЭСТ родственниками и больными. Негативные оценки чаще возникали у больных, ожидаю-

щих выздоровления после проведенной терапии. У стационарных больных ЭСТ по-прежнему ассоциируется с наказанием, плохим исходом, что нередко стигматизировало пациентов, получающих процедуру, настраивало их отрицательно к ЭСТ.

Для преодоления (уменьшения) негативного отношения к ЭСТ следует утвердить приказом Минздравсоцразвития форму информационного согласия на проведения процедуры, разработать стандарт сестринского ухода и наблюдения. Нужно пропагандировать положительный опыт проведения ЭСТ, шире освещать данный вопрос на до- и последипломном уровнях образования. Первые результаты начатой нами такой работы можно признать вполне обнадеживающими и положительными. Посещение студентами-медиками сеанса ЭСТ и получение ими релевантной информации значительно увеличивает число респондентов позитивно и терпимо настроенных к внешне непрезентабельному, но эффективному методу лечения психических расстройств.

СТИГМАТИЗАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ КАК ЭТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

А.В. Голенков (г. Чебоксары)

Отечественный врач Н.Ф. Рюль в 1840 г. апеллировал к обществу: «Имея сожаление к ближнему твоему, потерявшему драгоценнейшее для человека – рассудок, не отказывай подать ему руку благотворительной помощи, и страшись не признавать его себе подобным». С тех пор прошло много времени, повысилось благосостояние и образовательный уровень россиян, но отношение к психически больным осталось практически прежним. Улучшение знаний о психических расстройствах (ПР) не способствовало, к сожалению, интеграции общества и больных. Отчуждение стигматизированных лиц сохраняется и в современных условиях.

Результаты наших исследований (Голенков А.В. и соавт., 2009) указывают на то, что больные испытывают значительные негатив-

ные последствия ПР. Явления стигмы и дискриминации наблюдались у всех опрошенных и затрагивали одновременно многие сферы жизни, существенно отражались на ее качестве. Больные и члены их семей стеснялись (стыдились) ПР, избегали социальных контактов, ощущали свою неполноценность. Чувство вины, связанное с ПР, угрызение совести, пониженная самооценка (т.н. явления самостигматизации) нередко сопровождались суицидальными мыслями и попытками. Выраженная стигматизация была связана с полом, возрастом, длительностью и прогнозом ПР, местом жительства и образованием (меньше у женщин, больных молодого возраста и с ремиссиями хорошего качества, лиц с более высоким уровнем образования, жителей сельской местности).

Обнаруженные закономерности в целом соответствуют литературным данным. Больные шизофренией считаются самыми стигматизированными среди всех ПР. Однако наши исследования позволяют отнести к ним и пациентов с органическими ПР, врожденным и приобретенным слабоумием. Проводимое лечение психотропными средствами является одним из существенных факторов стигмы, т.к. довольно часто сопровождается различными побочными эффектами. Многие больные знают об этом, поэтому отказываются от психофармакотерапии, желают снизить дозу препаратов, изменить режим лечения. Недостаточная приверженность к терапии, безусловно, отражается на развитии повторных обострений и госпитализаций, прогрессировании течения ПР и ухудшения его прогноза.

Для повышения приверженности к терапии нами были разработаны три протокола сестринского наблюдения и ухода: «Неврологические побочные эффекты психофармакотерапии», «Соматические побочные эффекты психофармакотерапии», «Отказ от приема психотропных средств» (Голенков А.В. и соавт., 2009). Для коррекции явлений самостигматизации – шесть протоколов сестринского наблюдения и ухода за психически больными: «Высокий риск насилия, направленный на себя», «Риск одиночества», «Социальная изоляция», «Депрессия, обусловленная стрессом, проявляющаяся чувством отчаяния и безысходности», «Нарушенная самооценка, проявляющаяся сниженным настроением», «Риск

неправильного применения лекарств» (Голенков А.В. и соавт., 2009). Кроме продолжительной и неформальной работы со стигматизированным пациентом необходимо повышение уровня знаний по стигме и дискриминации психически больных среди медицинских работников, формирования у них соответствующих практических навыков, алгоритмов профессиональной деятельности. Особого рассмотрения и программы действий требует повышение толерантности медицинских сестер и врачей психиатрических учреждений. Определенные усилия нужно приложить для создания общественных организаций (ассоциаций психически больных и их родственников), которые будут способствовать решению наиболее острых проблем психиатрии, изменения мнения среди населения о ПР. Разрушение вымыслов и превратных представлений в отношении психически больных трудная, но чрезвычайно необходимая задача.

ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ ОРЕХОВО-ЗУЕВСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «РОДИТЕЛИ ПРОТИВ НАРКОТИКОВ» С СОЗАВИСИМЫМИ ЛИЦАМИ

Т.В. Грашина

(г. Орехово-Зуево, Московская область)

Сам термин «созависимость» появился в 70-х годах в США и в 80-х годах у нас. Смысл его сводится к тому, что каждый химически зависимый оказывает влияние на своё ближайшее окружение, подчиняя их жизнь своим проблемам, вводя их в болезненное состояние психологического и физического подчинения. В 2001 г. в городе Орехово-Зуево была создана общественная организация «Родители против наркотиков». Одна из главных целей ее создания – противостояние и объединение усилий родителей, родственников, близких людей, столкнувшихся с наркоманией. Состояние членов семьи наркоманов можно было описать по их собственным высказываниям: «терпят», «молчат и плачут», «скрывают от

всех, живя по принципу «не выносить ссор из избы», «выгоняют из дома своих детей». Это переживаемое состояние расценивалось ими как неудачная попытка контролировать близкого больного человека. В то время появилась откровенная по содержанию, книга о семье наркомана под названием «Исповедь матери бывшего наркомана», автор Вера Михайловна Майтова. Матери и жены людей, зависимых от наркомании, читая книгу, надеялись, что и они смогут искоренить это зло в семье. Организация «Родители против наркотиков» пригласила В.М. Майтову для участия в общегородской акции «Весь мир или дорога в никуда», составной частью которой стала пресс-конференция В.М. Майтовой. Реальная история из жизни ее семьи отозвалась в сердце каждого участника акции. Это была первая робкая попытка понимания того, как можно жить в семье, где есть человек, употребляющий наркотики. Определив направление работы организации «Родители против наркотиков», как помощь всем, кто окружает больного наркоманией человека, стали изучать данную проблему, приглашая для консультаций таких специалистов как В.Д. Москаленко, д.м.н., руководитель отдела НИИ наркологии по работе с созависимыми. Состоялась встреча В.Д. Москаленко с родственниками и близкими наркозависимых. В доступной и понятной для родственников форме В.Д. Москаленко рассказала о жизни в семье, где есть зависимый человек, были проведены тренинги для осознания своих личных проблем, проблем своей семьи.

Большую помощь оказали индивидуальные консультации обратившихся за помощью родителей и близких к наркозависимым людям. Психологи утверждают, что многие проблемы взрослых людей «родом из детства». Если в родительской семье были нормой традиции воспитания, при которых только взрослый определяет, что правильно, а что – нет, то данная позиция реально может привести к заниженной самооценке ребенка, которая «подталкивает» его к наркотикам. На протяжении последних двух лет в общественной организации «Родители против наркотиков» работает группа самопомощи созависимым родственникам «Рождество». Частота занятий группы – 2 раза в неделю, продолжительность занятий 2-3 часа, количество участников от 3 до 12 человек. Все уча-

стники программы работают с предлагаемой на эту тему литературой, ведут личные дневники, заполняют опросники, просматривают видеофильмы. Группа работает еженедельно, принимая всех желающих. Разрабатывается сценарий занятия, но иногда работа строится на основе настроения в группе, и сценарий смещается в сторону более актуального в данный момент вопроса. Психолог ГУЗ МОПБ № 8, работающий с группой, позволяет анализировать внутрисемейные ситуации, «горячие точки», степень выраженности созависимости. В качестве обратной связи используется практика подведения итогов занятия психологом. По желанию занятие заканчивается молитвой.

Из опыта работы можно сделать вывод: посещение групп самопомощи родственниками зависимых ведет к их духовному росту, смирению, умению переживать то, что они бессильны изменить. На занятиях всегда звучит мысль о том, что есть много людей, которые готовы помочь нести созависимым тяжелую ношу, поддержать надежду и уверенность в своих силах.

К КОЛДУНУ ИЛИ НАРКОЛОГУ?

Е.Г. Гребенщикова (г. Курск)

Отношения медицины и парамедицины – одна из острых проблем, обсуждающихся практикующими врачами и организаторами здоровья, сторонниками нетрадиционных способов лечения и самими целителями самого разного толка. Согласно статье 57 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», народная медицина – это методы оздоровления, профилактики, диагностики и лечения, основанные на опыте многих поколений людей, утвердившиеся в народных традициях и не зарегистрированные в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Правом на занятие народной медициной обладают граждане Российской Федерации, получившие диплом целителя, выдаваемый органами управления здравоохранения. Незаконное занятие народной медициной (цели-

тельством) влечет за собой административную ответственность, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, – уголовную ответственность.

Однако, в настоящее время в России значительное количество людей, занимаются подобной деятельностью, имея либо дипломы сомнительных международных организаций, либо регистрируясь, как частные предприниматели и называя целительскую практику графой «и другие услуги». Спектр медицинских услуг, предоставляемых подобного рода врачевателями достаточно широк, и «традиционно» включает лечение от алкогольной зависимости, а подчас и наркозависимости. Что заставляет пациента идти не в наркологический диспансер, а на прием к магу?

Наркология является частью системы оказания медицинской помощи и ей, несомненно, присущи те же проблемы, что всему здравоохранению. Согласно статистике, половина наших сограждан (52%) предпочитают лечиться самостоятельно, обращаясь за медицинской помощью лишь в самом крайнем случае, причем на уровне установок большинство не одобряет самолечение и многие хотели бы обращаться к врачам, но им мешают «волокита, очереди» в медицинских учреждениях и нехватка времени для посещения медиков, отсутствие денег на лечение и лекарства («без денег в поликлинику не пойдешь») и т.д.

Специфика заболевания. Общество, в некотором смысле лишает человека, имеющего алкогольную или наркотическую зависимость «статуса» пациента. В обыденном сознании пациент наркологического диспансера является «не вполне нормальным» больным, он вроде даже получает удовольствие от приема психоактивных веществ.

Пациенты наркологических клиник обычно находятся под опекой близких родственников, которые способны оказывать влияние на выбор метода лечения. Известно, что почти у каждого обывателя найдется пара примеров из серии «чудесных исцелений». Причем, нередко чудеса начинаются после отказа от помощи официальной практики. Медицинская мифология прочно обосновалась в обыденном сознании современного человека, дополнив медицинский оккультизм квазинаучными терминами. В результате

целитель претендует на использование сверхъестественных или ещё не познанных наукой сил, но при этом употребляет научные термины для объяснения нозологии.

Современная медицина с каждым этапом своего развития становится всё более технологичной, теряя ориентацию на индивидуальное, атипичное в каждом отдельном пациенте. Целительство, напротив, предполагает интегральный подход, в котором есть место личности пациента и достигаемые психотерапевтический эффект на время дает повод для оптимизма и веры в возможности практики. Поддаются рекламе и моде на суперэффективные средства, чудодейственные бальзамы и мази не только отчаявшиеся пациенты, но и вполне образованные люди, подтверждая, что мифология продолжает существовать в культуре.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОНЯТНОСТЬ МОТИВА СДЕЛКИ – ЗНАЧИМЫЙ КРИТЕРИЙ СДЕЛКОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В.В. Гульдан, Е.Ю. Сушкова (г. Москва)

В настоящее время вопрос о способности больных шизофренией к самостоятельному волеизъявлению в момент заключения сделки решается в рамках судебных комплексных психолого-психиатрических экспертиз. При положительном решении вопроса эксперты пользуются следующими критериями оценки сделкоспособности – медицинским, предполагающим обязательное наличие состояния ремиссии в юридически значимый период; интеллектуальным, включающим оценку сохранности мыслительной деятельности и прогностических способностей; волевым – связанным со способностью самостоятельной постановки цели и приложения усилий для ее достижения; социальным – отражающим тот минимальный уровень социальной адаптированности, который позволяет индивидууму существовать автономно, поддерживать межличностные отношения и обеспечивать свою жизнедеятельность. Даже в

ремиссии для больных шизофренией характерны определенные изменения личности и мышления, имеющие отношение к юридическому (психологическому) критерию сделкоспособности. Поэтому важно найти какие-либо ориентиры, позволяющие, несмотря на специфические личностные особенности этих больных, принять объективное экспертное решение.

Одним из наиболее значимых психологических факторов, свидетельствующих о способности указанной категории больных к самостоятельному волеизъявлению, с нашей точки зрения, является психологическая понятность мотивов совершения сделки, основанных на привязанностях подэкспертного, его дифференцированном эмоциональном отношении к окружающим, имеющих рациональные мотивировки, отвечающие интересам больного, ведущие к решению каких-либо личных проблем, улучшению качества жизни, реваншу и катарсису во взаимоотношениях с ближайшим окружением.

Именно изучение психологических мотивов сделки позволяет прояснить исследуемую ситуацию, адекватность намерений, сохранность личностных ресурсов, способность принимать обдуманные самостоятельные решения, позволяет сделать вывод о способности подэкспертного понимать значение своих действий и руководить ими, несмотря на длительность заболевания, наличие госпитализаций в периоды обострений, определенных изменений мышления, свойственных этому заболеванию..

В свою очередь, наличие в картине заболевания бредовых мотивов, выраженной апато-абулической симптоматики, препятствующей мотивообразованию, невозможность установить психологически понятные основания для принятия тех или иных решений, исключают возможность положительного ответа на вопрос о сделкоспособности.

Значимость этого критерия повышается при проведении посмертных экспертиз в условиях недостаточности анамнестических данных, отсутствии или противоречивости свидетельских показаний.

ОБОСТРИВШИЕСЯ ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

И.Я. Гурович (г. Москва)

В последние годы вновь после принятия Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» все более обостряются правовые проблемы оказания психиатрической помощи. Это обусловлено рядом обстоятельств: учащение случаев осуждения психиатров, что связано с нарушением статьи закона о недобровольной госпитализации, с выявлением несоответствия некоторых положений законов в нашей стране, касающихся психически больных, международным правовым нормам, а также постановлениями Конституционного Суда, необходимостью внесения в закон о психиатрической помощи некоторых поправок и изменений – все это достаточно известно. К этому можно добавить и некоторые другие проблемы. Так, например, нельзя не отметить, что если динамика числа недобровольных освидетельствований и недобровольных госпитализаций за время после принятия закона о психиатрической помощи до настоящего времени была сходной, и число тех и других постепенно возрастало, что можно оценить как тенденцию к более полному выполнению соответствующих норм закона, то с 1999 г. число недобровольных освидетельствований сократилось в 2 раза, а в ряде регионов еще больше. Возникает вопрос – не связано ли это с ослаблением внимания к этому аспекту, впрочем, как и к некоторым другим? Так, в статье 8 закона о психиатрической помощи говорится о запрещении требований сведений о состоянии психического здоровья, однако, в настоящее время в психоневрологические диспансеры вновь многие организации различного профиля стали обращаться по поводу своих служащих за справками о том, не страдают ли они психическими расстройствами. Сказанное свидетельствует, что все эти правовые аспекты нуждаются в постоянном внимании, обсуждении, с целью, в том числе их актуализации, как в психиатрической среде, так и между психиатрами и юристами, судьями, работниками прокуратуры. Последнее особенно важно, поскольку пра-

воприменительная практика в области психиатрии должна совмещать юридическую и медицинскую модели, не допуская превалирования одной из них за счет другой. Когда-то в других странах говорили даже об элементах «криминализации» правозащитной системы в области психиатрии, что может давать себя знать и сегодня. Это сказалось, например, в случае осуждения врачей-психиатров, когда по состоянию в соответствии с требованиями закона была осуществлена госпитализация судьи, то есть лица, имеющего статус неприкосновенности, хотя при обсуждении этого вопроса многие юристы указывали, что неприкосновенность не может быть тотальной; речь в этих случаях идет об общественно-политических, служебных аспектах, но не медицинских: как тогда оказать помощь такому лицу в случаях, когда человек нуждается в экстренной медицинской помощи, например, в случае аварии с потерей сознания? Вопрос так и остался нерешенным. Не был услышан голос психиатров, применивших с учетом стигмы в психиатрии термин «недобровольные формы помощи» вместо «принудительных мер» вне рамок криминальной психиатрии. Кроме закона о психиатрической помощи, во всех других законах, принятых позже, они обозначаются все же как «принудительные». В определенной степени это сказывается и в неравнозначном отношении к критериям недобровольных форм помощи. Критерий «опасен для себя или окружающих» оказывается более доказательным, чем два других в большей степени (особенно третий) основывающиеся на оценке врача, хотя в законе они приводятся как равные; в недоучете заложенной в законе о психиатрической помощи всей «цепочки» контроля принятого в первичном звене (участковый психиатр, врач скорой психиатрической помощи) решения о недобровольной госпитализации, хотя возможность ошибки в этом первичном звене особенно велика (мы не говорим о случаях, в которых доказан злой умысел), когда приходится принимать это решение в сложных и urgentных условиях, а врач-психиатр приемного отделения больницы также обязан решать вопрос об обоснованности недобровольной госпитализации, наконец, это функция также комиссии врачей-психиатров в стационаре еще до слушания дела в суде. Статистические данные о недобровольной госпитализации показыва-

ют, что из направленных сначала недобровольно в стационар по статье 29 закона, до суда (статья 35) дело доходит лишь примерно в одной трети случаев. Наконец, в настоящее время назрело внесение уточнения в ст. 16 Закона с указанием на необходимость развития муниципальной психиатрии, которая пострадала после разделения региональных и муниципальных обязательств. Несомненно, требуется вновь создание комиссии по разработке предложений о внесении дополнений и поправок в закон о психиатрической помощи.

О ЗНАЧЕНИИ ПРОВЕДЕНИЯ ВСЕРОССИЙСКОГО КОНКУРСА «ЗА ПОДВИЖНИЧЕСТВО В ОБЛАСТИ ДУШЕВНОГО ЗДОРОВЬЯ»

С.В. Данилова (г. Москва)

Сохранение и улучшение психического здоровья населения является одной из наиболее приоритетных задач любого государства. Это связано с тем, что именно психическое здоровье граждан определяет национальную безопасность страны, уровень качества жизни населения.

В России уже восьмой год подряд отмечается Всемирный день психического здоровья (ВДПЗ). Это дает возможность расширить информационные границы, выйти за рамки проблем, связанных с психическим нездоровьем, с целью просвещения и формирования в общественном сознании адекватного представления о психическом здоровье, психически больных, преодолении стигмы.

ВДПЗ проходит под эгидой Общественного Совета по вопросам психического здоровья при Главном внештатном специалисте психиатре Минздравсоцразвития Российской Федерации Т.Б. Дмитриевой.

В рамках ВДПЗ в нашей стране проводятся различные просветительские программы, благотворительные поездки, экскурсионные программы, художественная самодеятельность, концерты с участием пациентов, выставки работ пациентов. С учётом заинте-

ресованности профессиональных и общественных организаций в вопросе пропаганды принципов гуманистической психиатрии и ценности психического здоровья в 2008 году было принято решение об учреждении Всероссийского конкурса «За подвижничество в области душевного здоровья». Конкурс проводится по трем номинациям («Психообразование», «Психопросвещение» и «Психореабилитация») и оценивает достижения профессиональных и общественных организаций, работающих в сфере охраны психического здоровья. Главный приз Конкурса учреждается лучшему региону РФ – **статуэтка «Золотая бабочка»** за новизну, масштабность, гуманизм и оригинальность проводимых мероприятий. Название статуэтки символизирует душу, бессмертие, возрождение и воскресение, способность к превращениям и трансформации. В греческой мифологии Психея, олицетворявшая человеческую душу, изображалась в виде бабочки или молодой девушки с крыльями бабочки. Конкурс ставит перед собой основную задачу: поднять приоритет российской психиатрии во всех уголках Российской Федерации.

Победители Конкурса выявляются по таким критериям, как масштабность привлечения внимания к проблемам психического здоровья, количество и уровень публикаций, выступлений в средствах массовой информации, нацеленных на повышение толерантного отношения к психическим больным, проведение круглых столов, конференций, осуществление нестандартных реабилитационных и образовательных программ в психиатрических учреждениях и общественных организациях, работающих в сфере психического здоровья.

Данный проект позволяет активизировать деятельность общественных непрофессиональных и профессиональных организаций в психиатрии, представителей официальной психиатрии, увеличить масштаб проводимых мероприятий в учреждениях, привлекая все большее внимание властных структур и общественности.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ЖЕСТОКОСТИ И НАСИЛИЯ ПРОТИВ ЖЕНЩИН

Т.Б. Дмитриева, М.А. Качаева (г. Москва)

Жестокость и насилие по отношению к женщинам – одна из острых проблем в мире. По данным ВОЗ, домашнее насилие является вызовом обществу и здравоохранению во всем мире, так как обуславливает стрессовые состояния, снижает качество жизни, нарушает физическое и психическое здоровье, часто приводит к смерти (3). Жестокость против женщин имеет множество форм: избиение, сексуальное нападение, психический террор. Исследования выявляют, что жестокость и насилие, направленные против женщин, приводят к весьма серьезным последствиям, отражаясь на таких показателях, как рождаемость и ранняя детская смертность. Женщины – жертвы домашнего насилия страдают депрессиями, у них выявляются тревога, ПТСР, злоупотребление психоактивными веществами, низкая самооценка (3). Жестокость, направленная против женщин, приводит и к негативным вторичным последствиям, влияя на отношения в семье и социуме.

В последние годы проблема охраны психического здоровья женщин включена в ряд наиболее важных и приоритетных аспектов здравоохранения, выделенных ВОЗ. В документах ВОЗ, посвящённых данной проблеме, подчёркивается, что наряду с исследованием клинических аспектов, необходимо принимать во внимание и социальные факторы, а именно, - проблему неравенства полов (экономическое, физическое, законодательное неравенство).

В документах ООН, в частности, в Декларации Генеральной Ассамблеи ООН, опубликованной в 2000 году (2), указано, что жестокость, направленная против женщин, является угрозой социальному и экономическому развитию общества. В данном документе подчёркивается, что насилие против женщин является одной из форм их дискриминации и является нарушением прав человека.

В документах ООН рекомендуется властям государств-членов пересмотреть их законодательства и политические установки с учётом обеспечения женщинам гарантий защиты их прав человека и

основных свобод, обеспечить женщин экономическими и социальными правами, содействовать всем организациям, участвующим в борьбе с насилием против женщин, способствовать медицинским учреждениям в составлении программ по предупреждению насилия.

В рамках многолетних научных исследований в ГНЦССП им. В.П. Сербского разработана комплексная (системная) программа профилактики и реабилитации психических расстройств у женщин – жертв жестокости и насилия, а также система мер профилактики агрессивных правонарушений, совершаемых женщинами в условиях внутрисемейного насилия.

Конкретная задача, на решение которой направлен проект дальнейших исследований, состоит в выработке политики в области общественного здравоохранения, направленной на идентификацию насилия против женщин как серьезную причину развития у них психических расстройств. Будут созданы обучающие программы для психиатров, направленные на выявление жертв насилия. Планируется создание междисциплинарного взаимодействия (с юристами, социальными работниками, политиками) на международном уровне (в соответствии с программами и концепцией ВОЗ).

ПРОБЛЕМА МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ ПСИХОТЕРАПИИ

Ю.Т. Джангильдин (г. Москва)

Современное профессиональное медицинское образование сохраняет традиции биологических (органических) приоритетов в изучении диагностических и терапевтических аспектов соматической патологии. Психосоматическое измерение в деятельности врача при этом практически не находит отражение в подготовке специалиста. В итоге практикующие врачи мало информированы о психосоциальной стороне своей деятельности или недооценивают ее важность. Тем не менее, многие достаточно эффективно работают в своей области, добывая зачастую самостоятельно какие-либо

познания в этой сфере. Однако, отсутствие глубины и систематизации в понимании биопсихосоциальных и психосоматических концепций может явиться условием для формирования редуccionистского мышления, снижая потенциал лечебной практики. Данная ситуация создает определенные проблемы и даже сопротивление процессу интеграции психотерапевтических подходов в клиническую практику, смысл которых воплощают в себе отношение и кооперация специалистов в лице психотерапевтов и врачей общей практики. Первая группа этих проблем связана с нередко проявляющейся в таких взаимоотношениях оборонительной стратегией психосоциальной некомпетентности и идентификации с биологической позицией «соматического» врача, располагающейся в континууме от активного противодействия до благожелательного игнорирования. Специалисты же в области психического здоровья, адаптируясь в этой среде, сталкиваются с угрозой потери своей профессиональной идентичности и проявляют не соответствующие ситуации гиперкомпенсаторные и те же оборонительные стратегии. Эти противоречия при определенных обстоятельствах могут привести к соперничеству или конкуренции по отношению к пациенту. Данное обстоятельство требует более гибкого регулирования в системе объективных и субъективных слагаемых междисциплинарного функционирования психотерапевтической интеграции в соматическую медицину. Объективные факторы сформированы недостаточно разработанной правовой основой регулирования деятельности психотерапевта в рамках психосоматической службы. К ним должны быть отнесены вопросы разграничения сфер компетентности врача - психотерапевта и клинического психолога, места психотерапии в диагностическом и терапевтическом процессе, кризисной интервенции, медицинских и образовательных стандартов в области психотерапии и общей медицины. Субъективные факторы во многом определяются личностными параметрами и опытом специалиста психотерапевта, способного стойко переносить проблемные ситуации, связанные с прохождением различных ступеней такой интеграции. Его задачей становится не только последовательная и неспешная информационно-образовательная деятельность в иной профессиональной среде, но и проявление гибкой толерант-

ности в ожидании принятия его концептуальных, терапевтических и личностных основ, без формирования оборонительных стратегий. Не менее значимой является задача кооперативного разрешения неизбежно возникающих этических проблем, связанных со специфическими аспектами деятельности психотерапевта и «базового» врача. К ним можно отнести вопросы формирования терапевтических границ, трансфера и контртрансфера, конфиденциальности, возникновения в ходе терапевтического процесса возможных негативных терапевтических реакций и отреагирований. Успешное решение этих проблем связано не только с факторами межпрофессионального взаимодействия, но и не в меньшей степени все с той же необходимостью прояснения правовой позиции психотерапевта в междисциплинарной области.

МЕТОДИЧЕСКОЕ И ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МОНИТОРИНГА КОНТИНГЕНТА ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Г.К. Дорофеевко (г. Москва)

Успех создания системы мониторинга контингента больных, и обеспечивающих его эпидемиологических исследований во многом зависит от того, насколько адекватно цели и задачам разработан инструментарий, который описывает так называемое стандартное определение случая, содержащее совокупность критериев, позволяющих отнести лицо к определенной группе больных. К данным критериям относятся признаки, указывающие на обстоятельства сопровождающих возникновение заболевания или его исхода (осложнения). Общественно опасные деяния (ООД) в этом случае можно рассматривать как осложнение в клинической картине психического заболевания. При этом стандартный набор признаков может относиться к прошлому от «точки отсчета» (в данном случае – от правонарушения) или направлен в будущее от нее. Кроме того, так же важно определить объем первичного мате-

риала, достаточного для обобщающих выводов. По нашему мнению, таким материалом вполне может стать весь объем сведений о судебно-психиатрической экспертизе на уровне региона (субъекта федерации) в том случае, если сведения о проведенных судебно-психиатрических экспертизах (СПЭ) регулярно заносятся в электронную базу данных.

На основании перечисленных подходов в Центре социальной и судебной психиатрии при Центральной Московской областной клинической психиатрической больнице с 2004 года проводится пилотажное исследование, в ходе которого апробируются возможные варианты организации мониторинга контингента психически больных, совершивших ООД в Московской области. В рамках данного исследования разработана и внедряется в практику как универсальный стандартизированный инструмент карта регистрации случаев судебно-психиатрических экспертиз на основе утвержденной Минздравом РФ формы 105-у (журнал учета судебно-психиатрических экспертиз). Естественно, основной задачей применения данной регистрационной карты является помещение первичных сведений о каждом случае в электронную базу данных. Причем, создание такой базы данных неизбежно сталкивается с проблемой обеспечения, с одной стороны, удобства ее использования (иначе создание такой базы теряет смысл), с другой стороны – обеспечения безопасности хранения и законности использования персональных сведений о подэкспертных больных.

По своей сути, требования к хранению и использованию данных о случаях проведения СПЭ, имеющиеся в электронном виде, практически такие же, как хранению и использованию документов такого же содержания на бумажных носителях. То есть все операции с электронным «документом», касающимся проведения СПЭ, регламентируется действующим федеральным законодательством (уголовным, уголовно-процессуальным, о здравоохранении, о государственной экспертной деятельности, об оказании психиатрической помощи) и подзаконными актами и инструкциями. Однако в отношении собирания и использования информации, содержащей персональные данные (особенно в электронном виде), в настоящее время законодателем установлены дополнительные пра-

вила, определяемые федеральным законом «О персональных данных» от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ.

Таким образом, специалисты, которые привлекаются к работе по проведению мониторинга контингентов больных, совершивших противоправные действия, должны быть методически подготовлены в областях: судебно-психиатрической экспертной деятельности, работы с электронными базами данных, а также – законодательства, регламентирующего создания, хранения и использования хранилищ электронной информации.

ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ КАК СПОСОБ ПРЕОДОЛЕНИЯ СТИГМАТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Д.Б. Закс, М.В. Злоказова (г. Киров)

Стигма определяется как признак пренебрежения или недоверия, который отделяет человека от остальных (Вугне Р., 2000). Стигма психических расстройств и дискриминация по отношению к психически больным остаются наиболее стойким препятствием на пути улучшения качества жизни этих людей (Sartorius N., 1998). Стигматизации зачастую подвергается как сам больной, так и его семья, которая в свою очередь пытается скрыть факт наличия психически больного родственника, что препятствует оказанию психиатрической помощи (Гурович И.Я., 2001., Ястребов В.С., 2001).

С 1 февраля 2009 г. на базе Кировской областной клинической психиатрической больницы им. В.М. Бехтерева функционирует отделение первого психотического эпизода, в которое поступают пациенты с впервые возникшими психотическими состояниями, а также больные, общая продолжительность заболевания которых составляет не более 5 лет. В период с февраля по сентябрь 2009 г. в отделении было пролечено 33 пациента с впервые установленным диагнозом расстройств шизофренического спектра. Средняя продолжительность пребывания на койке составила 32 дня. Помимо

медикаментозной терапии, с 25 (75,7%) пациентами проводилась психообразовательная программа, в ходе которой им разъясняли вопросы, касающиеся состояния их психического здоровья, особенностей заболевания, необходимости лечения и дальнейшего приема поддерживающей терапии, восстановления внутренней стабильности и утраченных социальных связей. В программе принимали участие психиатр, медицинский психолог и социальный работник. Курс психообразования состоял из 10 занятий. После участия в занятиях у пациентов снизилась самостигматизация. Они освобождались от стереотипов «психически больного», неспособного человека, в значительно меньшей степени испытывали чувства стыда и вины, стали более открытыми при описании своих симптомов, старались восстановить утраченные социальные связи, появилась мотивация к регулярному посещению психиатра, что способствовало улучшению комплаенса. Помимо работы с пациентом проводились беседы с родственниками, т.к. негативное отношение семьи к психиатрам часто является серьезной преградой на пути оказания психиатрической помощи. За период 6 месяцев из этой группы повторно на стационарное лечение поступило 4%, остальные пациенты получали поддерживающую терапию в амбулаторных условиях, регулярно посещая участкового психиатра.

Таким образом, можно предположить, что комбинированный метод лечения (медикаментозная терапия и психообразовательная программа), за счет повышения уровня знаний пациента о своем заболевании, уменьшения самостигматизации и стигматизации семьи способствует формированию комплаенса, что помогает решать проблемы пациентов с психическими расстройствами на уровне амбулаторной службы. Однако сохраняется проблема стигматизации со стороны общества в целом, для борьбы с которой нужны более глобальные программы направленные на защиту интересов и прав психически больных и изменение устоявшегося стереотипа о психических заболеваниях.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ВОПРОСОВ НЕДЕЕСПОСОБНОСТИ В КОНТЕКСТЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Н.Б. Захаров (г. Киров)

Оптимизация реабилитационного процесса в психиатрии связана с совершенствованием мер по защите законных интересов и прав лиц с психическими расстройствами. В правовой статус лиц, страдающих психическими расстройствами, входят права, свободы и обязанности. Ограничение прав и свобод гражданина, связанное с психическими расстройствами, допустимо лишь в случаях, предусмотренных федеральными законами. Одним из таких случаев является признание лица недееспособным.

Конституция Российской Федерации провозгласила права и свободы человека высшей ценностью, следовательно, даже в при лишении или ограничении гражданских прав, что происходит в случае признания гражданина недееспособным, в первую очередь, должны учитываться интересы самого гражданина, в отношении которого рассматривается вопрос о дееспособности, а не лица, подавшего исковое заявление в суд.

Статья 29 ГК РФ содержит медицинский критерий недееспособности, сформулированный как «психическое расстройство», и юридический – возможности понимать значение своих действий и руководить ими. Медицинский критерий состоит из одного признака – психического расстройства. Неопределенность данного критерия предполагает разработку методологической оценки состояния как стойкого болезненного нарушения психической деятельности, поскольку недееспособным гражданин признается не только на данный момент, но и на будущее. Юридический критерий состоит из 2 признаков: интеллектуального (не может понимать значение своих действий) и волевого (не может руководить ими). Очевидно, что хронологически эти признаки также направлены в настоящее и будущее и касаются не какого-то одного, а всех потенциальных гражданских актов, которые лицо может совершить. Наличие названных критериев достаточно для признания гражда-

нина недееспособным, однако оно не обязательно влечет за собой такое решение суда. По смыслу статьи («может быть признан недееспособным») суд, несмотря на присутствие обоих критериев, может в силу каких-то обстоятельств и не признать лицо недееспособным. Достаточно сказать, что имеется большое число хронически психически больных, которые получают психиатрическую помощь, следовательно, их психическое состояние известно обществу, однако недееспособными они не признаны, поскольку ни у кого из лиц (организаций), имеющих на это право, не возникло необходимости обратиться в суд с соответствующим иском. Другими словами, ни диагноз, ни синдромальная оценка состояния в данном случае не являются определяющими, а вопрос о недееспособности возникает только при обращении в суд.

Признание лица недееспособным связано со значительным изменением его правового положения, утрачивается возможность самостоятельного распоряжения имуществом, совершения различных юридически-правовых актов. Необоснованно широкое применение опеки в отношении лиц с психическими расстройствами, приводит к нарушению социальных связей, возможностей трудоустройства и создания семьи, и является фактором, нарушающим адаптационные способности.

Таким образом, при решении вопросов о возможности лица понимать значение своих действий и руководить ими и необходимости наложения опеки необходимо учитывать совокупность клинических (нозологическая и синдромальная оценка состояния, тип течения и прогноз заболевания), психогенных, социальных факторов (финансовое положение, нарушение простых форм самообслуживания, взаимоотношения с родственниками), а также, особенностей гражданского дела (анализ ситуации, в которой решается вопрос о признании гражданина недееспособным).

СТИГМАТИЗАЦИЯ КАК ФАКТОР, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЙ ВЫЯВЛЕНИЮ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У КОМБАТАНТОВ

М.В. Злоказова, Е.Г. Ичитовкина (г. Киров)

С каждым годом в структуре заболеваемости сотрудников МВД увеличивается общая доля психических и психосоматических расстройств (Шутко Г.В., 2004). По статистическим данным медицинского управления ОВД, среди причин инвалидности у сотрудников милиции психические расстройства находятся на третьем месте. Однако при этом диагностика психических нарушений у комбатантов, являющихся действующими сотрудниками правоохранительных органов, представляет значительные трудности. Нередко, несмотря на значительную выраженность пограничных психопатологических симптомов, они не склонны обращаться за помощью к специалистам, т.к. опасаются репрессивных мероприятий, и, в частности, последующего увольнения. Стигматизированное отношение комбатантов к психиатрам и психотерапевтам является препятствием для ранней диагностики психических расстройств и последующего проведения комплексной реабилитации, что в дальнейшем приводит к негативным последствиям.

Было обследовано при помощи скрининг-анкеты, а затем клинически 103 сотрудника ОВД, выполнявших служебно-боевые задачи в Северо-Кавказском регионе (СКР) и не обращавшихся за медицинской помощью по поводу психических расстройств. При этом были выявлены психопатологические симптомы в виде: раздражительности – в 85,1% случаев, нарушений сна с кошмарными сновидениями о боевых действиях – 58,6%, вспышек гнева – 77,8%, агрессивности – 46,1%, подозрительности – 85,1%. Часто употребляли алкоголь и считали его основным способом «снятия напряжения» 53,1% комбатантов; отсутствовал интерес к семейной жизни - у 96,9%. Значительная часть сотрудников ОВД - 82% - наблюдалась у терапевта с психосоматическими расстройствами (преимущественно с гипертонической и язвенной болезнями), которые возникли вскоре после командировок в СКР. При этом все обследо-

ванные считали, что обращение за помощью к психиатру негативно скажется на их карьере.

Таким образом, необходима разработка мероприятий, направленных на дестигматизацию психических расстройств среди сотрудников ОВД, что будет способствовать своевременному обращению к психиатрам, психотерапевтам и тем самым улучшению их психического и соматического здоровья, нормализации семейных взаимоотношений и профилактике девиаций поведения.

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КОМИ

Л.В. Князева (г. Сыктывкар)

По данным ВОЗ, ежегодно в мире совершают самоубийство более 500 тыс. человек. Число же суицидальных действий значительно больше и исчисляется миллионами. В России частота самоубийств одна из самых распространенных в мире – 38 случаев на 100 тысяч населения. В Республике Коми частота завершенных суицидов – 44 на 100 тысяч населения, что превышает общероссийский показатель на 15-16 %.

Целью исследования явилось сопоставление данных с ранее проведенными исследованиями, выявление особенностей психологического и социального статуса суицидентов в Республике Коми.

Были сформулированы следующие задачи: определить основные причины и время риска суицидальных действий, выявить особенности психологического и социального портрета лиц совершивших суицид, определить методы профилактики первичного и повторного суицида, а также определить длительность реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы: был проведен ретроспективный анализ историй болезни всех случаев незавершенного суицида пациентов, находящихся на лечении в Коми Республиканской психиатрической больнице. Также проведен клинический осмотр с оценкой психического статуса у 23 больных, в этой же группе больных проведено психологическое тестирование.

Результаты: с 2005 по 2007 гг. отмечается незначительный рост числа суицидальных попыток. Чаще суицидальные попытки совершали женщины — 59%. Средний возраст суицидентов - 33 года. Достоверных различий между мужчинами и женщинами по возрасту не выявлено. Сельские жители совершают суицидальные попытки в 3 раза реже, чем жители города. Выявлены достоверные различия частоты суицидов по семейному статусу. Холостые, незамужние лица и вдовцы совершают суицидальные попытки в 2 раза чаще, чем суициденты состоящие в браке. Достоверных различий по национальной принадлежности не выявлено, что не соответствует общепринятому мнению о более высокой суицидальной активности среди коми.

22% больных совершали повторную суицидальную попытку. Интервал между попытками от 1 месяца до 1,5 лет. По способу суицида на первом месте стоит отравление лекарственными и химическими веществами, как у мужчин, так и среди женщин, и составляет 34%. На втором месте у мужчин выступают резаные раны вен, а у женщин повешение. Падение с высоты составляет 8-9%.

Психозы отмечены у 31% больных, остальные совершили суицидальную попытку на фоне непсихотических расстройств. 27% больных страдало депрессивными состояниями. У остальных суицидентов поводами для суицидов являлась конфликтная ситуация в семье, социальная дезадаптация и сопутствующая алкоголизация.

При изучении психологического статуса были использованы тест Цунга и ММРІ. Было выявлено преобладание показателей по шкале ипохондрии (35%) и психастении (26%).

Большое значение имеет сезонная значимость частоты суицидов в течение года. Пик суицидальной готовности приходится на январь-март (37% от всех суицидов в течение года) и в меньшей степени сентябрь – октябрь (23%).

Выводы: на суицидальное поведение в большей степени влияют факторы социального неблагополучия, личностной незрелости и дезадаптации в обществе, в меньшей — наличие психического расстройства. Депрессивные и психотические расстройства не являются основной причиной суицидов. Полученные данные не под-

тверждают национальной предрасположенности коми к суицидальным действиям. Сохранение и восстановление семейного статуса, повышение уровня образования является основой профилактики суицидов у детей и подростков. Реабилитационные мероприятия, проводимые психиатрами и психотерапевтами, должны продолжаться не менее 12-18 месяцев, после первой суицидальной попытки, этот интервал необходимо учитывать как период возможного рецидива.

ОПЫТ РАБОТЫ С ЛИЦАМИ, УТРАТИВШИМИ СОЦИАЛЬНЫЕ СВЯЗИ С ОБЩЕСТВОМ – ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРИГАДЫ

Л.В. Князева, Е.В. Олиновская (г. Сыктывкар)

Современный этап психиатрической помощи в России характеризуется ее последовательной гуманизацией на основе реализации закона о психиатрической помощи. В настоящее время уделяется особое внимание больным, имеющим определенные особенности психического и социального статуса, создание условий для социальной адаптации граждан на протяжении всего лечения. В Коми Республиканской психиатрической больнице организована полипрофессиональная бригада, в которую помимо специалистов медицинского профиля входят специалисты по социальной работе, социальные работники, воспитатель, инструктора по трудотерапии. При бригадной форме работы с пациентами осуществляется комплексная система оказания помощи психически больным, при которой особое место занимает социальная реабилитация. Эта работа проводится, в основном, на базе лечебно-реабилитационного отделения, лечебно-производственных мастерских и социо-реабилитационного отдела. Социальная реабилитация – проведение сотрудниками социально-реабилитационного отдела адаптационного обучения пациентов для осуществления бытовой и общественной деятельности, проведение индивидуальных и группо-

вых занятий, направленных на формирование навыков личной гигиены и самообслуживания, обучение навыкам общения, поведения в экстремальных ситуациях, навыкам повседневной жизни и т.д. Занятия проводятся 4-5 раз в неделю, как в малых группах (до 12 человек), так и индивидуально. Социокультурная реабилитация – работа воспитателя с пациентами, их участие в культурно-досуговых мероприятиях. Эффективно проходят утренники, посвященные знаменательным датам. На этих утренниках пациенты раскрепощаются, показывают свои способности, выдвигают свои идеи, стимулируется двигательная активность больных. На художественно-прикладном творчестве пациенты показывают свои таланты: вязание крючком ковриков, рукавиц, шарфиков, лепят из глины. Большое внимание уделяется истории Коми Республики. Выпущен стенд с географической картой «Наш Коми край». Пациенты занимаются прочтением книг коми писателей, изучают жизнь и быт древнего коми народа, прививается интерес к чтению. После чтения рисуют об услышанном. Пациенты коми с охотой вступают в беседу на родном языке. Медико – социальная реабилитация – проведение врачом-психиатром работы, направленной на обучение пациентов распознавания признаков начинающегося обострения, навыкам совладания с остаточной психопатологической симптоматикой, устанавливает объем работ, режим и продолжительность рабочего дня для пациентов, которым назначена трудовая терапия. Социально-правовая реабилитация - помощь в оформлении документов в различные инстанции, юридическая консультация инвалидов, посредничество во взаимодействии пациента с подобными организациями, представление интересов пациентов в суде и др. государственных органах. Семейная терапия - в социально-реабилитационном отделе открыт кабинет социального приема, где проводится психообразовательная работа с родственниками психических больных, делаются попытки вовлечения их в терапевтический процесс, оказываются различные виды социальной поддержки семьям, имеющих инвалидов. Социально-бытовая реабилитация – патронаж инвалидов на дому, оплата жилищно-коммунальных услуг, помощь в решении бытовых проблем, улаживании конфликтов с соседями. Инструментальная социальная под-

держка – восстановление утерянных документов пациентов, оформление и помощь в назначении и перерасчете пенсий, оформление льгот, субсидий, информирование и консультирование о службах, оказывающих психологическую, социальную, психотерапевтическую помощь инвалидам. Одним из направлений психосоциальной концепции в лечении психически больных является их духовное воспитание. В связи с этим, на базе лечебно-реабилитационного отделения открыта и действует молитвенная комната. В молитвенной комнате находятся иконы, специальная литература и все, что необходимо для совершения обрядов и служб. Каждую неделю специально подготовленный преподаватель проводит беседы с желающими «Уроки православия». Желающих посетить молитвенную комнату очень много. Пациенты с большим интересом слушают рассказы лектора, задают вопросы, дискутируют на волнующие темы. После посещения молитвенной комнаты у пациентов появляются новые интересы, знакомства, уверенность в себе. Все это так же благотворно сказывается и на лечебном процессе.

Внедрение бригадной формы оказания психиатрической помощи оказало влияние на уровень жизни психически больных и работа в этом направлении будет продолжена.

ПРОБЛЕМА ДЕЕСПОСОБНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Д.Н. Корзун, Е.А. Яковлева (г. Москва)

В настоящее время отмечается рост судебно-психиатрических экспертиз по гражданским делам о признании гражданина недееспособным. По данным А.Р. Мохонько, Л.А. Муганцевой (2007), на протяжении последних 10 лет среднегодовой прирост судебно-психиатрических экспертиз по данной категории гражданских дел составляет 9,7%. В 2006 г. по гражданским делам о признании гражданина недееспособным было проведено 33 308 судебно-психиатрических экспертиз, в 93,4% из них было вынесено экспертное решение о неспособности лица понимать значение своих действий и руководить ими.

Экономические преобразования настоящего времени, изменившие правовой статус граждан с расширением имущественных прав, актуализировали проблему незащищенности лиц с психическими расстройствами. Особенно это значимо для больных, страдающих шизофренией в связи с тем, что в прежних социальных условиях действовал принцип патернализма с более широким использованием института недееспособности для этих лиц.

Анализ практики судебно-психиатрических экспертиз по гражданским делам о признании гражданина недееспособным показывает, что экспертное решение о том, что больной, страдающий шизофренией, не может понимать значение своих действий и руководить ими, зачастую выносится лишь на основании диагноза психического расстройства без учета клинико-динамических особенностей заболевания и социальных показателей. В современных условиях с расширением права на частную собственность этот подход содержит в себе высокий риск ущемления прав психически больных.

Изменение общей парадигмы оказания психиатрической помощи: «От психиатрического стационара к общине», которая достаточно широко внедряется в Российской Федерации (сокращение сроков пребывания больного в стационаре, смещение акцентов оказания психиатрической помощи в сторону амбулаторного лечения) предполагает лечение и жизнь больных вне психиатрических стационаров. Подобный подход определяет необходимость, как можно дольше, сохранять дееспособность больного шизофренией, что имеет благоприятное психотерапевтическое влияние на его психическое состояние и способствует ресоциализации данной категории граждан.

Успехи современной психофармакотерапии определяют более благоприятный прогноз течения эндогенных заболеваний, в том числе и параноидной шизофрении, которая ранее в большинстве случаев приводила к формированию грубых дефицитарных изменений. С появлением новых препаратов связан лекарственный патоморфоз шизофрении, при которой больные достаточно длительное время могут вести самостоятельную жизнь.

Постановлением от 27 февраля 2009 г. № 4-П Конституционный Суд РФ признал не соответствующими Основному закону ряд положений ГПК РФ и Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Теперь вопрос о недееспособности психически больного гражданина не может решаться в его отсутствие (если его присутствие в судебном заседании не создает опасности для его жизни либо здоровья или для жизни либо здоровья окружающих). Также гражданин, признанный недееспособным, имеет право обжаловать решение суда в кассационном и надзорном порядке в случаях, когда суд первой инстанции не предоставил ему возможность изложить свою позицию лично либо через выбранных им представителей, при том что его присутствие в судебном заседании не было признано опасным для его жизни либо здоровья или для жизни либо здоровья окружающих.

Правового и экспертологического анализа требует и Федеральный закон от 24.04.2008 № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве», который с одной стороны, более строго подходит к защите прав недееспособных граждан, а с другой – содержит ряд «исключений», которые предоставляют опекуну широкие возможности по распоряжению имуществом опекаемого.

Таким образом, наблюдающийся лекарственный патоморфоз шизофрении в сторону появления стертых форм с более благоприятным прогнозом, переход от патернализма к партнерству в системе оказания психиатрической помощи, изменения законодательной базы, направленные на расширение прав граждан с психическими расстройствами, определяют необходимость пересмотра имеющихся экспертных критериев признания гражданина недееспособным в сторону расширения показаний к дееспособности. Особую актуальность приобретает необходимость разработки критериев «присутствия в судебном заседании», т.е. возможной опасности для жизни либо здоровья больного или для жизни либо здоровья окружающих, что предопределяет соблюдение прав гражданина при признании его недееспособным, а также и при обжаловании им судебного решения.

ОСОБЕННОСТИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ И НЕРВНОЙ БУЛИМИЕЙ

*М.В. Коркина, М.С. Артемьева,
Р.А. Сулейманов (г. Москва)*

Нервная анорексия (НА) и булимия (НБ) в МКБ-10 включены в диагностическую рубрику F50 и рассматриваются в рамках традиционных типов невротических нарушений, что подразумевает отнесение их к пограничным психическими расстройствами, при которых, как правило, отсутствуют показания к недобровольной госпитализации. Вместе с тем, комплексное катамнестическое прослеживание более 1000 больных нервной анорексией, ведущееся с 1956 г. сотрудниками кафедры психиатрии РУДН показывает, что лечение нервной анорексии и булимии вне специализированных психиатрических стационаров закрытого типа либо в амбулаторных условиях является контрпродуктивным. В настоящее время в качестве показаний к недобровольной госпитализации больных НА и НБ рассматривается выраженность кахексии, которая с одной стороны, не всегда присутствует на булимическом этапе заболевания, а на аноректической стадии нередко имеет столь выраженную форму, что препятствует получению согласия администраций психиатрических стационаров на госпитализацию. Известно, что в связи с диссимуляцией истинных причин заболевания больные НА и НБ длительное время являются пациентами различных специалистов: эндокринологов, гинекологов, гастроэнтерологов, терапевтов, невропатологов, что отдалает сроки начала лечения основного заболевания. Однако и в случае госпитализации в лучшие психиатрические стационары страны, больные лишены возможности получения комплексной квалифицированной медицинской помощи ввиду отсутствия специфического опыта лечения такого рода пациентов и условий их содержания. На кафедре психиатрии РУДН создан специализированный центр по лечению НА и НБ, подготовлен ряд специалистов, наработан уникальный научно-практический опыт ведения данной категории пациен-

тов. Однако больные НА и НБ по-прежнему получают лечение в общегородских острых психиатрических отделениях, в условиях совместного пребывания с больными с тяжелой психотической симптоматикой, что не только не способствует эффективности терапии, в том числе и ввиду отсутствия комплексной специализированной базы, но и препятствует формированию комплаентности. Последняя необходима для создания долгосрочного тандема врач-больной, поскольку НА и НБ являются грубо дезадаптирующей патологией и требуют немалых экономических затрат не только в связи с длительностью и высокой частотой повторных госпитализаций, но и необходимостью лечения соматических осложнений, приобретающих хронический характер. Современные эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что вероятность полного выздоровления при нервной анорексии относительно невелика, а случаи спонтанного выздоровления являются казуистикой. При нервной анорексии отмечается максимальная смертность среди всех пациентов с психическими расстройствами, достигающая, по многочисленным данным 30-40% при десятилетнем наблюдении и возрастающая с продолжительностью катамнестического прослеживания, при этом 2-е место по частоте причин смертности после соматических осложнений занимает суицид. Несмотря на то, что долгосрочный прогноз для пациенток, получавших стационарное лечение значительно лучше, уровень обеспечения дополнительных больничных мест для данной категории больных остаётся крайне низким, а специализированные отделения отсутствуют. Таким образом, бремя лечения больных НА и НБ ложится на плечи частнопрактикующих специалистов, нередко не имеющих специального образования и опыта и не способных реалистично отнестись к возможному прогнозу заболевания, и коммерческих клиник, предоставляющих комфортные условия пребывания с трудно предсказуемыми результатами лечения.

ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ В ПРОБЛЕМАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

*Е.Г. Королева
(г. Гродно, Белоруссия)*

В 1960-х годах несколько сил объединилось, с целью сместить акцент со стационарной на амбулаторную помощь. Одна из важных задач современной психиатрии заключается том, чтобы добиться пребывания меньшего числа людей в больницах в течение меньшего числа дней.

Благодаря успехам фармакотерапии психических заболеваний центр тяжести лечебной помощи перемещается во внебольничные условия. Пациенты психиатрической службы заговорили: «Я не просто психически больной. Я – такой же человек, но который страдает психическим расстройством, или какими-то психиатрическими проблемами, либо какими-то эмоциональными нарушениями». Инвалид – это человек, как и другие, стремящийся иметь работу, дом, друзей, иметь, к кому обратиться в трудную минуту.

Целью реабилитации всегда остается улучшение качества жизни и ее нормализация, улучшение функционирования личности в конкретном окружении.

Реабилитационное вмешательство направлено не на причины болезни, а на функционирование личности в настоящее время; реабилитационный диагноз акцентирует внимание на сохранившихся возможностях больного; реабилитационное вмешательство основывается на этом реабилитационном диагнозе и имеет целью развить возможности больного и усилить его поддержку извне.

Не следует откладывать начало реабилитационных мероприятий до завершения острого состояния, поскольку не всегда ясно, являются ли наблюдаемые симптомы только частью острого процесса или они будут наблюдаться и после лечения острого состояния.

Специалисты психиатрической реабилитации часто излишне озабочены психиатрическим диагнозом, хотя исследования по ре-

абилитации свидетельствуют: диагностический ярлык сам по себе дает мало информации, имеющей отношение к назначению реабилитационных вмешательств или к прогнозу их эффективности.

Каковы пожелания проведения реабилитации в будущем?

– Важно оставить в прошлом споры о преимуществах больничного лечения перед лечением по месту жительства и определить функции, которые при каждом из этих видов помощи выполняются лучше.

– Необходимо рассматривать психиатрическое лечение и психиатрическую реабилитацию не как конкурирующие, а как взаимодополняющие модели.

– В будущем система психического здоровья, должна не навешивать на лиц, пользующихся ее услугами, диагностические ярлыки, а видеть в них, прежде всего людей, и должна создавать новые программы, а не новые ярлыки для пользователей и их семей.

В будущем система психического здоровья должна быть построена таким образом, чтобы никому не отказывать в получении реабилитационных услуг так часто и так долго, как это необходимо и желательно для пользователя:

– Лица с психическими расстройствами должны получать необходимую и желательную помощь, не уронив при этом своего человеческого достоинства. Система психического здоровья, должна признавать и ценить положительные качества лиц с психическими расстройствами.

– Мы должны стать обществом, которое предпочитает беспокоиться об улучшении качества жизни лиц с психическими расстройствами, а не об экономии средств на помощь им.

– Система психического здоровья должна руководствоваться целями пациента, а не своими целями.

ОТДЕЛЬНЫЕ КАЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА – МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

*В.Г. Косенко, И.С. Король, Г.А. Хлопин,
Л.Ф. Смоленко, А.А. Жарикова (г. Краснодар)*

Общеизвестно, что население ЮФО этноконфессиональное, а его территориальные службы имеют различный уровень экономического потенциала.

В нескольких публикациях мы изложили результаты аналитического исследования состояния психического здоровья на основе анализа комплекса показателей, таких как: заболеваемость, болезненность, инвалидность, частота самоубийств, в том числе и среди душевнобольных, в динамическом сопоставлении за последние 5 лет.

По данным официальной статистики, население ЮФО с 2004 года по настоящее время увеличилось, преимущественно за счёт встречных миграционных процессов на 0,05%, и на 1.01.09 г. составило 22млн.860 тыс. чел., или около 16% от всего населения России. Незначительный его рост за указанный период отмечен только в Краснодарском крае, Кабардино-Балкарии, Калмыкии, Северной Осетии, Карачаево-Черкессии и Чеченской республике.

Число лиц, зарегистрированных врачами-психиатрами округа, за последние 5 лет увеличилось на 2,4% и на сегодняшний день достигает 603,7 тыс. человек, или 2,6% населения, среди которых 22,5% - дети и подростки в возрасте от 0 до 17 лет включительно.

Из числа лиц, страдающих психическими расстройствами – 41,6% составляют женщины (2004г. – 40,9%), а 42,7% - проживают в сельской местности (2004г. – 40,7%).

Кроме числа лиц, зарегистрированных врачами-психиатрами округа, ещё около 11 тысяч хронизированных душевнобольных находятся в домах-интернатах системы социальной защиты населения.

Особенности Южного Федерального округа, эпизодически проявляющиеся в межнациональных противостояниях, в появлении большого количества беженцев, частых природных и техногенных

катастрофах, в сочетании с действием общего социального стресса, дают благоприятную почву для развития в регионе пограничных нервно-психических расстройств, доля которых в структуре распространённости психической патологии в ЮФО с 2004 г. выросла на 1,1% и составляет в настоящее время 48, 7%.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В НАСЕЛЕНИИ ЮЖНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА – ПОКАЗАТЕЛИ БОЛЕЗНЕННОСТИ ЗА 2004-2008 гг.

*В.Г. Косенко, И.С. Король, Л.Ф. Смоленко,
С.Е. Ермаков, Ю.В. Гридина (г. Краснодар)*

За последние 5 лет в ЮФО отчетливо отмечается отрицательная динамика показателя болезненности психическими расстройствами с 25,8 до 26,4 на 1000 населения, что наглядно видно из прилагаемой таблицы.

Общая болезненность психическими расстройствами населения ЮФО (2004–2008 гг.)

Субъект ЮФО	2004		2008	
	Абс.	Болезненность на 1000 населения	Абс.	Болезненность на 1000 населения
Краснодарский край	17663	34,6	183699	35,8
Ставропольский край	72289	27,5	64410	23,8
Астраханская область	31352	31,3	35021	35
Волгоградская область	71179	26,6	72076	27,6
Ингушетия	3255	68	3892	7,8
Ростовская область	104363	23,9	103931	24,4
Адыгея	10809	24,3	11053	25,1
Дагестан	69584	26,7	75396	28,1
Кабардино-Балкария	12880	14,3	13329	15
Калмыкия	7970	27,4	78,02	27,3
Северная Осетия	11576	16,4	13319	19
Карачаево-Черкессия	10646	24,4	10413	24,4
Чеченская республика	6827	6,1	9338	7,6
Всего по ЮФО	589393	25,8	603679	26,4

Из данных таблицы видно, что общая болезненность отчетливо увеличилась в Краснодарском крае (на 3,6 %), Дагестане (на 4,9 %), Волгоградской (на 5,2 %) и Астраханской (на 11,7 %) областях, Ингушетии (на 13,9 %), Северной Осетии (на 15,8 %), Чеченской республике (на 24,3 %) и отмечалось ее снижение в Ставропольском крае (на 13,2 %).

Чтобы не приводить ниже аналогичные развернутые таблицы, характеризующие показатели болезненности среди детей и подростков, мы сочли уместным осветить лишь суммированные данные, характеризующие тот или иной субъект Федерации.

Среди детей в возрасте до 14 лет показатель болезненности увеличился на 6,5 % и на 01.01.2009 г. составил по ЮФО – 25,7 на 1000 детского населения. Этот показатель имел наибольшую тенденцию к росту в детской популяции Волгоградской области (на 21,8 %), Адыгее (на 23,8 %), Астраханской области (на 34,8 %), Чеченской республики (на 71,7 %), Ингушетии (на 91 %). В Ростовской области он снизился на 8,5 %.

В подростковой когорте болезненность увеличилась в Калмыкии (на 16,5 %), Дагестане (на 19,4 %), Краснодарском крае (на 20,4 %) и уменьшилась в Ставропольском крае (на 13,9 %), Ростовской области (на 32,4 %), Адыгее (на 34,7 %).

Средний показатель подростковой болезненности по Южному Федеральному округу за анализируемый период вырос на 0,9 % и составил в 2008 году 36,9 % на 1000 подросткового населения.

Из сказанного следует, что в населении ЮФО имеется отчетливая тенденция роста показателей, характеризующих распространенность и накопление психически больных.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА В ДИНАМИЧЕСКОМ СОПОСТАВЛЕНИИ ЗА 2004 – 2008 гг.

*В.Г. Косенко, Н.А. Матарова, Н.Н. Серопьян,
И.Н. Вакула, Г.А. Хлопин (г. Краснодар)*

Заболеваемость психическими расстройствами среди детей (10-14 лет) за последние 5 лет в целом по округу снизилась на 2,3%, достигнув в 2008 году 4,2 на 1000 населения, что наглядно видно из данных, приведенных в таблице.

Первичная заболеваемость психическими расстройствами детского населения ЮФО (2004 – 2008 гг.)

Субъект ЮФО	2004		2008	
	Абс.	Заболеваемость на 1000 населения	Абс.	Заболеваемость на 1000 населения
Краснодарский край	4743	5,8	4798	6,4
Ставропольский край	1138	2,5	709	1,7
Астраханская область	755	4,2	969	5,9
Волгоградская область	2078	5,1	25,39	7,0
Ингушетия	60	0,4	82	0,6
Ростовская область	2703	4,2	2449	4,2
Адыгея	165	2,2	174	2,5
Дагестан	4969	7,7	3411	5,4
Кабардино-Балкария	482	2,6	374	3,1
Калмыкия	197	3,2	336	2,8
Северная Осетия	336	2,5	336	2,8
Карачаево-Черкессия	174	2,0	194	2,5
Чеченская республика	53	0,2	7,2	0,2
Всего по ЮФО	17853	4,3	16307	4,2

Из приведенной таблицы видно, что наибольшая положительная динамика отмечалась в Ставропольском крае и Дагестане. Вместе с тем, настораживает факт некоторого роста этого показателя

теля в Краснодарском крае (на 10,3 %), Волгоградской области (на 37,3 %) и Астраханской области (на 40,5 %).

Среди подросткового контингента, в целом по ЮФО показатель заболеваемости также имеет тенденцию к снижению. С целью сокращения объема данной статьи, мы сочли также уместным опустить табличную развертку, а лишь осветить суммарные обобщающие результаты.

Нами установлено, что снижение показателя заболеваемости в целом по округу составляет на 5,6 % , который в 2008 году составил 4,3 на 1000 соответствующего населения. В этой возрастной категории заболеваемость имела рост только в Краснодарском крае (2008 - 7,1; 2004 – 5,6), Дагестане (2008 – 8,4; 2004 – 7,0) и Чеченской республике (2008 - 1,1; 2004 – 0,6). Значительное снижение отмечалось в Астраханской (2008 – 3,5; 2004 – 8,5) и Ростовской (2008 – 3,3; 2004 – 6,0) областях, Карачаево-Черкессии (2008 – 1,7; 2004 – 4,1) и Адыгее (2008 – 1,0; 2004 – 2,9).

Полученные неоднородные сведения обусловлены, в первую очередь, этнокультуральными особенностями территориального населения, а также степенью доступности и уровнем оказания специализированной психиатрической помощи детскому и взрослому населению.

В целом же, это сказывается как на снижении выявляемости психически больных, так и на показателе первичной заболеваемости.

ОТДЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПСИХИАТРИИ ЮЖНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА В ДИНАМИЧЕСКОМ СОПОСТАВЛЕНИИ (2004-2008 гг.)

*В.Г. Косенко; И.С. Король; Н.А. Матарова;
А.В. Солоненко; А.А. Жарикова (г. Краснодар)*

В данном сообщении мы приводим результаты углубленного анализа о лицах, получающих специализированную медицинскую помощь во внебольничных учреждениях ЮФО в динамическом сопоставлении, за последние 5 лет.

Нами установлено, что консультативно-лечебную помощь (абс. кол-во;%) в 2004 году получали 263584 пациентов, тогда как в 2008 году их стало уже 293045, т.е. на 11,2% больше.

Количество пациентов состояло на диспансерном психиатрическом учете в 2004 году – 272755, а в 2008 году – 265015, что на 3,9% меньше, суммарное количество диспансерно наблюдаемых в 2008 году (265 тыс.чел.) составляет 43,9% от общего числа зарегистрированных больных.

При этом в Дагестане, Ингушетии, Карачаево-Черкессии, Калмыкии, Кабардино-Балкарии, Чечне, Северной Осетии, Адыгеи и Ростовской области, группа диспансерного наблюдения значительно превышает категорию больных, получающих консультативно-лечебную помощь. Данное обстоятельство позволяет усомниться в правомерности установления в этих территориях диспансерного наблюдения над лицами, страдающими психическими расстройствами.

Динамику нозологической структуры психических расстройств мы сочли для большей наглядности представить в виде обобщающих показателей за последние 5 лет:

Нозологические формы	2004 г.		2008 г.	
	Абс. число больных	% от числа зарегистрированных	Абс. число больных	% от числа зарегистрированных
Психозы	136642	23,2%	135467	22,4% (-0,8%)
Непсихотические формы психических расстройств	280509	47,6%	293923	48,7% (+1,1%)
Умственная отсталость	172242	29,2%	174289	28,9% (-0,3%)

Из данных таблицы видно, что доля пограничных нервно-психических расстройств в структуре распространенности психической патологии в ЮФО составляет в настоящее время 48,7%.

Несмотря на то, что количество лиц с умственной отсталостью с 2004 года выросло на 1,2%, их составляющая часть в общей нозологической структуре уменьшилась на 0,3%.

Третью позицию, как и в 2004 году оставили за собой психотические психические расстройства – 22,4% с той лишь разницей, что их доля уменьшилась на 0,8%.

В 2008 году среди лиц с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства непсихотические психические расстройства составили 70,1% (2004 г.-68,9%); психозы – 18,0% (2004 г. – 18,1%), умственная отсталость – 11,9% (2004 г. – 13%).

Одним из важных показателей психического здоровья населения является частота совершаемых ими самоубийств. Количество суицидальных попыток среди психически больных в ЮФО с 2004 года выросло на 11,5% и в 2008 году составило 563 случая. При этом, среди лиц, находящихся на диспансерном наблюдении число суицидентов уменьшилось на 26,6%, а среди получающих консультативно-лечебную помощь возросло на 68,1%. Количество завершенных суицидальных попыток уменьшилось на 29,1%. При этом, среди лиц, находящихся на диспансерном наблюдении этот показатель снизился в 1,5 раза, а в группе, получающей консультативно-лечебную помощь в 1,25 раза.

Наибольшее число завершенных суицидов среди душевнобольных отмечается в Волгоградской и Ростовской областях, Краснодарском и Ставропольском краях. Не зарегистрировано в 2008 году ни одного случая суицидов в Ингушетии, Северной Осетии и в Чеченской Республике.

С учетом вышеизложенного можно констатировать наличие высокого роста непсихотических психических расстройств наряду с некоторым снижением уровня психозов и умственной отсталости в общей диагностической структуре, а также ростом суицидальных попыток среди психически больных.

ПОКАЗАТЕЛИ ИНВАЛИДНОСТИ В СВЯЗИ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ОТДЕЛЬНЫЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ОПТИМИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЮФО

*В.Г. Косенко, Л.Ф. Смоленко, А.В. Солоненко,
С.Е. Ермаков, Н.Н. Серопьян (г. Краснодар)*

Для более краткого и сгруппированного изложения сведений об инвалидах в связи с психическими расстройствами за последние 5 лет, мы сочли уместным максимально полно распределить их в приведённой таблице:

Распределение инвалидов	2004	2008
Общее количество инвалидов, из них 1-2 группа	153177 142396	158782 145744
Признано впервые	8097	6994
Количество детей-инвалидов (0-17 лет), в том числе признано впервые	23343 2582	21648 2157
Количество инвалидов трудоспособного возраста	76777	78808
Работает инвалидов, в т.ч. и в ЛПМ и в спец.цехах	4096 388	3899 102

Из данных приведённой таблицы следует, что абсолютное число больных, имеющих инвалидность вследствие психических расстройств, увеличилось на 3,7%, достигнув на 01.01.09 г. – 158,8 тыс. человек или 26,3% от общего числа зарегистрированных психически больных (2004 г. – 26,0%). При этом, количество лиц впервые признанных инвалидами уменьшилось на 13,6%. В 2008 году из общего числа инвалидов детско-подростковая категория составляла 13,6%, в то время, как в 2004 году – на 1,6% больше. Среди впервые признанных инвалидами лиц в возрасте 0-17 лет было 2157 человек или 30, 8% (2004 – 31,8%). Инвалидность вследствие психических расстройств характеризуется значительной тяжестью: 91,8% психически больных имеют 1 и 2 группу инвалидности.

Среди инвалидов – 49,6% лица трудоспособного возраста, а работали из них в различных сферах производственной деятельности – 2,2% (2004 г. – 5,3%). По данным статистического отчёта в Ингушетии, Кабардино-Балкарии и Чечне не трудоустроен ни один инвалид. Возможность вовлекать инвалидов в трудовые процессы в условиях ЛТМ или спец. цехов сохранилась лишь только в Волгоградской, Ростовской, Астраханской областях, в Краснодарском и Ставропольском краях, Северной Осетии. При этом, количество работающих инвалидов с 2004 года по настоящее время, сократилось в 3,8 раза.

Отсюда следует, что в территориальном населении ЮФО происходит увеличение числа инвалидов в связи с психическими расстройствами и их крайне низкий уровень социально-трудовой реабилитации.

Проведенный нами анализ динамики основных показателей свидетельствует о неблагоприятном состоянии психического здоровья населения ЮФО, которое обусловлено не только комплексом социально-экономических и этнокультуральных факторов, но и недостаточно эффективной деятельностью психиатрической службы, которая требует серьёзных преобразований в ряде территориальных субъектов ЮФО.

Эти преобразования, в первую очередь, должны быть направлены на укрепление материально-технической базы психиатрии и её кадрового потенциала, развитие стационарзамещающих форм оказания психиатрической и психологической помощи, совершенствование системы социальной помощи психически больным, искоренение стигматизации в обществе, как в отношении душевнобольных, так и целой отрасли здравоохранения, которая оказывает им помощь.

ОСОБЕННОСТИ ИНФОРМИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ О ХАРАКТЕРЕ ИХ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

А.Н. Крупнов (г. Рязань)

Согласно закону «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на получение в доступной для них форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения. Психиатр обязан обсуждать с пациентом проблемы его психического здоровья, стремиться к установлению с пациентом «терапевтического сотрудничества», основанного на взаимном согласии, доверии, правдивости и взаимной ответственности. При этом психиатру следует избегать причинения пациенту психической травмы и стараться вселить надежду на лучшее. Однако как ранее, так и до сих пор, многие специалисты считают целесообразным не сообщать пациенту «лишнюю» информацию о его заболевании. В моей практике основные трудности в сообщении информации о характере расстройства возникают при наличии у пациента диагноза «шизофрения». Профессор В.А. Тихоненко с соавт. (1996) даёт рекомендации относительно того, какими деликатными способами можно «обойти» использование конкретных медицинских терминов и объясняет это тем, что часто душевнобольных волнует не медицинская терминология, а объяснение сути происходящего с ними. Предлагается применение следующих формулировок: «нервное расстройство», «тяжелое нервно-психическое расстройство», «приступ психоза» и т.д. Однако, как показывает практика, многие остаются неудовлетворенными такими ответами, испытывают тревогу, раздражение и продолжают самостоятельный поиск ответа на свой вопрос, суть которого можно сформулировать следующим образом: «У меня шизофрения?». Для многих пациентов и их родственников термин «Шизофрения» ассоциируется с тяжёлым, неизлечимым заболеванием, наряду с такими терминами, как «рак» и «СПИД». Пациенты склонны воспринимать «эти диагнозы» как

приговор. Хочу обратить внимание, что осознание такого рода расстройств может проходить те же стадии, что и осознание мысли о смерти: отрицание, гнев, торг, депрессия и принятие. Конечно, не у всех пациентов можно наблюдать последовательное прохождение всех указанных стадий от начала до конца, что является следствием личностных особенностей и особенностей клиники шизофрении. Большую роль в искажении осознания и принятия своего заболевания у больных шизофренией играет активная психотическая симптоматика и нарастание выраженности дефекта в эмоционально-волевой сфере. Важно дифференцировать «здоровый интерес» к своему заболеванию от возможных бредовых идей. Но даже при искажении процесса принятия болезни требует времени, имеет свои особенности и требует от врача психиатра индивидуального подхода к каждому пациенту. Только после принятия пациентом своего заболевания возможно эффективное обучение пациента новым стратегиям поведения в сложившейся ситуации. Учитывая же загруженность рабочего времени участкового врача психиатра, как первичного звена оказания психиатрической помощи, необходимо налаживание тесной взаимосвязи и взаимопомощи со службами социальной психиатрии и реабилитации. При этом нельзя допускать полного перекладывания ответственности за информирование пациентов о характере их заболевания на указанные службы. Информирование пациента должно оставаться обязанностью квалифицированного участкового психиатра.

ПРОБЛЕМА ПОСТУПКА КАК ЭТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА ПСИХИАТРИИ

М.Г. Кряжев (г. Казань)

Согласно Аристотелю, поступки – предмет этики, которая их рассматривает, выясняя, какое поведение является правильным. Поэтому этика имеет статус истины в последней инстанции там, где квалифицируется поведение человека. Но поскольку такая квалификация – это тоже поведение, то возникает *этическая проблема диагностики поступка*.

Категория *diagnosis* здесь применима, поскольку само понятие поступка имплицитно включает в себя некоторое отклонение от нормы, некоторую аномалию. Кто может быть здесь диагностом? Или, иными словами, а судьи кто? В самом общем виде решение этой проблемы сформулировано в Библии как пожелание «Врачу, исцелися сам!» Одним из скандально известных примеров данной проблемы является психоанализ, «узурпировавший права на владение смыслом», так что «возникла возможность проституировать интерпретацию». То есть, не является этичным поведение психоаналитика, полагающего, что его интерпретации единственно верные и навязывающего тем свои идеи пациенту.

В судопроизводстве, чтобы избежать субъективности, квалификация поведения подсудимого производится с двух позиций: обвинения и защиты. Возможно, такая «стереозтика» (Эпштейн М.) и в психиатрии могла бы стать решением аналогичной проблемы, которая в Кодексе профессиональной этики психиатра сформулирована как императив: «Личные предубеждения психиатра или иные профессиональные мотивы не должны оказывать воздействие на диагностику и лечение». К сожалению, запретом такое влияние вряд ли можно ликвидировать, оно присуще процедуре интерпретации, субъектность которой – причина её принципиальной субъективности. Некоторые авторы полагают, что никто, в том числе и психиатр не может быть непредвзятым экспертом. Вместе с тем, в психиатрии вряд ли уместно супервизорство, «стереозтика». Нет также и такой этической теории, «обратившись к которой специалист сможет достаточно легко и однозначно определить, какие поступки ему следует или не следует совершать». Какие же могут быть перспективы решения указанной проблемы? Она ведь заключается в субъективной убежденности лица, выносящего суждение о поступке, в своём праве судить. Как сказал У. Джеймс: «Если кто-нибудь поступает хорошо, мы похвалим его, если он поступает дурно, мы накажем его, – независимо от каких бы то ни было теорий насчет его поступков».

Такая убежденность релевантна при совершении действий, совершаемых в субъект-объектной ситуации, но в субъект-субъектной парадигме (переход к которой, кстати, некоторыми авторами

рассматривается как основная этическая проблема психиатрии) у поведения есть свой семиотический аспект. При этом, говоря словами М.М. Бахтина, «поступочность» неустраима, так как даже занятие той или иной позиции – уже поступок. И если нельзя этого избежать, то нужно осознать это обстоятельство как этическую проблему и пытаться найти её решение. Известным прецедентом такой попытки является феноменологический подход к диагностике как к своего рода распознаванию образов (клинических картин). Исходя из вышесказанного, целесообразно было бы разработать и семиотический подход к проблеме совершения клиницистом диагностически значимых поступков в принципиально неоднозначной знаковой ситуации.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБОЙ ОБРАЗОВАНИЯ

И.Л. Левина

(г. Новокузнецк, Кемеровская область)

Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что уровень психического здоровья детей и подростков в России очень низкий. Современная психиатрическая служба не может обеспечить оказание необходимой психолого-психиатрической помощи больным детям и подросткам, что связано с особенностями организации структуры психиатрической помощи и ее функционирования в виде «замкнутой традиционной матрицы» специализированной службы, а также распространенной у населения стратегии избегания встреч с врачом-психиатром.

Помимо учреждений здравоохранения, психолого-психиатрическая и психотерапевтическая помощь детям и подросткам оказывается и в учреждениях системы образования. Речь идет о Центрах психолого-медико-психологического сопровождения, в составе которых работают психологи, логопеды, педагоги, занимающиеся формированием здорового образа жизни и здорового поведения. Кроме того, некоторые школы имеют в штатном распи-

сании должность психолога, а в отдельных случаях располагают и своей психологической службой.

Взаимодействие учреждений детской психиатрической службы здравоохранения и учреждений системы образования, занимающихся здоровьем детей, практически отсутствует или носит эпизодический характер. Специалисты системы образования, занимающиеся проблемой психического здоровья детско-подросткового населения, используют в своей работе психолого-педагогические средства и методы, что затрудняет возможность получения статистически однородных данных, позволяющих выносить суждение о состоянии проблемы.

С целью преодоления данного затруднения сотрудниками НИИ комплексных проблем гигиены и профзаболеваний СО РАМН, Кустового медицинского информационно-аналитического Центра совместно с учеными Кузбасской государственной педагогической академии и практическими психологами системы образования г. Новокузнецка разработана система оценки психического здоровья школьников как на индивидуальном, так и на популяционном уровне. Система представлена двумя программными обеспечениями, функционирующими как во взаимосвязи, так и автономно друг от друга (по желанию и возможностям пользователя) и формирующими на «выходе» оценки психологического состояния и психического здоровья по двум уровням: индивидуальному и общественному. Система мониторинга уровня психического здоровья является частью системы социально-гигиенического мониторинга образовательных учреждений г. Новокузнецка «Образование и здоровье».

Система обеспечивает компьютерную интеграцию показателей с целью комплексного представления состояния психического здоровья обучающихся в виде группы психического здоровья. Группа психического здоровья как интегрированная оценка фактического состояния устанавливается на основании пяти критериев: психологического, социально-психологического, клинического, критерия эффективности учебной деятельности и биологической предрасположенности.

Распределение по группам здоровья обследованных сравнивается с нормативной моделью (стандартом благополучия), разра-

ботанной и согласованной группой экспертов. По соответствию полученных результатов стандарту благополучия рассчитывается индекс психического здоровья школьников образовательного учреждения, района, города в целом. Полученные результаты интегрированной оценки психического здоровья дают возможность организаторам общественного здоровья любого уровня оценить уровень психического здоровья детей и подростков с целью выявления критических отклонений, требующих вмешательства и осуществления профилактических мероприятий.

В течение 2006-09 годов обследовано более 14 тысяч обучающихся 60 школ г. Новокузнецка. Результаты мониторинга показали пониженный уровень психического здоровья детско-подросткового населения. Выявлено, что доля детей и подростков IV группы психического здоровья, т.е. имеющих клинические проявления психического неблагополучия, составляет от 20,2 до 26,8% в зависимости от возраста.

По результатам мониторинга разработана программа коррекции выявленных нарушений в виде системы мероприятий первичной, вторичной и третичной профилактики, цель которой – целенаправленное и комплексное воздействие для повышения адаптационных возможностей, улучшения психологического состояния и укрепления психического здоровья обучающихся. Большинство мероприятий этой программы рассчитано на реализацию усилиями специалистов системы образования. Однако, около четверти детей и подростков требует квалифицированной помощи врачей-психиатров. Это касается назначения психофармакологических средств, постановки на диспансерный учет, в отдельных случаях – госпитализации. Однако, родители таких детей, как правило, отказываются идти на прием к психиатру. Во многих Центрах психолого-медико-педагогического сопровождения нет ставок врачей-психиатров. Поэтому большая категория больных детей и подростков оказывается практически без помощи.

Европейский план действий по охране психического здоровья (Хельсинки, 2005 г.) предполагает создание служб охраны психического здоровья, адаптированных к потребностям детей и подростков, работающих в тесном сотрудничестве с семьями, школа-

ми, центрами здоровья, но реализация на практике этого плана затруднена, что связано как с ведомственной разобщенностью служб психического здоровья, так и ведомственной закрытостью психиатрических учреждений. Необходимо развитие партнёрского сотрудничества различных отраслей и ведомств в деле охраны психического здоровья подрастающего поколения.

ПРИНЦИПЫ СОВМЕСТНОЙ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ ПСИХИАТРА И СПОРТИВНОГО ВРАЧА ПРИ НАРУШЕНИЯХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

*Р.И. Маковеев, А.Е. Брюхин
(г. Москва)*

Нарушения пищевого поведения (НПП) характеризуются патологическим недовольством собственной внешностью (синдром дисморфофобии- дисморфомании) и разнообразными методами её коррекции. Большое число людей с подобными расстройствами являются клиентами фитнес - клубов и стремятся к коррекции своей фигуры путем больших физических нагрузок, помимо ограничений в еде и голодания; ежедневно посещают спортивные залы, постоянно наращивая интенсивность тренировок. Часть клиентов проходила лечение в профильных стационарах, многие амбулаторно принимали назначенные врачом лекарства.

Кафедрой проведено исследование, направленное на выявление группы риска развития НПП в популяции, определение мотивации к занятиям фитнесом. Также определялась роль лечебной физкультуры (ЛФК) и эффективность её применения в лечении больных с нервной анорексией (нервной булимией).

Для изучения отношения к собственной внешности, физической нагрузке была исследована группа лиц женского пола, состоящая из 140 человек, среди которых 100 – клиенты фитнес - центров, а 40 – больные с НПП, проходившие лечение в Городской клинической психиатрической больнице № 14 г. Москвы.

Исследование осуществлялось методом анкетирования. Была разработана «Анкета самооценки и отношения к физической культуре», а также «Карта оценки эффективности ЛФК» для группы больных, проходящих лечение в ГКПБ №14 и посещающих ЛФК.

На основании анкетирования у больных нервной анорексией (булимией) определялась степень тяжести расстройств пищевого поведения в анамнезе, мотивы к регулярным физическим нагрузкам. На основании той же анкеты среди посетителей фитнес - клубов выявлена группа риска развития НПП: определены характер пищевого поведения, мотивы к занятиям фитнесом, выбор оптимальных видов физической активности в рамках предлагаемых клубом программ и эффективность тренировочного процесса, позволяющего достичь поставленных целей.

В группе пациентов с НПП доказано положительное влияние ЛФК на соматическое состояние больных. Психотерапевтическая роль ЛФК заключается в уменьшении дисморфоманических переживаний, редукции волевых расстройств, оживлении эмоциональности, социальных контактов, появлении критического отношения к своему состоянию. Таким образом, использование ЛФК в комплексном лечении и реабилитации больных с НПП эффективно помогает нормализации психосоматического состояния, несет важное психотерапевтическое воздействие, сокращает сроки госпитализации. Выявлена необходимость тесного взаимодействия психиатров и специалистов в области ЛФК для достижения максимально быстрой, стойкой ремиссии, а также для определения формы физической активности во внебольничных условиях.

Выявление группы риска развития или прогрессирования нервной анорексии (булимии) среди посетителей фитнес - центров может являться одним из аспектов работы спортивного врача клуба. Это имеет решающее значение при выборе методики тренинга в тренажерном зале, групповых программах, бассейне. Таким образом, появится альтернативный способ подхода к фитнесу у клиентов группы риска с целью уменьшения дисморфофобических переживаний, нормализации соматического состояния. Регулярное консультирование таких клиентов позволит вовремя выявить ухудшение их состояния, направить к специалистам в области наруше-

ний пищевого поведения. Поэтому содружественная работа спортивного врача и психиатра, особенно в случае с больными, прошедшими лечение в специализированных клиниках, имеет важное значение на этапе социально-трудовой реадaptации.

ОРГАНИЗАЦИЯ КАБИНЕТА АКТИВНОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ПРИМЕРЕ ТВЕРСКОГО ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Н.Е. Максимова, Е.В. Царева (г. Тверь)

Создание кабинета активного диспансерного наблюдения (АДН) при областном клиническом психоневрологическом диспансере было продиктовано назревшей необходимостью предупреждения общественно-опасных действий со стороны психически больных людей, а также дальнейшего совершенствования организационно - методических мер по выявлению лиц с «потенциальной» общественной опасностью. Данное амбулаторное подразделение работает в ГУЗ ОКПНД с 2003 года. Сотрудникам кабинета, работающим с социально-опасными больными, помимо достаточного клинического опыта необходимо углубленное знание социально-правовых вопросов и юридических аспектов медицинской деятельности. Основные задачи кабинета: выявление, учет и наблюдение за пациентами, попадающими под критерии АДН (совместный приказ МЗ и МВД от 30.04.97 № 133/269), их медикаментозное лечение, оказание психосоциальной помощи в структуре полипрофессиональной бригады и другие виды психопрофилактической помощи. Также в кабинете наблюдаются лица, проходящие амбулаторно-принудительное лечение (статья 100 УК РФ). Таких пациентов наблюдается двенадцать, из них расстройствами психического уровня страдает шесть человек. Работа с данным контин-

гентом проводится в тесном сотрудничестве с районными отделениями органов внутренних дел.

Под наблюдением кабинета находится 212 человек, из них расстройства психотического уровня страдает 165 пациентов. Из 13 психически больных людей, переведенных и впервые взятых под наблюдение психиатра кабинета АДН за 2008 год, количество лиц с диагнозом, установленным впервые, составляет два человека. Необходимо особо подчеркнуть, что семь пациентов из тринадцати переведены с городских психиатрических участков активно, в связи с наличием в клинической картине болезни стойких агрессивных и антисоциальных тенденций без совершения общественно-опасных деяний, что является значимым показателем активной профилактической работы кабинета в сфере предотвращения ООД среди населения.

У лиц, находящихся под наблюдением психиатров кабинета АДН, повторные правонарушения сократились в 10 раз, и составляют 0,5% по сравнению с 2003 годом (данные статистики за 2008 год). Проведенные катamnестические статистические исследования показали, что за 15 лет наблюдения, повторные деликты наблюдались у 12,2% пациентов, проходивших стационарное принудительное лечение.

Приведенные показатели отражают насущную потребность дальнейшей работы по совершенствованию деятельности кабинета, так как данная форма организации психиатрического наблюдения дает несомненные преимущества по сравнению с существующей ранее системой помощи больным и отражает актуальную тенденцию развития профилактического направления в сфере оказания психиатрической помощи.

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ ПСИХИАТРИИ

Д.А. Малкин (г. Москва)

В настоящее время нормативно-правовая база оказания психиатрической помощи осужденным далека от совершенства. Приведем лишь некоторые из актуальных проблем, требующих своего разрешения.

Уголовным кодексом РФ предусмотрено, что к осужденным, признанным ограниченно вменяемыми, могут применяться принудительные меры медицинского характера (ПММХ), соединенные с исполнением наказания. Данные меры реализуются в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра (АПНЛ) по месту отбывания наказания. ПММХ осужденным в виде стационарного психиатрического лечения законодательством не предусмотрены. Стационарное психиатрическое лечение осужденных без их согласия регламентируется Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», который является основой для организации психиатрической помощи в местах лишения свободы.

Преступления вменяемых лиц и деяния невменяемых, несмотря на их фактическую идентичность (сохраняется объективная сторона правонарушения – общественная опасность вследствие причинения вреда или ущерба правопорядку) - явления принципиально различные. В основе первых лежит умысел или неосторожность, в основе вторых – тяжелое психическое расстройство, что лишает правонарушение субъективной стороны – вины. Применение к осужденным принудительных мер медицинского характера требует иных методологических и организационных подходов по сравнению с применением аналогичных мер к лицам, совершившим общественно-опасные деяния в состоянии невменяемости.

Исполнение принудительных мер медицинского характера в отношении осужденных имеет ряд особенностей, которые практически не учтены действующим законодательством. В частности, при исполнении принудительных мер медицинского характера в отно-

шении осужденных нет необходимости установления над ними дополнительного контроля, так как необходимый его уровень обеспечивается реализацией режима соответствующего исправительного учреждения. То есть возникает правовой феномен «двойного принуждения» - содержание в местах лишения свободы помимо воли, а также принуждение к лечению. На практике одно (режим содержания) поглощает другое, и фактически речь можно вести о том, что на осужденного возлагается обязательство пройти лечение, которое отличается от обычного добровольного психиатрического лечения лишь своей процедурой – судебным порядком.

Помимо УК РФ Уголовно-исполнительный кодекс РФ предусматривает (ст. 18) назначение судом принудительных мер медицинского характера осужденному по ходатайству администрации исправительного учреждения в случае, если он представляет опасность для себя и других лиц. Однако на практике данное положение не используется. Это возникает в силу того, что критерий ПММХ полностью совпадает с одним из критериев ст. 29 Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Поэтому в случае возникновения у осужденного в силу его психического заболевания опасности для себя и других лиц они госпитализируются в психиатрический стационар в недобровольном порядке.

В случае госпитализации осужденного, отбывающего наказание в исправительном учреждении, которому назначены ПММХ, в психиатрический стационар на него не возлагается никаких дополнительных (к уже имеющимся) правоограничений; одновременно с этим судом уже решен вопрос о лишении такого осужденного права на отказ от психиатрического лечения или на прекращение лечения по своему желанию. Таким образом, вопросы, выносимые на разрешение суда при госпитализации в психиатрический стационар в соответствии с законодательством о здравоохранении (ст. 29 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»), а именно: а) есть ли необходимость в психиатрическом лечении данного гражданина? и б) ограничивает ли суд в соответствии с законом его право располагать собой и выбирать по своему желанию место пребывания? – уже судом фактически решены и на них дан положительный ответ.

В связи с этим можно предложить следующий порядок оказания психиатрической помощи осужденным, содержащимся в исправительных учреждениях и не подлежащих освобождению по болезни в случаях, когда такая помощь оказывается без учета их согласия:

а) сохранить судебный порядок принятия решения об оказании психиатрической помощи без согласия пациента, без конкретизации в судебном решении вида этой помощи - амбулаторного или стационарного;

б) перевод осужденного с амбулаторного режима психиатрического лечения на стационарный и обратно осуществляется по решению учреждений или органов уголовно-исполнительной системы на основании заключения врача - психиатра (комиссии врачей-психиатров) во внесудебном порядке;

в) госпитализация в психиатрический стационар осуществляется по решению учреждений или органов уголовно-исполнительной системы во внесудебном порядке осужденных, которым судом назначена принудительная мера медицинского характера;

г) предусмотреть возможность оказания психиатрической помощи без учета согласия осужденного по решению учреждений (органов) уголовно-исполнительной системы на основании заключения врача психиатра (комиссии врачей-психиатров) в течение определенного времени, необходимого для подготовки и рассмотрения в суде соответствующих материалов.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

*Марута Н.А., Панько Т.В.,
Колядко С.П. (г. Харьков, Украина)*

Состояние психического здоровья населения является показателем уровня его развития. По данным Всемирной организации здравоохранения психические расстройства как эндогенного, так и экзогенного генеза, составляют 8,1 % от общего числа заболеваний.

Исследования, проводимые во всех странах мира, свидетельствуют о том, что депрессивные расстройства становятся все более распространенной патологией на современном этапе развития общества. Рост депрессивных расстройств связывают с высоким темпом жизни, повышенным уровнем стрессогенности, социальной нестабильностью в различных сферах жизни, высоким уровнем миграции, сложными экономическими условиями жизни, отсутствием уверенности в будущем, сменой идеалов. Влияние всех этих факторов приводит к возрастанию факторов риска развития депрессивных расстройств.

Эпидемиологические исследования, которые были проведены в различных странах, показали, что на сегодняшний день около 400 миллионов людей страдают психическими расстройствами, среди них более 110 миллионов человек страдают депрессиями и их число постоянно увеличивается. Депрессивные расстройства как эндогенного, так и экзогенного регистра диагностируются в 2 000 000 случаях в год, из них в госпитализации нуждаются около 150 000 – 200 000 человек. Депрессивные расстройства встречаются в различных возрастных группах. Так, депрессивные расстройства среди детей до 12 лет составляют 2,00 %, среди подростков – 5,00 %, среди лиц среднего возраста – до 20,00 %, среди лиц пожилого возраста – до 30,00 % от общего числа пациентов с данной патологией. Также установлено, что одинокие люди, преобладающие среди лиц пожилого возраста, болеют депрессивными расстройствами в 2 – 4 раза чаще, чем семейные.

Проблема психического здоровья лиц пожилого возраста приобретает особую актуальность на фоне демографической ситуации, характеризующейся старением населения. Предполагается, что число лиц пожилого возраста к 2025 году превысит 1 миллиард человек. В данной ситуации Украина не является исключением: каждый четвертый житель - пенсионер по возрасту, каждый пятый переступил 50-летний рубеж. Социальная и политическая нестабильность, частые изменения в обществе, независимо от их политических и экономических результатов, являются значимыми стрессогенными факторами для наиболее уязвимых в психологическом, соматическом и материальном отношении лиц, к которым относятся, прежде всего, лица пожилого возраста. Сочетание неблагоприятных средовых факторов и объективных возрастных изменений находит выход в увеличении частоты реактивных депрессий непсихотического уровня, а также способствует проявлению ранее латентных форм эндогенной психической патологии.

Исследования последних лет свидетельствуют о том, что в различных возрастных группах депрессивные расстройства имеют определенную специфику. Депрессивные расстройства характеризуются различными клиническими проявлениями, которые затрагивают не только эмоционально-волевую сферу, но и сопровождаются соматическими симптомами, нарушениями поведения, мышления. Особые сложности при диагностике и лечении депрессивных расстройств возникают у лиц пожилого возраста, для которых характерно наличие различных соматических, кардиологических, неврологических, урологических и других расстройств. Наличие соматических жалоб в виде болевых ощущений, дискомфорта в области сердца, тахикардии, нехватки воздуха, нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта, различных сенестопатий, парестезий у лиц пожилого возраста приводит к тому, что больные обращаются за помощью к врачам-интернистам и длительное время получают симптоматическое лечение, которое не приводит к улучшению состояния. Неадекватная терапия, отсутствие позитивных изменений в состоянии, в свою очередь, приводят к усугублению тяжести состояния, нарушения социального функционирования и качества жизни пациентов. Кроме того, не-

своевременное лечение приводит к усложнению клинической картины, формированию затяжных депрессивных расстройств, повышению риска развития суицидального поведения.

Длительное лечение данной категории больных, как в условиях стационара, так и в амбулаторных условиях влечет за собой значительные экономические затраты общества. Отсутствие эффективности от проводимого лечения, затяжное течение заболевания обуславливают инвалидизацию этих пациентов. Дополнительным фактором развития депрессивных состояний у лиц пожилого возраста являются специфические психогении, которые проявляются в виде изменения жизненных стереотипов (потеря работы, снижение материального уровня жизни, уменьшение семьи, когда дети создают отдельные семьи, дома и т.д.).

Было обследовано 270 пациентов с различными депрессивными расстройствами, из них 75 пациентов были с рекуррентным депрессивным расстройством, 37 – с умеренным депрессивным эпизодом, 44 – с циклотимией, 53 – со смешанным тревожно-депрессивным расстройством, 61 – с аффективным расстройством настроения.

Среди обследованных пациентов преобладали женщины – 68,15 %, мужчины составляли 31,85 %. Оценка уровня образования свидетельствует о том, что 60,74 % пациентов имели высшее образование, 22,59 % – средне-специальное, 16,67 – имели среднее образование. Оценка социальной занятости демонстрирует достоверное преобладание независимо от вида расстройства отсутствие социальной занятости: неработающие составили 64,81 %. Оценка семейного положения пациентов свидетельствовала о том, что 58,14 % имели семью (жену или мужа), 20,74 % обследованных проживали с семьей детей и не имели мужа или жены и 21,12 % пациентов проживали одни, не имея близких.

Средняя продолжительность болезни у пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством была 7,4 года, с умеренным депрессивным эпизодом – 1,9 года, с циклотимией – 7,2 года, со смешанным тревожно-депрессивным расстройством – 3,7 года, с аффективным расстройством настроения – 5,6 года.

Оценка факторов психической травматизации у пациентов пожилого возраста свидетельствует о том, что имели место разнооб-

разные факторы, которые носили, как правило, сочетанный, продолжительный характер. Так, наиболее часто встречающимися факторами были: ухудшение материально-бытовых условий жизни (47,04 %), ухудшение материального положения (61,85 %), потеря работы (45,93 %), социальная незанятость (58,52 %), смерть близких (23,73 %), болезнь близких (41,11 %), ухудшение состояния здоровья (86,67 %), переживание одиночества (33,70 %), переживания нестабильной социально-экономической ситуации (72,59 %). Психогении в группах обследованных носили, как правило, сочетанный (58,52 %) или последовательный (41,48 %) характер, большинство из них не связывали свое болезненное состояние непосредственно с действием психотравмирующих факторов, но, с их точки зрения, имеющиеся психогенные факторы крайне негативно влияли на их здоровье.

Начало заболевания у обследованных больных носило в 62,59 % случаев затяжной характер, в 20,74 % – подострый и лишь у 16,67 % – острый.

Анализ обращаемости за медицинской помощью свидетельствует о том, что все больные обращались за помощью, прежде всего, к врачам-интернистам (терапевтам, невропатологам, гастроэнтерологам, кардиологам, пульмонологами, урологам), частота обращаемости только в течение последнего года перед госпитализацией в отделение неврозов и пограничных состояний составила 4,7 раза, частота госпитализаций в сомато-неврологические отделения в течение последнего года составила 2,1 раза. Анализ причин частоты обращаемости за помощью как амбулаторной, так и стационарной свидетельствует о недостаточной эффективности полученной терапии, сохранении основной симптоматики.

Оценка поступления в стационар психиатрического профиля позволила установить, что лишь 29,25 % пациентов обратиться за помощью к психиатрам неоднократно предлагали врачи-интернисты за время наблюдения, однако пациенты отказывались, считая, что у них нет никаких психических расстройств. В целом все пациенты крайне негативистично относятся к предложению обратиться за помощью к психиатрам, опасаясь, что об этом узнают окружающие, их будут осуждать, считать психически больными, уволят с

работы и т.п. Кроме того, родственники пациентов в 71,85 % случаев придерживаются такого же мнения.

Психопатологическая картина депрессивных расстройств имела много схожих проявлений и характеризовалась наличием аффективных расстройств, личностных переживаний, когнитивных нарушений, соматических проявлений. Аффективные расстройства характеризовались наличием сниженного фона настроения, тревоги, чувством тоски, плаксивости, суицидальных мыслей, безразличия, эмоциональной лабильности, раздражительности.

Личностные переживания характеризовались наличием чувства вины, ненужности близким, отсутствия перспективы в будущем, эмоциональной уязвимости, неуверенности в себе, утратой эмоциональной откликаемости.

Когнитивные нарушения характеризовались ухудшением памяти, психической утомляемостью, что было связано с имеющейся органической патологией.

Соматические проявления свидетельствуют о наличии в структуре депрессивных расстройств большого числа различных жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы.

Клинические проявления формировали синдромальную структуру депрессивных расстройств с преобладанием депрессивного и тревожного синдромов, которые наиболее часто сочетались с ипохондрическим, сенесто-ипохондрическим и сомато-вегетативным симптомокомплексами.

Депрессивные расстройства приводили к ухудшению общего состояния здоровья, утяжеляя течение соматических заболеваний. Для обследованных пациентов в силу снижения мотивационных возможностей имело место пассивное или даже негативистичное отношение к лечению, недостаточное соблюдение режима терапии депрессивных расстройств. Изменение жизненных установок приводит к резкому снижению активной деятельности, сокращению круга общения, нарушению коммуникативных возможностей пациентов, что усложняет создание доверительного терапевтического альянса между пациентами и врачами. В целом для пациентов с депрессивными расстройствами характерно существенное снижение всех показателей качества жизни.

Полученные данные позволяют говорить о том, что для пациентов пожилого возраста характерно затяжное начало заболевания, высокая частота обращаемости за амбулаторной и стационарной помощью, низкая эффективность проводимого симптоматического лечения, отрицательное отношение к психиатрическому лечению, сложная полиморфная клиническая картина.

На основании анализа полученных данных можно констатировать, что большая часть людей, страдающих депрессией, не осознают, что они больны депрессией и не считают необходимым обращаться за специализированной психиатрической медицинской помощью. Этические аспекты решения данной проблемы включают интеграции. Психиатрической помощи в первичную медико-санитарную сеть. Такая интеграция предполагает: повышение уровня знаний о депрессивных расстройствах, их ранней диагностики и адекватной терапии у врачей первичного звена медицинской помощи; взаимодействие между врачами-психиатрами и врачами-интернистами; проведение просветительской работы, как для самих пациентов, так и для их ближайшего окружения; создание более благоприятных условий пребывания пациентов с депрессивными расстройствами в условиях стационара; использование общеобразовательных программ по возникновению, лечению и профилактике депрессивных расстройств, направленных на преодоление стигматизации психиатрических диагнозов; создание центров психосоциальной помощи для больных с депрессивными расстройствами, в структуре которых пациенты получают не только психологическую помощь, но и наблюдаются, при необходимости врачами-психиатрами для оказания специализированной помощи; организацию реабилитационных мероприятий с акцентом на социальную и трудовую адаптацию.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДХОДОВ К ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

*Н.А. Марута, Е.Е. Семикина
(г. Харьков, Украина)*

Вопросы оценки эффективности терапии психических расстройств являются сложными, многогранными. Постоянно ведется работа по усовершенствованию критериев эффективности лечения психопатологических состояний, однако, постоянно наблюдается тенденция к увеличению, как числа психических заболеваний, так и утяжеления их клинической картины.

Особое место среди пограничных психических расстройств занимают невротические расстройства. Данная патология относится к психогенным заболеваниям, основным методом лечения которых является психотерапия. Вместе с тем, четких критериев оценки качества психотерапевтической коррекции на сегодняшний день не разработано. А актуальность этих вопросов возрастает с каждым днем, что обусловлено динамично меняющимися макросоциальными условиями, стрессовыми факторами, влияющими на человека, а также изменениями мировоззренческих установок индивидуума и социальных групп в целом, что отражается на структуре и особенностях невротической патологии и, вместе с тем, на особенностях терапевтического подхода и оценки результатов лечения.

Современные представления об оценке эффективности психотерапии включают несколько главных критериев, в частности, степень симптоматического улучшения, степень осознания психологических механизмов болезни, степень изменений нарушенных отношений личности и улучшения социального функционирования. Вместе с тем, успех терапии невротичных расстройств зависит от степени адекватности выбора психотерапевтических подходов. Для оптимизации этого выбора необходимо выявление наиболее актуальных отраслей личностного существования, эмоционально значимых факторов, которые имеют сугубо индивидуальный характер. Поэтому разработка методов их выявления в условиях

доказательной медицины имеет ведущее значение для решения прогностических возможностей терапии.

В связи с вышеизложенным, исследование предикторов эффективности терапии невротичных расстройств, которые включают особенности клинической картины и течения болезни, условий ее формирования, гендерные, возрастные характеристики, систему личностных ценностей, и особенности самооценки, индивидуальный жизненный стиль больных невротичными расстройствами, факторы микро- и макросоциального окружения больного, степень комплаенса между больными и врачом, а также разработка методологических подходов к ее оценке позволит повысить возможности прогнозирования стойкости терапевтического эффекта, и оптимизировать подходы к реабилитационным и профилактическим мероприятиям.

На основании проведенного анализа факторов, которые влияют на терапевтическую эффективность и проведение корреляционного анализа, были выделены клинические и психологические предикторы терапевтической эффективности для больных невротичными расстройствами. Они также были классифицированы как негативные и позитивные.

К позитивным клиническим факторам, имеющим благоприятное значение для возможностей терапевтической коррекции, у больных невротичными расстройствами относятся: молодой и средний возраст пациентов (20-40 лет) ($r=0,511$), когда мировоззренческие установки характеризуются большей гибкостью; длительность заболевания до 3 лет ($r=0,523$); отсутствие либо незначительная выраженность ли сопутствующей патологии ($r=0,499$); отсутствие личностных акцентуаций ($r=0,628$); изолированная психогения ($r=0,654$); отсутствие негативного опыта предыдущего лечения ($r=0,687$); наличие в клинической картине одного ведущего психопатологического синдрома, отсутствие коморбидных нарушений ($r=0,675$); позитивная психологическая установка на лечение и доверие к врачу ($r=0,553$), высокая степень комплаенса между врачом и больным ($r=0,701$), установка на достижение инсайта ($r=0,672$) и активная позиция относительно повышения адаптивности поведения ($r=0,508$); рациональная поддержка со стороны родственников и близких при отсутствии гиперопеки ($r=0,486$).

К негативным предикторам, которые ограничивают возможности терапевтического влияния, у больных невротичными расстройствами относятся такие, как возраст больного более 40 лет ($r=0,511$); длительность заболевания более 3х лет ($r=0,670$); склонность к рецидивированию невротичного расстройства ($r=0,707$); наличие сопутствующей патологии (сердечно-сосудистые, эндокринные, неврологические заболевания) ($r=0,485$); личностные акцентуации ($r=0,539$); сочетание высокого уровня личностной тревоги, фрустрированности и формирование личностной ригидности ($r=0,575$); генерализация психотравмы, включение в нее нескольких сфер жизни, что обуславливает существенные нарушения ценностной иерархии индивидуума ($r=0,677$); наличие в анамнезе двух и больше негативных попыток специализированной терапевтической коррекции в соединении со сформированным недоверием больного к лечению ($r=0,644$); наличие в клинической картине коморбидных психопатологических нарушений и существенных сомато-вегетативных изменений ($r=0,591$); установка на использование болезни как рычага для достижения определенных целей, четкое формирование „условной выгоды“ болезни ($r=0,663$); неблагоприятное микросоциальное окружение и, особенно, фактор одиночества ($r=0,492$).

В качестве позитивных психологических предикторов терапевтической эффективности у больных невротичными расстройствами определены следующие: субъективное восприятие качества жизни характеризуется ощущением внешней поддержки со стороны окружающих ($r=0,672$) и высоким уровнем удовлетворения внешними условиями ($r=0,567$); особенности субъективного контроля включают чувство собственной ответственности за состояние собственного здоровья ($r=0,623$), семейные ($r=0,712$) и служебные отношения ($r=0,543$); целостно мотивационная сфера характеризуется высокой значимостью ценностей собственной социальной и личностной реализации (таких как «интересна работа» ($r=0,723$), «творчество» ($r=0,587$), «свобода, как независимость в действиях» ($r=0,563$), внутренний конфликт заключается в желании выполнять творческую, интересную работу и ощущение собственной несостоятельности в реализации этих потребностей ($r=0,477$); особенно

сти психологической защиты характеризуются вариативностью в использовании защитных механизмов ($r=0,667$);

В качестве негативных психологических предикторов эффективности терапии определены: субъективное восприятие качества жизни характеризуется ощущением недовольства социо-эмоциональной поддержкой ($r=0,622$); особенности субъективного контроля – склонностью к переложению ответственности за состояние собственного здоровья ($r=0,728$), отношения в семье ($r=0,574$) и на работе ($r=0,652$) на влияние внешних обстоятельств и других лиц; ценностно-мотивационная сфера характеризуется значимостью ценностей личностной реализации ($r=0,498$); высокой внутренней конфликтностью, которая заключается в противоречии между желанием быть здоровым ($r=0,549$), уверенным в себе ($r=0,561$) и счастливым в семейной жизни ($r=0,615$) и невозможностью этого достичь, а также отсутствием подталкивающего мотива собственной реализации в работе ($r=0,627$); особенности психологической защиты проявляются в ригидности при использовании защитных механизмов, преобладании механизмов «проекция» ($r=0,651$) и «вытеснения» ($r=0,567$); фиксация на травмирующая ситуациях и обстоятельствах ($r=0,712$);

Учитывая полученные данные, относительно предикторов терапевтической эффективности был разработан Интегративный показатель терапевтической эффективности для больных невротическими расстройствами, который включил наиболее значимые вопросы, которые оказывают влияние на возможности терапевтической коррекции:

- характер психопатологических нарушений (коморбидность, вариант течения);
- генерализация психотравмы;
- комплаентность;
- наличие личностных акцентуаций;
- субъективный контроль;
- значимость собственной социальной и личностной реализации;
- вариативность механизмов психологической защиты;
- тип отношения к болезни.

Выделенные нами факторы являются основными опорными пунктами, которые должны учитываться при проведении психокоррекционной работы.

Лечение больных невротичными расстройствами должно учитывать в первую очередь такие важные клинические и психологические нарушения как повышение комплаентности, повышение уровня интеральности, реальной оценки социальной и личностной реализации, развитию вариативности механизмов психологической защиты, повышения инсайта, влияние, на коморбидную симптоматику. Главными вопросами, на которые нужно обращать внимание во время назначения и проведения лечения, является его этапность, длительность использования адекватных доз фармакологических средств, индивидуальный подход при выборе и проведении психотерапии, облигатность реабилитационных мероприятий.

Первый этап — купирование или уменьшение выраженности эмоциональных и сомато-вегетативных нарушений; второй этап — проведение сугубо психокоррекционной работы, создания предпосылок, для успешной социальной адаптации; третий этап — социальная адаптация, достижение более высокого качества жизни, за счет повышения адаптивности поведения и установок.

На первом этапе длительностью от нескольких дней до недели необходимо использовать фармакотерапию — успокоительные препараты, антидепрессанты, снотворные, общеукрепляющие, вазоактивные, ноотропные препараты, и психотерапию, индивидуальную поддерживающего, седативного характера. При преобладании числа негативных предикторов, дозы психотропных средств рекомендовано увеличивать на 20–30%, психотерапевтические мероприятия использовать в расширенном объеме (психотерапевтические беседы до 2 — раз на сутки при пребывании больного в стационаре, и каждый день при амбулаторном лечении). На втором этапе продолжают использовать медикаментозное лечение, но упор нужно делать на проведение психотерапевтических мероприятий. Кроме индивидуальной рациональной психотерапии назначают методы лично ориентированной и групповой психотерапии, поведенческой терапии, с использованием элементов психо-

анализа, нейролингвистического программирования, условно рефлекторной психотерапии. Длительность этого этапа от 2 до 3 недель, при преобладании негативных предикторов продолжается до 4 недель. Третий этап должен проводиться в амбулаторных условиях, когда пациент может использовать полученную информацию и закрепить полученные навыки в реальных жизненных условиях. Медикаментозные препараты рекомендовано назначать в поддерживающих дозах сроком до 2–3 недель. При преобладании негативных предикторов до 4–5 недель. Психотерапевтические мероприятия, которые использовались раньше, необходимо применять раз в неделю. Если имеет место преобладание негативных предикторов – до 2 – раз на неделю.

Предложенный подход позволит улучшить как качество оценки терапии больных невротическими расстройствами, так и повысить эффективность лечения.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПОМОГАЮЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ В РАБОТЕ С СЕМЬЯМИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

С.Э. Медведев (г. Саратов)

Современный уровень развития психиатрии предоставляет все большему количеству больных шизофренией возможность возвращения на прежний уровень социального функционирования. Это актуализирует проблему усовершенствования методов внебольничной помощи психически больным пациентам (Цыганков Б. Д., Вильянов В. Б., 2005).

Изучение влияния психотерапии на адаптацию больных шизофренией может способствовать оптимизации бригадного сотрудничества психиатров и психотерапевтов в ведении этой категории пациентов, повышая комплаентность к проводимой психофармакотерапии.

Взаимодействие с семьей психически больного, побуждает специалистов помогающих профессий (психиатров, психотерапевтов,

психологов, социальных работников) к профессиональной и межличностной конкуренции, затрудняя их сотрудничество и снижая эффективность реабилитационных мероприятий. Поэтому работа с семьями больных шизофренией требует организации бригадного сотрудничества специалистов.

Исследована 61 семья с больным параноидной шизофренией на этапе становления ремиссии, мужчиной от 18 до 30 лет, получавшим адекватную психофармакотерапию. В основной группе (n=31) проводилась аналитико-системная семейная психотерапия Э. Г. Эйдемиллера и Н. В. Александровой, а пациенты группы сравнения (n=30) получали рациональную психотерапию.

Использовались следующие форматы организации взаимодействия помогающих специалистов: супервизия – в 11 случаях (18%); ко-терапия – в шести случаях (9,8%); клинический разбор с участием психиатров, психотерапевтов и клинических психологов – в восьми случаях (13%) .

В течение 12 месяцев наблюдения регоспитализировались 18 пациентов (29,5% выборки). Из них при наличии сотрудничества помогающих специалистов – всего пять (8,2%). Соответственно 21,3% регоспитализаций (13 пациентов) составили случаи, в ведении которых специалисты не контактировали между собой.

На фоне применения рациональной психотерапии регоспитализированы 6,5% (четыре случая), а среди пациентов участвовавших в семейной психотерапии госпитализировался повторно в течение 12 месяцев наблюдения всего один (1,6%).

Результаты исследования демонстрируют повышение эффективности реабилитации больных параноидной шизофренией на этапе становления ремиссии при работе с семьей психически больного пациента и при сотрудничестве помогающих специалистов.

ПРОБЛЕМА ЭКСТРАПОЛЯЦИИ ЭТИЧЕСКИХ И ПРАВОВЫХ НОРМ ПСИХИАТРИИ НА НАРКОЛОГИЮ

В.Д. Менделевич (г. Казань)

Анализ действующих правовых актов и этических норм в отечественной психиатрии и наркологии демонстрируют существенное их расхождение. Несмотря на то, что ФЗ «О психиатрической помощи...» подразумевает его правоприменение в отношении всей психической патологии, включая наркологическую, в последнее время обострились научные и общественные дискуссии по данному вопросу. Под сомнение ставится правомерность использования для наркологических больных ст. 4 (о добровольности обращения за помощью), ст. 11 и 12 (о согласии и отказе от лечения), ст. 29 (о госпитализации в недобровольном порядке), ст. 24 (об освидетельствовании без согласия пациента), ст. 8 и 9 (о сохранении врачебной тайны и запрещении требования сведений о состоянии здоровья). Идеи пересмотра единых законов по отношению к психически и наркологически больным все чаще поддерживают специалисты.

Данный факт можно интерпретировать как результат принципиально различного отношения врачей к психическим и наркологическим заболеваниям и, как следствие, к соблюдению общепринятых биоэтических принципов. По данным социологических исследований (Менделевич В.Д., 2004, 2006), 48,5% врачей психиатров-наркологов не относят наркоманию и алкоголизм к однозначно психическим расстройствам или заболеваниям, видя ее причину в «распушенности» человека. Видимо, именно поэтому 54,5% наркологов называют эффективными «методами лечения» наркомании религию.

В рамках биомедицинских и правовых проблем психиатрии во главу угла ставятся вопросы обеспечения прав граждан при оказании психиатрической помощи, конфиденциальности, стигматизации и дискриминации пациентов. Наркология, фактически являясь неотъемлемой частью психиатрии, до настоящего времени не подвергалась столь же пристальному вниманию биомедэтики как

психиатрия. Для многих специалистов больной наркоманией не был тождественен, к примеру, больному шизофренией или даже пациенту с личностным расстройством. Вследствие чего, биомедицинская этика на практике обходит острые этико-правовые проблемы наркологии стороной (особенно это касается отечественной наркологии).

В настоящее время в данной области можно отметить наличие следующих насущных проблем биомедицинской этики и медицинского права: 1) проблема реализации права пациента с наркологическим заболеванием на «информированное согласие» (например, при назначении методик т.н. «кодирования», широко применяемого в официальной практике); 2) существование принципа – требования «одномоментного отказа от употребления психоактивных веществ» как условия для включения пациента в лечебно-реабилитационные программы (при котором пациенту фактически предлагается до начала терапии «избавиться от основного симптома болезни» – аддиктивного влечения); 3) существование принципа «оплаченной анонимности» при терапии наркологических заболеваний (при котором, возможно получение терапии без постановки на диспансерный учет, но в случае финансирования лечения); 4) проблема применения научно необоснованных методик (например, стереотаксических операций на мозге), методик, основанных на формировании у пациента мифологического мышления и иррационального страха (посредством т.н. «кодирования»); 5) неоморалистский подход (при котором к научным дискуссиям на правах равных партнеров приглашаются представители церквей); 6) запрет на опиоидную заместительную поддерживающую терапию, рекомендованную ВОЗ и подтвердившую свою эффективность на основании многолетних научных исследований, построенных с использованием принципов «доказательной медицины».

Таким образом, остро встает вопрос о необходимости экстраполяции этических и правовых норм психиатрии на наркологию с целью соблюдения и гарантии прав больных при оказании наркологической помощи.

ПРОБЛЕМА ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ УСТАНОВИТЬ ЛИЧНОСТЬ БОЛЬНОГО

Ю.В. Митина

(г. Ангарск, Иркутская область)

С момента принятия Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан...» врачи неукоснительно следуют его исполнению в части освидетельствования лица без его согласия (ст. 23), либо недобровольного помещения в психиатрический стационар (ст.29).

Однако в обычной практике врача психиатра возникают случаи, когда возникает выбор между оказанием врачебной помощи и исполнением юридических законов. Нередко в психиатрический стационар поступают лица, находящиеся в остром психотическом состоянии (например, онероидно - кататонический приступ, деменция с психотическими симптомами и др.), не имеющих документов, удостоверяющих личность. Соответственно по своему психическому состоянию выразить свое согласие на помещение в психиатрический стационар они не могут (ст.28 п.5). Согласно ст.32 Закона РФ, лицо, помещенное в психиатрический стационар в недобровольном порядке, подлежит обязательному освидетельствованию в течение 48 часов комиссией врачей - психиатров для решения вопроса об обоснованности госпитализации, в дальнейшем заключение врачебной комиссии направляется в суд. Одновременно установлением личности занимаются органы внутренних дел. Согласно ст. 34 заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке судья рассматривает в течение 5 дней. Таким образом, в течение 7 дней органы внутренних дел должны предоставить информацию о личности больного, иначе суд отказывает в принятии решения о недобровольной госпитализации «неизвестного» и врач остается наедине с обязанностью оказания медицинской помощи и правовым обеспечением законности своих действий.

Выводы: При оказании психиатрической помощи лицам, не имеющих документов удостоверяющих личность, необходима тесная связь врачей и органов управления внутренних дел.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ОГУЗ «АНГАРСКАЯ ОБЛАСТНАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» ЛИЦАМ, СОВЕРШИВШИМ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ

*Ю.В. Митина, Н.А. Журавлева,
И.А. Иванова (г. Ангарск, Иркутская область)*

Проблеме суицидов в настоящее время уделяется достаточно много внимания. Статистика завершенных суицидов в РФ неутешительна: 1990 г. – 26,5 на 100 тыс. населения, 1995 г. – 41,5 на 100 тыс. населения, в дальнейшем количество суицидов колеблется незначительно. Следует отметить, что важнейшим фактором, влияющим на численность самоубийств, является изменения культурно-социальной среды. В условиях кризиса люди подвергаются стрессовым факторам (потеря работы, невозможность выплатить кредит, болезни, одиночество и др.), что приводит к росту тревожно-депрессивных расстройств, а также к увеличению потребления алкоголя и наркотиков. Среди лиц, совершивших суицидальные попытки, около 60% никогда не обращались за помощью к психологу или психотерапевту.

Мы поставили перед собой задачу организации профилактической медико - психологической помощи лицам, совершившим суицидальные действия. В г. Ангарске с 1992 г. ведется мониторинг суицидальных действий среди населения. Статистические данные свидетельствуют о превышении показателей общероссийских. Так, 1994 г. было совершено 138,4 на 100 тыс. населения попыток, из них завершенных- 43,6 на 100 тыс.; в 1996 г. – 147,6 на 100 тыс. населения попыток, из них завершенных – 45,9 на 100 тыс.; 1998 г. – 162,2 на 100 тыс. населения попыток, из них завершенных – 47,3 на 100 тыс., в 2005 г. – 115,7 на 100 тыс. населения попыток, из них

завершенных – 43,0 на 100 тыс. На основе анализа завершенных и незавершенных суицидов можно сделать следующие выводы:

- доля психических больных, совершивших суицидальные попытки незначительна, и составляет 5% от всех случаев;
- 35% суицидальных попыток совершают люди, состоящие на учете у наркологов с алкоголизмом и наркоманией;
- 60% никогда не обращались за помощью к специалистам.

Настораживает тот факт, что наибольшее количество суицидальных попыток совершают лица трудоспособного возраста (15-35 лет) 60%, они же чаще всего заканчиваются летальным исходом.

На базе «Медико- психологический центра» (диспансерное отделение №2 ОГУЗ «АОПБ») была организована полипрофессиональная бригада, целью которой является оказание квалифицированной помощи лицам, совершившим суицидальные попытки. Состав бригады: врач психиатр социально- психологической помощи, медицинский психолог, медицинские психологи отделения «Телефона доверия». Служба работает с января 2008 года. Координатором в работе выступило управление здравоохранения АМО, по приказу которого, осуществляется вызов медицинских психологов в 5 лечебных учреждений города. За 2008 год было проконсультировано 59 человек, совершивших суицидальные попытки (40 женщин, 19 мужчин), при их согласии на получение данного вида помощи. 8% (5 пациентов) были направлены в психиатрическую больницу в отделение пограничных состояний с первичным приступом шизофрении, 32% (19 человек) суицидентов имели наркотическую зависимость, 51% суицидальных попыток было связано с психологическими проблемами (конфликты в семье, либо на работе). После выписки из стационара более половины обращались за консультативной помощью в отделение «Телефон Доверия», 3 обращались к врачу психотерапевту с тревожно- депрессивными расстройствами.

Выводы: На основании вышеизложенного можно сделать заключение о целесообразности создания полипрофессиональной бригады для работы с лицами, совершившими суицидальные попытки.

О ПРОБЛЕМЕ ЛЕГИТИМНОСТИ НОВЫХ МЕТОДОВ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАВ

П.Н. Москвитин

(г. Новокузнецк, Кемеровская область)

Актуальность: разработка новых эффективных методов профилактики злоупотребления психоактивных веществ (ПАВ) является одной из наиболее значимых современных задач, где практика применения ограничена отсутствием правового механизма придания легитимности научно-обоснованным подходам.

Метод: разработан новый групповой метод «профилактическая (позитивная) психодрама», где в экзистенциально-гуманистической программе тренингов приобретает устойчивый опыт отказа от пробы ПАВ через проигрывание ролей, инсайт и катарсическое переживание, направленное на позитивную социализацию в процессе структурированной дискуссии в специально созданный момент «стоп-действие». В авторском психодраматическом тренинге развивается социальное конструирование новых межличностных отношений, направленных на поиск позитивного выхода из типовой проблемной ситуации.

Результаты: Оценка эффективности метода проведена по результатам внедрения в 1999–2003 гг. в средних школах программы тренингов и трансляции ее по телевидению в г. Междуреченска Кемеровской области. В качестве контроля нами были взяты такие города Южного Кузбасса, как Мыски, Прокопьевск и Новокузнецк, похожие по климато-географическому, демографическому и социально-экономическому признакам, в т.ч. относительно близкое расположение вышеуказанных городов друг от друга (от 20 до 90 км), характеристики ведущих отраслей промышленности, показателей структуры занятости трудоспособного населения. Региональная динамика по количеству состоящих учтенных больных наркоманиями отмечает прирост с 2000 г. по 2004 г. на 16,6%, а в г. Междуреченске увеличение их количества произошло лишь на 8,1 ($P \leq 0,05$). В сравнении с этим в г. Мыски количество наркоманов за

это же время увеличилось на 84,1% ($P \leq 0,05$), а в г. Новокузнецке возросло на 51,1% ($P \leq 0,05$).

Весьма показательной также является динамика такого важного показателя коморбидной патологии, как распространенность ВИЧ-инфицирования населения в сравниваемых городах. В 1999 г. ВИЧ-инфицированность населения отсутствовала в г. Междуреченске и г. Мыски, и составляла 1,25 в г. Прокопьевске и 6,6 в г. Новокузнецке (на 100 тыс. населения). Через пять лет ВИЧ-инфицированность была в г. Междуреченске 183,3, в г. Мыски 994, в г. Прокопьевске 582,2 и в г. Новокузнецке 424,3 (на 100 тыс. населения). Различия статистически высоко достоверны ($P \leq 0,01$) и от 1999 к 2003 году отличаются на 231,4% (Междуреченск-Новокузнецк) и 542,3% (Междуреченск – Мыски), в 5-летней динамике лонгитюда (2004-2008 гг.) тенденция сохранилась ($P \leq 0,01$).

Выводы: На основании полученных данных сделан вывод о высокой эффективности авторского группового метода «профилактическая (позитивная) психодрама». Целесообразно рекомендовать правительству РФ разработку федеральной программы и необходимых организационно-методических условий, включая процедуру установления легитимности новых методов и финансирование сферы первичной личностно-ориентированной профилактики аддикций от ПАВ среди детей, подростков и молодежи. Целесообразно дать ведомственное поручение о разработке государственного образовательного стандарта по обучению вопросам первичной профилактики ПАВ в ВПО и внести необходимые законодательные поправки для подготовки специалистов. В учреждениях ДПО необходимо создать учебно-педагогические условия для подготовки «превентологов» путем специализации и переподготовки по методам первичной профилактики для психотерапевтов, психиатров-наркологов, психологов, педагогов, социальных работников и др. профессионалов. В научно-исследовательских учреждениях Академии медицинских наук целесообразно сформировать и закрепить надлежащим финансированием приоритетное направление исследований, развивающих концепции первичной профилактики и рекомендованной Комитетом экспертов ВОЗ стратегии «сдерживания спроса на ПАВ».

ОБ ИНСТИТУТЕ И ПРОЦЕДУРЕ ОЦЕНКИ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА

П.Н. Москвитин

(г. Новокузнецк, Кемеровская область)

Актуальность. Одной из современных особенностей российского законодательства является слабая разработанность вопросов дефиниции обязательств по возмещению морального вреда, которые еще не получили достаточного и всестороннего освещения в современной юридической литературе из-за отсутствия надлежащей нормативно-правовой базы и, главным образом, методологической идеи по практической реализации данной потребности граждан. Необходимо отметить, что институт возмещения морального вреда в праввосстановительной практике также является новым для отечественного гражданского законодательства. В ст. 151 ГК РФ приведено легальное определение морального вреда как физического и нравственного страдания, возникшего вследствие нарушения его личных неимущественных прав, либо посягательства на принадлежащие гражданину другие нематериальные блага. Однако далее закон не приводит исчерпывающих признаков морального вреда как предмета рассматриваемого правового спора, а также порядок совершения экспертных действий по оценке морального вреда или субъектный состав, позволяющий осуществить деятельность по оценке морального вреда.

Метод. Законодатель прямо указал критерии, лежащие в основе квалификационной характеристики морального вреда как явления и, тем самым, включил понятийный аппарат смежной социогуманитарной отрасли знаний о человеке, исследующей норму и патогенез психосоматического и психопатологического функционирования личности в единстве с окружающей биосоциальной природой. Поэтому, чтобы осмыслить сущность проблемы возмещения морального вреда в гражданско-правовых отношениях и увидеть актуальность, с которой они возникают на современном этапе развития российского гражданского общества, необходимо проанализировать обширный комплекс элементов и аспектов. Прежде всего, это субъекты правоотношений по возмещению мо-

рального вреда и функции этих субъектов, исторические предпосылки возникновения правовых механизмов взыскания морального вреда, действующая нормативно-правовая база и реальные потребности настоящего времени, сфера деятельности специалиста, компетентного в оценке наличия и степени тяжести морального вреда, проблемное содержание процедуры экспертизы и доказательная база акта освидетельствования по факту причинения морального вреда. Безусловно, каждое из намеченных направлений требует целенаправленных и глубоких медико-юридических исследований.

Обсуждение. Вышесказанное определяет, почему до настоящего времени также не получила своего должного развития практика оказания экспертных услуг по оценке морального вреда в смежных отраслях права. Основным затруднением, на наш взгляд, является отсутствие надлежащей методологической и научно-практической проработанности базисных положений процедуры освидетельствования, определяющих такие особенности гражданско-правового регулирования спора по оценке морального вреда, как субъектный состав, объект, предмет и процедура оценки, основания возникновения обязательств по проведению освидетельствования и их правомерность, общая характеристика понятия и степень выраженности морального вреда.

Из прямого прочтения ст.ст. 150 и 151 ГК РФ ясно, что предметом оценки наличия и степени выраженности морального вреда являются физические страдания, причиненные соматической сфере организма человека, а также нравственные, психологические страдания, причиненные психической сфере человека путем нарушения личных неимущественных прав. Страдания как физические, так и нравственные, составляют психологические компоненты, на наш взгляд, определяются как ответ страждущей личности, реагирующей на биопсихосоциальный стимул, определяемый как психосоматическая вредность. Однако, психологические переживания личности, которые являются наиболее значимым фактором, определяющим глубину и степень выраженности морального вреда, в правосстановительной практике, как правило, не рассматриваются. Другой важный фактор состоит в выраженности и степени

психосоматического реагирования в форме расстройства, заболевания или инвалидизации, находящегося в прямой связи с причинением морального вреда. Оба рассмотренных критерия соотносятся с философско-методологическими категориями, описывающих наличие и состояние психосоматического здоровья человека не только как состояние наличия или присутствия расстройства, либо заболевания, но и его биопсихосоциального благополучия.

Выводы. Из перечня медицинских специальностей можно выделить специальную область медико-психологических знаний, которая называется «психотерапия», основной сферой профессионального интереса которой является страдающая личность в единстве с ее биопсихосоциальными взаимоотношениями. Клиническая медицинская специальность «психотерапия» оснащена арсеналом психодиагностических тестов и опирается на клинический психотерапевтический метод обследования, позволяющим выявить психосоматический факт личностного страдания, установить степень физических и нравственных страданий и оценить индивидуальные особенности лица, которому был причинен моральный вред.

Таким образом, врач-психотерапевт может быть признан специальным субъектом, наделенным такой специальной правоспособностью, которая позволяет на основании данных медицинского обследования установить факт морального вреда, который мог быть причинен личности человека и глубину (степень выраженности) его нравственного страдания. Для решения важной проблемы институционализации процедуры оценки морального вреда необходимо разработать и внести законодательные поправки в ряд законов, касающихся как непосредственно института экспертизы, так и квалификационных требований к подготовке специалистов в области профессиональной оценки «морального вреда».

КОНЦЕПЦИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ КРАСНОГО КРЕСТА КАК МОДЕЛЬ ОБЩЕСТВЕННОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Д.М. Мухамадиев (г. Москва)

В последнее десятилетие (1998-2008), более 300 миллионов людей пострадали в результате стихийных бедствий, еще большее число в результате конфликтов, эпидемий и других видов чрезвычайных ситуаций. Международное сообщество продолжает проявлять пристальный интерес к влиянию бедствий и войн на психическое здоровье населения, о чем свидетельствует большое число работ и увеличению ресурсов, направленных на оказание психологической поддержки^{3, 4}. Исследования в данной области наглядно показывают масштаб кратко- и долгосрочных последствий психологического дистресса на психическое здоровье личности и общества в целом.

Национальные общества Красного Креста и Красного Полумесяца во всем мире осуществляют масштабную деятельность по снижению последствий бедствий и конфликтов для улучшения уровня жизни наиболее уязвимых слоев населения. Эта помощь включает не только обеспечение первоочередных потребностей в пище, воде и жилище, но и сконцентрирована на психологических и социальных нуждах населения в зоне бедствия. Учитывая приоритетную важность данного вида помощи, с 1991 года Международная Федерация Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (МФОККиКП) приступила к осуществлению Программы психологической поддержки в рамках деятельности по здравоохранению и социальной помощи. Для обеспечения профессиональной и методологической помощи в данном направлении, с 1993 года при поддержке Красного Креста Дании создан и функционирует Методический Центр Психосоциальной помощи, который объединяет

³ IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, Geneva, 2007.

⁴ Sphere Handbook 2004 pp 292-293,

усилия научных учреждений, специалистов по практической психиатрии и социальной психологии, для разработки наиболее эффективных форм и методов психосоциальной помощи. В 2009 году Европейским Зональным Офисом МФОКиКП в Будапеште была разработана и утверждена Концепция Психосоциальной помощи ККиКП, которая направлена на укрепление механизмов координации и оказания помощи жертвам различных чрезвычайных ситуаций. Концепция отражает усилия более 30 Обществ КК и КП в Европе в рамках Европейской Сети по психосоциальной помощи (Вена, Австрия). Концепция психосоциальной помощи КК Европейского региона нацелена на решение задач по оказанию необходимой помощи следующим категориям уязвимого населения: пострадавшим в результате бедствий природного и техногенного характера на всех этапах от чрезвычайной помощи до восстановления, профилактику стресса среди сотрудников и добровольцев КК работающих в зоне бедствия, психосоциальную адаптацию лиц, живущих с ВИЧ, и больных туберкулезом, включая предотвращение стигмы и дискриминации в социально значимом окружении; предоставление необходимой помощи различным категориям вынужденных мигрантов: беженцам, внутренне перемещенным лицам, лицам ищущим убежище, экономическим и трудовым мигрантам. Опыт Российского КК по психосоциальной помощи был успешно применен в ходе реализации программ по оказанию помощи на Северном Кавказе, а также пострадавшим в ходе таких чрезвычайных ситуаций, как взрывы на шахтах в Кемерово и аварии на Саяно –Шушенской ГЭС.

Таким образом, концепция психосоциальной помощи Красного Креста является одной из эффективных моделей общественной поддержки населения, которая во взаимодействии с лечебными и научными учреждениями закладывает серьезную основу для объединения усилий по эффективному оказанию психосоциальной помощи уязвимым слоям населения.

ОПЫТ РОССИЙСКОГО КРАСНОГО КРЕСТА ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

*Д.М. Мухамадиев, Л.В. Чибисенкова,
М.В. Кобзева (г. Москва)*

Российский Красный Крест начал осуществлять деятельность по психосоциальной помощи с 1996 года, в рамках программы реабилитации населения после аварии на Чернобыльской АЭС. В настоящее время, комплексные программы по психосоциальной помощи реализуются в рамках Концепции, принятой Международной Федерацией, согласно которой, психосоциальная поддержка оказываемая обученными добровольцами из местных сообществ может быть эффективной, особенно в первые фазы бедствия, когда в силу объективных причин затруднен либо невозможен доступ населения к профессиональной психологической и психиатрической помощи.

Совместный проект Международной Федерации КК и КП и Российского КК «Укрепление общественной устойчивости и снижение риска» осуществлялся в Беслане, в период 2004-2009 г. С апреля 2007 года опыт по оказанию психосоциальной помощи начал реализовываться в Новокузнецке, Кемеровской области, а с августа 2008 по июнь 2009 психологическая помощь оказывалась беженцам из Южной Осетии, размещенных на территории Северной Осетии. В августе 2009 года после аварии на Саяно –Шушенской ГЭС, программа по оказанию помощи пострадавшим была начат в г. Саяногорске, Республики Хакасия.

Основной задачей программы является оказание психосоциальной помощи пострадавшему населению и укрепление стрессоустойчивости местных сообществ к бедствиям. С 2004 года были созданы мобильные команды, состоящие из более чем 55 обученных сотрудников и добровольцев, включая психологов, социальных педагогов, сестер службы посещения.

Основными методами работы с населением в зоне чрезвычайных ситуаций являются: систематические визиты в пострадавшие семьи, психологическое сопровождение членов семей пострадавших в поминальных мероприятиях, проведение групповых сессий и создание групп самопомощи. Большое значение имеет вовлечение детей и работа с ними путем создания клубов по интересам, компьютерных классов, занятий по английскому языку, арт-терапии, проигрывание сценок в кукольном театре, уроки танцев, организация летних лагерей для детей.

Особое внимание уделяется повышению информированности населения о механизмах противодействия стрессу путем распространения информационных материалов, а также оказание социально-правовой помощи пострадавшим через представление их интересов перед государственными органами по обеспечению положенных по закону льгот и привилегий.

В ходе реализации проекта РКК наладил тесное взаимодействие с психиатрическими учреждениями и оказывал консультативную поддержку пострадавшим для их своевременного обращения за профессиональной психиатрической помощью.

Результаты деятельности программ психологической помощи показывают, что за указанный период более 12 000 пострадавших получили необходимую помощь, 2000 человек были обучены основам психосоциальной помощи, а 60 человек были подготовлены для проведения практической работы в данном направлении.

Таким образом, опыт, по оказанию психосоциальной помощи, пострадавшим при чрезвычайных ситуациях, накопленный Российским Красным Крестом играет общественную и вспомогательную роль, оказывая всемерную помощь и поддержку психиатрическим учреждениям и учреждениям общей лечебной сети, а также социальным службам по снижению числа и масштабов негативных последствий бедствий и катастроф на психическое здоровье населения.

СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ И СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАЩИТЫ ИНТЕРЕСОВ ДЕТЕЙ, ЧЬИ РОДИТЕЛИ СТРАДАЮТ ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Д.В. Никишкин (г. Москва)

Защита законных прав и интересов детей, чьи родители страдают психическим расстройством, является одной из важных и актуальных социальных проблем, решение которой тесно связано с клинической, социальной и судебной психиатрией. Зачастую родители в силу имеющегося у них психического расстройства не могут полноценно воспитывать и создавать условия для гармоничного развития своих детей, что наносит существенный вред психическому и физическому здоровью ребёнка. Кроме того, психопатологически обусловленное агрессивное поведение родителей в отношении своих детей может быть опасным для их жизни и здоровья. В таких случаях своевременное применение различных мер, предусмотренных законодательством, и фактическое разобщение ребёнка с психически больными родителями способствует защите интересов детей, а также профилактике жестокого обращения с ними, совершения в отношении них тяжких агрессивных действий (Дмитриева Т.Б. и соавт., 2003). К указанным мерам относятся неотложная (в том числе, и недобровольная) госпитализация родителей в психиатрический стационар (ст. 29 Закона «О психиатрической помощи...»), немедленное отобрание у них ребёнка при непосредственной угрозе его жизни и здоровью (ст. 77 СК РФ), а также ограничение родительских прав (ст. 73 СК РФ).

Ограничение родительских прав, как новая правовая норма, появившаяся в Семейном кодексе РФ, действующем с 1996 г., предусматривает отобрание ребёнка у родителей без лишения их родительских прав. Ограничение родительских прав осуществляется в судебном порядке и допускается, если оставление ребёнка с родителями опасно для него по обстоятельствам, от родителей не зависящим (психическое расстройство и другие). Иск об ограничении родительских прав может быть предъявлен близкими родствен-

никами ребёнка, органами опеки и попечительства, комиссией по делам несовершеннолетних, дошкольными и общеобразовательными учреждениями, прокурором. Если основания, в силу которых родители были ограничены в родительских правах, отпали, суд по иску родителей может вынести решение о возвращении им ребенка и об отмене соответствующих ограничений (ст. 76 СК РФ).

При рассмотрении гражданских дел по иску об ограничении родительских суд назначает судебно-психиатрическую экспертизу для определения юридически значимых обстоятельств, оценки психического состояния родителей и опасности оставления с ними ребёнка. Последнее время ограничение родительских прав находит всё более широкое применение в юридической практике, число судебно-психиатрических экспертиз по данному виду гражданских дел ежегодно растёт.

Как показывает правоприменительная и судебно-психиатрическая практика, вопрос об ограничении родительских прав чаще всего возникает в отношении матерей, и в большинстве случаев это женщины, страдающие шизофренией. Это объясняется своеобразием социально-ролевых функций женщины с концентрацией её интересов на семейных отношениях и воспитании детей (Иммерман К.Л., 2000; Дмитриева Т.Б. и соавт., 2001). В то же время такое психическое расстройство, как шизофрения, имеет относительно высокую распространённость в популяции и может существенно нарушить приспособительные способности женщины, ее социальный, в том числе, семейный статус, а также повлиять на состояние родительской–материнской сферы (отношение к ребёнку, эмоциональная связи с ним, представление о своей материнской роли и социальных последствий её выполнения), явиться причиной агрессивных поступков. Поэтому судебно-психиатрическая оценка шизофрении у женщин при ограничении родительских прав является в настоящее время актуальной проблемой, требующей разработки в методологическом и методическом плане.

ЭТИЧЕСКИ-ПРАВОВАЯ ПРОБЛЕМА СОХРАНЕНИЯ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ В НЕКОТОРЫХ СЛУЧАЯХ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Г.В. Орлов, К.К. Яхин (г. Казань)

В соответствии со статьей 9 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» сведения о состоянии психического здоровья человека составляют врачебную тайну и информирование третьих лиц без согласия пациента возможно только в специально предусмотренных законодательством случаях. Однако в своей повседневной работе по оказанию экстренной психиатрической помощи населению врачам психиатрических бригад скорой помощи и врачам психиатрам-консультантам неизбежно приходится сталкиваться с решением проблем правового и этического характера.

Эти проблемы возникают, например, в ситуациях, когда приходится производить освидетельствование или консультирование больного в стационарах непсихиатрического профиля. О факте консультации человека психиатром становится известно его соседям по палате, а порой почти всем больным отделения. Ситуация усугубляется в случае, если после беседы с врачом больной покидает пределы отделения в сопровождении бригады скорой психиатрической помощи. Еще большую информированность о психическом состоянии больного соседи по палате получают в случаях, когда консультирование или освидетельствование приходится проводить в их присутствии, поскольку избежать такового может не представиться возможным из-за соматического состояния пациентов. Таким образом, косвенно проинформированными о состоянии психического здоровья больного становятся лица, не имеющие к нему никакого отношения и не несущие ответственности за несоблюдение врачебной тайны.

Также невольно проинформированными становятся родственники и соседи больного, которым зачастую врач-психиатр скорой помощи вынужден объяснять и мотивировать свои действия, а

иногда и убеждать в том, что пациент действительно психически болен, и объяснять, почему врач считает, что пациент психически болен и необходима немедленная госпитализация в психиатрический стационар.

Особенно большие трудности в сохранении врачебной тайны приходится испытывать врачу скорой психиатрической помощи в случае, если речь идет о первом в жизни больного обращении за психиатрической помощью. Это происходит потому, что ни сам пациент, ни его родственники, ни соседи или иные, волею случая, оказавшиеся на месте вызова лица не имеют, как правило, достаточной правовой информации и порой даже не верят в существование специального законодательного регламента в области оказания психиатрической помощи. Часто вышеуказанные лица требуют у врача подробного отчет о психическом состоянии больного, предлагают и настаивают на своих «правильных подходах к лечению и госпитализации», в противном случае препятствуют осуществлению врачом-психиатром скорой помощи его профессиональной деятельности в числе прочего и посредством физического противодействия. Сотрудники милиции в подобной ситуации, как правило, не обладают достаточными полномочиями для оказания медицинским работникам реальной помощи.

Таким образом, в подобной ситуации врач-психиатр остается один на один с этически-правовой проблемой сохранения врачебной тайны, и бывает вынужден каждый раз самостоятельно искать оригинальный выход из сложившейся ситуации действуя на свой страх и риск.

Для профилактики возникновения подобных ситуаций необходима разработка правового, административного и методического обеспечения профессиональных действий врача, оказывающего психиатрическую помощь, и информационной безопасности пациента.

ПРОБЛЕМА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ СОТРУДНИКОВ К ПАЦИЕНТАМ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

*Я.С. Оруджев, Е.А. Козленко,
Е.Ю. Зубова (г. Волгоград)*

В Волгоградской областной психиатрической больнице № 1 (ВОПБ № 1) в связи с внедрением клиент-центрированной модели оказания психиатрической помощи возросла роль средних и младших медицинских работников в формировании психотерапевтической среды в отделении, так как именно они большую часть своего рабочего времени проводят в непосредственном общении с пациентами психиатрического стационара.

С целью исследования аффилиативных и эмпатийных компонентов системы эмоциональных отношений сотрудников среднего и младшего звена было опрошено 245 работников с помощью специально составленного авторского опросника.

В результате проведенного исследования нами были составлены обобщенные характеристики аффилиативных и эмпатийных компонентов системы эмоциональных отношений медицинского персонала среднего и младшего звена.

Обобщенная характеристика аффилиативных и эмпатийных компонентов системы эмоциональных отношений среднего медицинского работника складывается из следующих признаков: неравномерное развитие эмоционального и когнитивного компонентов эмпатии медицинских сестер приводит к сокращению ими аффилиации в отношениях с пациентами, касающихся формирования опосредованного комплаенса у психически больных. Сотрудники среднего звена более заинтересованы в своей работе, они относительно внимательнее относятся к проблемам пациентов, что, по сути своей, формально, так как для них характерно менее выраженное желание сотрудничать с психически больными. Отсутствует стремление к задействию в профессиональную деятельность аффилиации и эмоциональной эмпатии.

Обобщенная характеристика аффилиативных и эмпатийных компонентов системы эмоциональных отношений младшего медицинского работника выглядит следующим образом. Младший медицинский персонал отличает сокращение и деформация аффилиации, недостаточное развитие эмпатии в межличностных взаимодействиях с психически больными, что свидетельствует о стигматизирующем характере взаимоотношений младшего медицинского работника с пациентами. Подверженность социально-психологическому феномену дистанцирования от психически больных в наибольшей степени свойственна младшему медицинскому персоналу. Амбивалентное восприятие ими психического заболевания, полярная направленность характеризуют отношение представителей данной группы к пациентам и приводят к искаженному пониманию «опосредованного комплаенса». Система отношений сотрудников младшего звена включает отсутствие интереса к психически больному как партнеру по взаимодействию, непонимание значимости личности пациента, санитары допускают безразличие и пренебрежение в адрес переживаний психически больного.

Таким образом, неравномерное развитие компонентов эмпатии у средних медицинских работников приводит к сокращению аффилиативных тенденций в отношениях последних с пациентами, касающихся выполнения функциональных обязанностей (формирования опосредованного комплаенса у психически больных). Позитивное эмоциональное отношение медицинских сестер к пациентам не распространяется на профессиональную сферу их взаимодействий. Наиболее низкие уровни развития эмпатии и аффилиации демонстрирует младший медицинский персонал. Уровень развития когнитивной эмпатии у младших медицинских работников превышает уровень развития эмоциональной эмпатии, что проявляется в деформации аффилиативных тенденций (понимание сотрудниками зависимого положения пациентов и негативное отношение к ним).

ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ПОСЛЕДСТВИЙ РАННЕГО ОРГАНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

В.М. Полецкий (г. Челябинск)

Проблема резидуально-органических психических расстройств традиционно является одной из актуальных не только в современной детской и подростковой, но и во взрослой психиатрии. Органические поражения головного мозга на различных этапах формирования личности детей и подростков часто являются причиной появления нервно-психических расстройств у взрослых. Возрастная динамика расстройств носит многозначный характер и зависит от большого числа факторов.

Считается, что динамика носит регрессионный характер, но по некоторым данным нередко у взрослых обнаруживаются расстройства, причиной которых является резидуально-органическая патология раннего детского возраста.

Цель исследования: изучить динамику лёгких проявлений резидуально-органических психических расстройств в препубертатном, пубертатном, постпубертатном и молодом возрасте и разработать дифференцированную систему лечебно-профилактических мероприятий.

Материал и методы исследования: исследование носило клинический сравнительно-возрастной характер - сопоставление клинической картины психических расстройств на разных возрастных этапах (препубертатный - постпубертатный) и сравнительный клинико-психопатологический - сопоставление клинически разных вариантов патологии. Клинико-динамически изучено 370 пациентов (174 мужского и 196 женского пола). Возраст начала исследования $12 \pm 3,2$, окончания $25 \pm 4,3$ года. Применялись следующие методы: клинический, экспериментально-психологическое исследование, реоэнцефалография, электроэнцефалография, МР-томография, статистические методы.

Результаты исследования: клиническая характеристика обследованной группы показала доминирование легкого психоргани-

ческого резидуального синдрома различной психопатологической структуры. Динамика резидуально-органического психорганического синдрома в возрастном аспекте выглядела следующим образом:

Препубертатный и ранний пубертатный период: декомпенсация (27%), неустойчивая компенсация (42%) и относительно стабильная динамика (31%).

Ранний и поздний постпубертатный период: неустойчивая компенсация(12%), динамическая трансформация синдрома (15%), устойчивая компенсация(52%) и регрессионная динамика(21%).

Молодой возраст: стабильная динамика (18%), неустойчивая компенсация (12%), периодические обострения, на фоне стабильного течения (23%), динамическая трансформация синдрома (12%), динамика в рамках другого психического расстройства (0,75%), динамика в рамках соматического (соматоформного) расстройства (34,25).

Учитывая сложность клинической картины динамики резидуально-органических расстройств, предложена полипрофессиональная биопсихосоциальная модель лечебно-профилактической помощи, позволяющая разрешить также правовые и этические проблемы. Больные должны состоять на учёте в психосоматическом центре, что позволяет оказывать им весь спектр помощи: психиатрической, психотерапевтической, наркологической, неврологической, терапевтической, психологической, психосоциальной и избежать стигматизации. Объём и структура лечебно-профилактической помощи определяется в соответствии с индивидуальной клинической динамикой резидуально-органических расстройств.

Таким образом можно сделать вывод, что клиническая динамика резидуального психорганического синдрома существенно отличается в различные возрастные периоды жизни. Ее изучение способствует уточнению диагностических критериев в психиатрии, выяснению возрастных закономерностей психической патологии, уточнению ее роли как патопластического фактора, определяющего характер расстройств на разных этапах онтогенеза. Лечебно-профилактическая помощь должна носить полипрофессиональный характер, основанный на биопсихосоциальном подходе.

ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОТДЕЛЬНЫМ КАТЕГОРИЯМ ЛИЦ В МОСКВЕ

*А.Н. Полотнянко,
И.С. Терещенко (г. Москва)*

В Москве за последнее время отмечается постоянный рост числа лиц, для которых затруднено получение медицинской помощи вообще и психиатрической в частности. К этой категории относятся лица без определённого места жительства, иностранные граждане, лица без гражданства, а также иногородние граждане, по разным причинам пребывающие в г. Москве. Согласно нормативным документам, эти категории граждан имеют право на получение скорой и неотложной помощи бесплатно за счёт средств бюджета и ОМС. Иногородние граждане России могут получить бесплатную плановую медицинскую помощь только по талону ДЗ г. Москвы, в иных случаях – по полису ДМС, а так же за счёт личных средств. Кроме того, возможно получение медицинской помощи в ЛПУ по месту регистрации при наличии полиса ОМС, выданного по месту работы. Безработные иногородние должны обращаться в пункт выдачи полисов, обслуживающего ЛПУ. Для получения полиса необходимо наличие паспорта и документа, подтверждающего статус безработного, а также копия свидетельства о регистрации в Москве. Из вышесказанного видно, что получение достаточной медицинской помощи для иногородних и иностранных трудовых мигрантов, зачастую не имеющих регистрации, миграционной карты и официального места работы, чрезвычайно затруднено, а для лиц БОМЖ, как правило, не имеющих ещё и документов, невозможно. Ситуация осложняется также и тем, что в связи с низкой информированностью о своих правах эти категории граждан не обращаются за медицинской помощью даже в urgentных ситуациях, что ведёт к хронизации заболеваний, увеличению инвалидизации среди них и, в конечном счёте, смертности, при этом лица трудоспособного возраста среди них составляют основную массу.

Психиатрическая больница № 7 г. Москвы является учреждением, оказывающим психиатрическую помощь иногородним, лицам без определённого места жительства, «неизвестным», иностранным гражданам, а также лицам без гражданства. Больные поступают по направлению дежурного психиатра в острейшем состоянии и имеют соматическую отягощенность, обусловленную недоступностью медицинской помощи для этих категорий граждан. Так, достаточно рутинным в нашей практике является лечение таких патологий как пневмонии, сотрясения головного мозга лёгкой и средней степени тяжести, энцефалопатии, резаные раны, трофические язвы, кахексии, педикулёз, чесотка, сифилис. Проводится активное выявление туберкулёза с последующим переводом в профильное учреждение, выявляется и лечится нейросифилис. Пациенты, вышедшие из психотического состояния в короткие сроки и желающие работать в Москве, выписываются самостоятельно. При наличии особых показаний (соматическое заболевание, исключающее возможность работать, транзитные пассажиры, заболевшие в пути и т.п.) пациенты за счёт бюджетных средств направляются по месту постоянного жительства, чтобы предотвратить их дальнейшую десоциализацию. Больные хроническими психическими заболеваниями эвакуируются в психиатрические больницы по месту жительства. Лица без определённого места жительства проходят лечение в психиатрической больнице № 7, т.к. даже при выяснении бывшего места жительства стационары в регионах зачастую отказывают в их приёме, мотивируя отсутствием «прописки», а также регламентирующих нормативных документов.

Следует подчеркнуть, что психиатрическая больница №7 является стационаром на 80 коек, в котором за 2008 г. было пролечено 1852 больных.оборот койки составил 23чел/год. Средний срок пребывания 11 дней. В больнице отсутствует рентгенкабинет. Флюорография проводится в противотуберкулёзном диспансере. Ставки врачей-интернистов рассчитываются исходя из числа коек, но при подобном расчёте фактически специалистов явно недостаточно с учётом особенностей контингента больных.

Учитывая сложившуюся социально-экономическую ситуацию и связанные с этим трудности материально-технического обеспечения ПБ №7, представляется целесообразным ее укрупнение и надлежащее нормативно-правовое регулирование её деятельности.

МОДЕЛИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ» В ОСТРОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

А.Н. Полотнянко, И.С. Терещенко,
Г.А. Вологжанина (г. Москва)

Согласно классификации Р. Вича (США), существует четыре модели взаимодействия «врач-пациент». В модели *технического* типа врач предстаёт «беспристрастным» специалистом, который квалифицированно делает свою работу. На пациента ложится вся ответственность за свои решения. В *патерналистской* модели фигура врача наделяется аурой сакральности, повышенной моралью, ответственностью и даже жертвенностью. Врач связан тайной Гиппократова клятва. В рамках этого типа может произноситься ложь, чтобы «не навредить» пациенту. В *коллегиальной* модели решающим является доверие. Врач - это более компетентный друг, с которым пациент активно сотрудничает в процессе лечения. С позиций страховой медицины наиболее приемлема *контрактная* модель взаимодействия «врач - пациент». Здесь отношения строятся по принципу общественного договора, каждая из сторон имеет равные права и определённые обязанности. Информированное согласие на лечение – неотъемлемый признак этой модели. Это, конечно, «крайние» типы взаимодействия, на практике можно ожидать смешанные варианты.

Цель нашего исследования – выявить предпочтительные модели взаимодействия «врач-пациент» среди медработников и пациентов Московской городской психиатрической больницы № 7, где осуществляется терапия острых психозов и дальнейшая эвакуация больных в психиатрические стационары по месту жительства. Нами был создан структурированный опросник, который содержит 16 суждений (4 на каждую модель), по каждому из которых респонденту предлагалось согласиться, не согласиться, либо воздержаться от ответа. Всего было опрошено 57 человек, из них 13 врачей, 15 медсестёр, 15 санитаров и 14 больных (мужчины 35-45 лет).

По результатам опроса выяснилось, что в целом, медики отдают предпочтение *патерналистскому* типу взаимодействия «врач-

пациент» – 78% положительных ответов по этой шкале у среднего и младшего медперсонала и 84% у врачей. То, что «врач должен ставить на первое место бескорыстную заботу о нуждах пациентов» считают 95% медработников и 71% пациентов. Больше половины (59%) медиков и половина пациентов думают, что «врач должен взять на себя всю ответственность за состояние здоровья и настроение больного», причём из согласившихся с этим утверждением врачей 75% имеют стаж работы 10 и более лет. Пациенты выбирают разные типы, с небольшим предпочтением *коллегиальных* отношений (73% положительных ответов у пациентов и 70% у медиков). То, что «врач и пациент должны видеть друг в друге коллег» считают 85% медиков и 64% пациентов. 95% медиков и 85% пациентов считает, что «в отношениях врача и пациента доверие играет решающую роль». По шкале *контрактного* типа 64% положительных ответов у медиков и 60% у пациентов. Около половины медиков (48 %) и 71 % больных уверены, что «врач и пациент в своих отношениях должны иметь равные права», меньше трети (26%) медицинских сестёр согласны с этим утверждением. 58% медиков и 43 % больных согласны с тем, что «отношения врача и пациента осуществляются на принципах договора». Наименее значимым оказался *технический* стиль взаимоотношений (49% и 51% положительных ответов по шкале). Четверть медработников и всего 7% пациентов считают, что «отношения врача и пациента приобрели суть отношений продавца и покупателя». 71% пациентов и медиков видят «задачу врача в исправлении отклонений в неисправном физиологическом механизме». Около 40 % опрошенных предпочитают 2 и более типа взаимоотношений.

В остром отделении психиатрической больницы существуют разные модели взаимодействия «врач-пациент» с небольшим перевесом в сторону патернализма. Возможно, что особенности психотических пациентов ведут к смене модели в процессе терапии. Отношения, начавшиеся как патерналистские, переходят в контрактные или коллегиальные после купирования психоза и оформления информированного согласия. В результате развития биологической психиатрии, отдельные черты технической модели также находят своё место в практике.

МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАНДАРТЫ В ПРАВОВОМ РЕГУЛИРОВАНИИ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

С.В. Полубинская (г. Москва)

В Конституции РФ установлен характер взаимодействия международного права и внутригосударственного права – общепризнанные принципы и нормы международного права включены в правовую систему России (ч.4 ст.15). Это конституционная норма является правовой основой для реализации положений международно-правовых документов в законодательстве страны.

Положения международного права, прежде всего, в области прав человека входят составной частью в законодательство об оказании психиатрической помощи. Международно-правовые документы, в которых они содержатся, могут быть разделены на две группы – те, которые носят общий характер и закрепляют фундаментальные права, распространяющиеся на всех без исключения граждан (например, Международный пакт о гражданских и политических правах), и документы, имеющие специализированное значение, в том числе касающиеся лиц с психическими расстройствами. Во второй группе есть как юридически обязательные международные правовые акты, так и документы, в строгом смысле не обладающие такой юридической силой. Это, однако, не означает, что их положения могут быть проигнорированы внутренним правом, поскольку в них отражается позиция большинства членов международной организации, принявшей такой документ. В отсутствие специальной конвенции или международного договора именно такие документы служат руководством по толкованию общих международно-правовых норм в отношении определенных групп граждан.

Применительно к законодательству о психиатрической помощи международные стандарты приняты на двух уровнях – на уровне Организации Объединенных Наций (Принципы защиты лиц, страдающих психическим заболеванием, и улучшения здравоохранения в области психиатрии от 17 декабря 1991 г.) и на регио-

нальном уровне, в нашем случае – в рамках Совета Европы (например, Рекомендации Комитета Министров, касающиеся защиты прав человека и достоинства лиц с психическими расстройствами от 22 сентября 2004 г.). В определении правового статуса лиц с психическими расстройствами в государствах-членах Совета Европы учитываются и решения Европейского суда по правам человека.

Анализ международно-правовых документов, касающихся лиц с психическими расстройствами, а также решений Европейского суда по правам человека позволяет сформулировать минимальный набор стандартов, требующих отражения в национальных законах, регламентирующих оказание психиатрической помощи:

1) запрет любых форм дискриминации лиц с психическими расстройствами;

2) установление диагноза психического расстройства на основе международных стандартов;

3) право лиц с психическими расстройствами на получение медицинской и социальной помощи в соответствии с теми же стандартами, которые применяются к другим пациентам;

4) оказание психиатрической помощи в наименее ограничительных условиях и с применением наименее ограничительных методов лечения;

5) автономия пациента и его участие в процессе оказания психиатрической помощи (в том числе, право на выбор при оказании помощи на основе «информированного согласия и право отказаться от такой помощи»);

6) применение недобровольных психиатрических мер только к тем, чье психическое расстройство объективно установлено, требует именно таких мер и в рамках законных правовых процедур;

7) периодический пересмотр решений о недобровольной психиатрической помощи;

8) право на судебное обжалование решений о недобровольных психиатрических мерах с обеспечением пациенту доступа к правосудию.

Таким образом, в современных законах о психиатрической помощи должны быть сбалансированы интересы общества и лиц с

психическими расстройствами. Законы не могут ограничиваться только целью лечения таких лиц, особенно в недобровольных условиях, но содержать правовые гарантии для их максимально полной интеграции в общество. Уважение прав лиц с психическими расстройствами, включая признанные на международном уровне, и обеспечение их реализации является обязанностью государства.

ОТЕЧЕСТВЕННАЯ ПОГРАНИЧНАЯ ПСИХИАТРИЯ – ОСТАНЕТСЯ ЛИ ОНА В КОМПЕТЕНЦИИ ПСИХИАТРОВ?

*Н.Ю. Пятницкий, Э.Е. Федин,
А.О. Калинин, Т.М. Булдакова
(г. Москва)*

В западной социологии медицины в последнее десятилетие все мощнее звучит марксистская парадигма конфликта. Социологами отмечаются нарастающая бюрократизация медицинской помощи, ее дороговизна и малая эффективность, тенденция к росту неудовлетворенности потребителей, воинственно настроенных по отношению к медицинскому «истеблишменту», и отрицанию врачами пациентов как «испорченных, неразумных и неблагодарных». Оказывается, что, несмотря на утверждение о целесообразности ранней и «своевременной» терапии, в некоторых случаях предпочтительнее терпеть страдание, нежели обращаться к врачу.

Существуют исследования социологов о лечении психически больных, по результатам которых тип терапии являлся своего рода функцией социального статуса пациента: «высший» класс чаще получал психотерапию, «низший» реже. Причем вариант психотерапии также оказывался функцией социальной позиции – пациентам из «низших» классов если и проводилась психотерапия, то групповая, а пациентам из «высших» слоев предлагался преимущественно «психоанализ», поскольку плата за него высока.

Проблема не ограничивается вышеуказанными изъянами медицины. Из всех болезней психические подвержены наибольшему

уровню стигматизации в обществе – как отечественном, так и западном. Так, например, субъект, у которого «не в порядке с головой» ассоциируется с областью психиатрии и воспринимается с большим отторжением, чем тот, у кого «не в порядке с нервами», что относится к области неврологии, причем эта тенденция мало зависит от социального класса тестируемых. Уже этот факт определяет предпочтение обращения пациентов сферы пограничной, или малой психиатрии, не к психиатру, а к неврологу, терапевту или даже психологу, готовому объяснить ощущение неблагополучия депрессивного, соматоформного или тревожного больного детскими психическими травмами.

Вышеуказанные изъяны медицины и теоретической психологии, действительные трудности терапии, недостаточная осведомленность и некритичность существенной части населения позволяют активно внедряться в область пограничной психиатрии различным культовым организациям и многочисленным «волшебникам» и «знахарям», и, соответственно, приносить ощутимый вред пограничному контингенту пациентов. Надеяться на то, что оптимальное урегулирование обслуживания в сфере малой психиатрии произойдет само собой, без решений финансового, правового и юридического аспекта и усилий психотерапевтически ориентированной психиатрии, вряд ли возможно.

СОЦИАЛЬНЫЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АЛКОГОЛЬНЫМИ ПСИХОЗАМИ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

*К.Д. Романов,
А.Р. Сараджева (г. Москва)*

Актуальность эпидемиологических исследований заболеваемости алкогольными психозами обусловлена достаточно высокой распространенностью данного психического расстройства, значительным снижением трудоспособности вплоть до ее полной утраты после перенесенных алкогольных психозов, особенно повтор-

ных, а также высокой криминогенностью в среде лиц, страдающих алкогольной зависимостью и находящихся в состоянии алкогольного психоза. Озабоченность вызывает преобладание в этой группе больных активного трудоспособного возраста (до 60 лет). За изученный период доля таких пациентов в совокупности составила более 90%. При этом имелись значимые различия при сопоставлении городского и сельского населения. Так, если среди городского населения преобладали лица более молодого возраста (20-29 лет), то среди сельского населения наибольшая доля больных с алкогольными психозами приходилась на более поздний возрастной интервал (от 40 до 49 лет).

В Московской области при общей тенденции к снижению численности населения за период 2002-2003 г. в целом, отмечалось увеличение относительного числа сельских жителей, что связано с миграционными процессами.

По нашим данным, максимум заболеваемости психозами приходится на период 1993-1996 гг., характеризовавшегося политическим и экономическим кризисом и увеличением оборота дешевой нелегальной алкогольной продукции. После проведения мероприятий со стороны правоохранительных органов по изъятию из оборота значительной доли нелегальной и суррогатной алкогольной продукции период с 1997 по 1998 гг. был отмечен снижением заболеваемости алкогольными психозами более чем в два раза. Несмотря на это, начиная с 1999 г., после очередного экономического кризиса и обнищания населения абсолютное и относительное число заболевших данной патологией как в городе, так и сельской местности стало быстро увеличиваться.

Одновременно с этим, по результатам сравнительного исследования нозологической структуры больных, жителей Московской области, совершивших правонарушения, было показано, что более трети (32,1%) из них на момент ООД находились в состоянии алкогольного психоза (преимущественно делириозные расстройства).

ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

И.Ф. Рощина, Н.В.Зверева (г. Москва)

Отечественная клиническая психология, как известно из истории науки, сформировалась на стыке психологии и медицины, и в настоящее время она является междисциплинарной областью научно-практической деятельности таких специалистов, как психологи и врачи.

Согласно Закону Москвы «О психологической помощи населению в городе Москве» (2009), психологическую помощь имеют право оказывать профессионалы, имеющие высшее психологическое образование. Принятое решение имеет существенное значение и для клинической психологии. Образовательный стандарт по клинической психологии включает базисные психологические дисциплины по общей, возрастной, педагогической и социальной психологии, а также по смежным с клинической психологией областям – анатомии ЦНС, психофизиологии, психогенетики, дефектологии, неврологии, психиатрии, соматологии, и др. Таким образом, клинический психолог должен получить качественное базисное образование. Очевидно также, что для клинических психологов необходимо профессиональное усовершенствование на протяжении всей трудовой деятельности как в узком смысле (овладение новыми технологиями психологической работы), так и в широком (расширение кругозора в соответствии с развитием науки).

В нашей стране не существует единых этико-профессиональных требований к работе психологов. При этом в клинической психологии давно выработаны и служат руководством к действию базисные принципы деятельности. Эти принципы заложены В.М. Бехтеревым, С.С. Корсаковым, Л.С. Выготским, А.Р. Лурией, Б.В. Зейгарник и другими выдающимися представителями отечественной школы клинической психологии.

Одним из важнейших принципов является уважение личности больного, что требует реализации гуманистического начала в психологии и медицине и предполагает взаимодействие с пациен-

том как с личностью. По отношению к больному допустимо применение только уважительного обращения, категорически отрицающего использование пренебрежительных словесных формулировок, жаргонизмов и ярлыков. Наряду с этим нужно учитывать психический статус и личностные особенности пациента. Все клинические психологи должны помнить остающееся справедливым и гуманным высказывание В.Х. Кандинского: «Душа и заболев, не перестает быть душой».

Другим аспектом работы клинического психолога выступает «принцип ненанесения ущерба», который обращает внимание на такие стороны взаимодействия психолога с пациентом как «психотерапевтичность», психологическая поддержка, связанные с общемедицинским принципом: «Не навреди!». Любое завершение контакта психолога с пациентом должно иметь позитивный итог, не ухудшая психологического статуса больного.

Следующий современный принцип в медицине и клинической психологии – «принцип конфиденциальности», который включает неразглашение личной информации о больном (паспортные данные, диагноз и другие медико-психологические сведения) и добровольность его участия во всех формах психологической работы («информированное согласие»).

В своей деятельности клинический психолог должен оставаться в рамках профессии, т.е. не брать на себя лечебные и диагностические функции врача, что нередко можно наблюдать в реальной практике медицинских психологов. Несмотря на то, что психолог использует диагноз врача и данные параклинических исследований, его работа строится в соответствии с понятийным аппаратом и методами исследования, диагностики и коррекции в психологии. Кроме того, важным профессиональным умением является работа в команде с разными специалистами для реализации современного мультидисциплинарного подхода к изучению патологии психики.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

*В.А. Руженков, А.В. Боева,
О.В. Жигулина, В.И. Очколяя
(г. Белгород, Россия, г. Николаев, Украина)*

Нарушение критичности больных шизофренией является наиболее частым симптомом и встречается, по данным разных авторов, от 84,1% (Наджаров Р.А. с соавт., 1987) до 95% случаев (Циркин С.Ю., 1994; Landmark I. et al., 1990).

Целью исследования была разработка методов психологической коррекции отношения к болезни («критики») и совершенному ООД больных шизофренией для повышения уровня их социально-психологической адаптации.

Проведено пилотажное исследование эффективности психологической коррекции некритического отношения к болезни при помощи модифицированной нами технологии, разработанная В.С. Чудновским (1985). В эксперименте принимали участие 12 больных параноидной формой шизофрении (все мужского пола, из них 4 – совершавших ранее ООД).

В качестве метода психологической коррекции применялась методика «воображаемого двойника». Больному предлагается представить себе, что он встретился с другом или знакомым, с которыми давно не виделся. Этот человек с тревогой рассказывает ему о том, что ... (далее следует описание болезненных переживаний и нарушенного поведения самого испытуемого). Больной должен высказать свои соображения по поводу состояния «двойника» и дать ему совет. Данная методика раскрывает способность испытуемого формировать образ Я путем переноса на себя представления, являющегося первичной ступенью в понимании отличия духовного от материального. Этот процесс переноса включает в себя как эмоциональные, так и когнитивные компоненты самосознания. В рамках методики «конкретного двойника» больному предлагалось поучаствовать в анализе случая заболевания, который обсуж-

дали два врача. При этом один из врачей зачитывал фактически симптоматику пациента и те нарушения поведения (несколько в утрированной форме), которые сопровождали клиническую картину. В последующем пациенту предлагалось оценить психические и физические качества «двойника», а также дать ему совет. Здесь происходил процесс осознания внешнего образа и переноса его на себя. В соответствии с методикой «обобщенного двойника» больному предлагалось прочитать компьютерную распечатку («из монографии», «руководства по психиатрии»), в которой приводилось обобщенное описание картины психического заболевания, сходного с наблюдающимся у него самого. В последующем пациенту предлагалось оценить «с точки зрения психиатрии» состояние «воображаемого» и «конкретного двойника», дать им совет.

Каждая техника проводилась по 5 раз. Сеанс занимал 30-35 минут. На 6 занятии пациенту предлагалось оценить свое состояние «с позиции психиатрии» и ответить на вопрос – насколько он согласен с тем, что имеющаяся у него самого симптоматика аналогична симптоматике «двойников», является ли она болезненной и требует ли терапии.

В результате в 6-и случаях (50%) больные согласились с болезненным характером имеющихся у них симптомов и появилась настроенность на лечение. Кроме того, у них улучшилось взаимоотношение с родными. В 3-х случаях (25%) больные, сознавая факт болезни, на лечение были настроены формально: «от этого не умирают». В 3-х случаях эффект достигнут не был в силу наличия выраженных расстройств мышления в рамках параноидного дефекта.

Таким образом, исследование показало, что применение методов психологической коррекции в рамках психосоциальной терапии оптимизирует отношение к болезни и улучшает микросоциальный климат.

ВЛИЯНИЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА ПОЗДНИХ СРОКАХ НА ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН

*В.А. Руженков, М.А. Качан
(г. Белгород)*

Согласно литературным данным, почти у 30% беременных женщин выявляются психопатологические нарушения, более половины которых составляют депрессивные расстройства (Kelly R.H. et al., 2001), а у первобеременных сам факт возникновения беременности в 70% случаев создает большие психологические проблемы невротического уровня (Кочнева М.А., 1990). В то же время сам искусственный аборт повышает риск появления психических заболеваний (Fergusson D.M., 2000). Для женщин, прерывающих беременность во 2 триместре, характерны нетерпимость, неустойчивость эмоций, импульсивность и эмоциональная лабильность (Подьяков А.Н., 1999; Миронова Т.А. с соавт., 1999). В связи с этим целью исследования было изучение клинической структуры психических расстройств у женщин, прерывающих беременность по медицинским показаниям на поздних сроках для разработки методов лечения и оказания медико-психологической помощи.

Методом сплошной выборки обследовано 190 женщин в возрасте от 13 до 49 ($25,7 \pm 0,5$) лет, прерывающих беременность на поздних сроках (от 18 до 27 недель).

В большинстве случаев, у 123 женщин (64,7%) выявлялись психические расстройства и только в 67 случаях (35,3%) клинически значимые расстройства психики не обнаруживались.

На основе клинических характеристик психических расстройств все обследуемые были разделены на три группы. В первую группу вошли 28 женщин (14,7%), страдающих психическими расстройствами и наблюдающиеся амбулаторно у врача-психиатра. Они были направлены на аборт по медицинским показаниям (психическое расстройство). Преобладали пациентки с «Психогенной депрессией» – 46,4% случаев. Характерно, что более чем в половине случаев у них наблюдались рентные установки с демонстративно-шан-

тажными внутренними формами суицидального поведения. Основной целью суицидальных высказываний было получение врачебного заключения на проведение операции аборта в поздние сроки. Высокий удельный вес (21,4%) занимали женщины с алкогольной и наркотической зависимостью, в 17,9% случаев встречалась умственная отсталость и 14,3% занимали больные шизофренией.

Во вторую группу вошли 13 женщин (6,8%), направленных на операцию аборта на поздних сроках по медицинским показаниям (врожденные пороки развития плода, антенатальная гибель плода, собственные тяжелые соматические заболевания) и обнаруживающих в последующем затяжную психогенную депрессию с симптомами посттравматического стрессового расстройства.

В третью группу вошли 82 женщины (43,2%), обнаруживающие в послеабортном периоде многообразные полиморфные кратковременные психогенные реакции. Клиническая картина поздних квалифицировалась как «Кратковременная депрессивная реакция» – 26 случаев (31,7%), «Смешанная тревожная и депрессивная реакция» – 42 (51,2%) и «Психогенная депрессивная реакция с конверсионными симптомами» - 14 случаев (17,1%).

Таким образом, исследование показало, что у женщин, прерывающих беременность на поздних сроках по медицинском показаниям в большинстве случаев (65%), обнаруживаются клинически значимые психические расстройства. При этом в 50% случаев психические расстройства возникали в ответ на психотравмирующую ситуацию, содержание которой заключалось в утрате неродившегося ребенка. В 15% случаев встречались женщины, страдающие психическими расстройствами, которые явились самостоятельным медицинским показанием для прерывания беременности. Сказанное свидетельствует о необходимости консультаций женщин, прерывающих беременность на поздних сроках врачом психиатром и психотерапевтом для оказания своевременной медицинской и медико-психологической помощи.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОТНОШЕНИЯ К ПРОФЕССИИ ВРАЧА-ПСИХИАТРА И ПСИХИАТРИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

*В.А. Руженков,
У.С. Москвитина (г. Белгород)*

Литературные данные свидетельствуют о том, что существует огромный разрыв в оказании психиатрической помощи и ресурсами ее обеспечения финансового, психосоциального и кадрового плана. Последнее особенно важно, так как в кадровой политике многих европейских стран наблюдается глубокий кризис в привлечении выпускников медицинских вузов к работе в сфере охраны психического здоровья (Жакоковцев Б.А. с соавт., 2005).

В доступной нам российской литературе мы не встретили систематических исследований, освещающих рейтинг и отношение к профессии врача-психиатра студентов-медиков. Поэтому, целью исследования было изучение отношения к профессии врача-психиатра и психиатрии, как врачебной специальности, студентов старших курсов медицинского факультета. Основным методом исследования был социологический (анкетирование), в котором приняли участие 300 студентов (140 учащихся 4 курса, не изучающих дисциплину «Психиатрия и наркология» и 160 студентов 5 курса, прошедших указанный цикл).

Установлено, что большинство студентов (73-75%) поступили на медицинский факультет по собственной инициативе. Однако к 4-5 курсу разочаровались в выборе врачебной профессии 11-14% опрошенных, а 11 (18%) высказали сомнение, насчет работы врачом в будущем. Другими словами, после пятилетнего обучения медицине, треть студентов-медиков высказали разочарование во врачебной профессии.

Среди рейтинга врачебных специальностей наибольшей популярностью пользовались терапевт, хирург и акушер-гинеколог. Врач-психиатр занимал 5-6 место (30% четверокурсников и 23% пятикурсников на вопрос «Кем бы вы хотели быть?» указали врача-психиатра).

Не знают различия между врачом-психиатром и психотерапевтом 70% четверокурсников и 40% пятикурсников ($\chi^2 = 25,89$ $p < 0,001$). Среди специалистов, с которыми бы хотели поддерживать дружеские отношения врач-психиатр оказался на 5-6 месте (по 13% опрошенных в обеих группах студентов).

У значительной части опрошенных выявлены архаичные стереотипы отношения к психически больным и профессии врача-психиатра. Так, 19% в первой группе и 22% во второй полагают, что врачи-психиатры могут заразиться заболеванием от пациента; соответственно 11% и 10% считают, что лиц с психическими расстройствами должны лечить не психиатры, а священнослужители. Более того, 20% четверокурсников и 16% пятикурсников считают, что за лечением психически больного лучше обратиться к знахарю.

Четвертая часть студентов обеих групп полагают, что «психическое заболевание – признак талантливого человека»; по 22% в обеих группах высказали предположение, что «психические болезни являются результатом ворожбы, порчи», а 25% и 21% – являются результатом «наказания за грехи». Характерно, что 26% и 18% респондентов полагают, что психически больной во многом сам виноват в своем заболевании, а 29% и 39% соответственно, считают, что психически больного вылечить невозможно. 24% и 21% студентов полагают, что психические болезни во многом не разгаданные наукой явления.

Таким образом, исследование выявило низкий рейтинг врача-психиатра среди медицинских специальностей и жестко закрепленные стереотипы отношения к лицам с психическими расстройствами среди студентов-медиков, отражающие доминирующие представления в обществе. Более того, изучение психиатрии практически не оказывает влияния на устоявшиеся стереотипы. Для изменения ситуации необходим комплекс мероприятий, направленный на изменение общественного мнения в более широком контексте.

ВОПРОСЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРАВОВОЙ ГРАМОТНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Е.В. Руженская (г. Иваново)

Правовая грамотность специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи, складывается из их общего уровня знания права, умения ориентироваться в нем, и знаний, непосредственно касающихся оказания психиатрической помощи.

Для изучения вопросов правовой грамотности сотрудников психиатрических учреждений, непосредственно касающихся осуществления профессиональной деятельности, нами был произведен опрос медиков. В исследовании приняли участие 2503 врачей и среднего медицинского персонала, работающих в психиатрии.

Основной вопрос анкетирования касался знания сотрудниками Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании». В общей выборке положительный ответ на вопрос о хорошем знании закона смогли дать только 37% специалистов. Более высоко оценили свой уровень грамотности организаторы психиатрической помощи (главные врачи, их заместители, заведующие отделениями) – 68%, ниже показатель среди практикующих врачей – 50,7%. Среди сестринского персонала положительно ответить о хорошем знании закона смогли только 31% сотрудников (34,3% главных и старших медсестер и 30,6% сестринского персонала неорганизационного уровня). Более половины специалистов, работающих в психиатрии, смогли оценить свое знание закона лишь как «выборочное, по потребности в работе – 53% сотрудников. Этот показатель в основном формируется из уровня профессиональной правовой грамотности среднего медицинского персонала (57,8% ответивших) и в менее значительной степени из уровня знаний врачей-психиатров (39,4%). Однако сам факт того, что сотрудники считают возможным досконально знать только несколько разделов основного документа, по которому работает служба, заставляет считать этот вопрос актуальным. Особенно настораживающим является тот факт, что 9,5% сотрудников психиат-

рических учреждений отметили недостаточное знание практически по всем разделам Закона «О психиатрической помощи...» (4,4% врачей и 11% медсестер).

Учитывая, что оценку правовой грамотности по знанию Закона мы проводили в рамках методики самооценки, а не проверочного тестирования, можно предположить, что реальные результаты продемонстрируют ещё большую потребность повышения профессиональной правовой грамотности медицинского персонала психиатрических учреждений.

Актуальность проблемы подчеркивает и тот факт, что около половины медицинского персонала (48%) подтвердили потребность в дополнительных лекционных занятиях по разбору Закона.

Отрадно, что наибольшую потребность и готовность к занятиям проявили те группы специалистов, где показатель осведомленности был более низким (сестринский персонал (51,7%), практические врачи (37,3%), сочли нецелесообразным для себя занятия по повышению правовой грамотности по Закону «О психиатрической помощи...» 26,3% сотрудников (43,3% врачебного персонала и 21% сестринского), затруднились оценить свою потребность в таких занятиях 25,5% специалистов, работающих в психиатрии.

Таким образом, выявлен недостаточный уровень знаний сотрудников психиатрической службы основного правового документа, регламентирующего вопросы оказания психиатрической помощи, понимание медицинским персоналом необходимости повышения уровня своей правовой грамотности и готовность к совершенствованию в этом вопросе.

САМООЦЕНКА МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ ПРАВОВЫХ, ОРГАНИЗАЦИОННЫХ, ЭТИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Е.В. Руженская (г. Иваново)

Состояние психиатрической помощи любого региона оценивается объемом, своевременностью, качеством ее оказания. На развитие самой службы оказывают влияние множество факторов как внешних, так и внутренних. Их сочетание сказывается не только на показателях работы психиатрической службы, но и на мотивационной настроенности персонала учреждений, возможности повышения внутренних кадровых резервов для совершенствования процесса оказания психиатрической помощи

В настоящем исследовании приняли участие 2503 сотрудника психиатрической службы ЦФО, врачебный и сестринский состав специалистов, участвующих в оказании психиатрической службы.

Три четверти сотрудников (74,4%) оценили состояние психиатрической службы как удовлетворительное, 14,4% как хорошее, и 11,2% как неудовлетворительное.

Как врачи, так и медсестры отметили несколько основных проблемных аспектов психиатрической службы. В целом их можно разделить на организационно-финансовые, правовые, этические и мотивационные.

Основной проблемой 80,8% сотрудников психиатрических учреждений (84,3% врачей и 79,8 специалистов со средним медицинским образованием) считают недостаточное финансирование службы. Значимым явился также организационный аспект – 18,9% специалистов (22,1 % врачей и 17,8% медсестер) проблемным для психиатрии считают недостаточное развитие структуры учреждений по оказанию психиатрической помощи

Правовые аспекты, а именно ограничивающее влияние правовой стороны оказания психиатрической помощи, оказались значимыми проблемой для 9,9% медицинского персонала, работающего в психиатрии. При этом врачи в большей степени испытывают в своей работе это ограничивающее влияние - данную пробле-

му отметили 18,3% практикующих врачей и 16,9% организаторов здравоохранения. Среди сестринского персонала правовая сторона оказания психиатрической помощи отмечена как проблемная лишь у 7,4% специалистов (7,5% организаторов сестринского дела и 7,3% простых медсестер).

Актуальной остается и этическая сторона. На протяжении последних десятилетий ведется планомерная работа по повышению привлекательности психиатрической службы, созданию положительного имиджа врача-психиатра, повышению общественной ценности психического здоровья населения. Однако и в настоящее время, по мнению 34,1% персонала психиатрических учреждений (40% врачебного персонала и 32,2% сестринского) существенное влияние на их работу оказывает непопулярность и негативное отношение общества к психиатрической службе.

Таким образом, выявлена значимость организационных, правовых, этических проблем, оказывающих влияние на мотивацию медицинского персонала психиатрических учреждений, их субъективную оценку состояния службы, удовлетворенность работой.

Оценка данных факторов позволяет направить усилия на совершенствование управляемых процессов – внедрять новые формы психиатрической помощи, совершенствовать структуру учреждений, повышать правовую грамотность персонала, продолжать работу по изменению имиджа психиатрической службы и повышению ценности психического здоровья в обществе.

ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПСИХИАТРИИ: СТАРАЯ ПРОБЛЕМА В НОВОМ РАКУРСЕ

*О.Ю. Смирнова,
А.В. Худяков (г. Иваново)*

В психиатрии в последние годы продолжает обсуждаться тема феноменологического подхода. Дискуссия актуализировалась в связи с тем, что современная классификация психических расстройств, содержащаяся в МКБ-10, в основном базируется на фе-

номенологических позициях. В личном опыте врачей психиатров обычно происходит определенное смешение клинико-психопатологического и феноменологического методов. К сожалению, до настоящего времени феноменологический подход остается недостаточно востребованным. Прежде это объяснялось тем, что при большой загруженности врачей у них нет возможности для его использования, так как феноменологический подход может требовать большего количества времени. Хотя в последнее время нагрузка врачей в психиатрических стационарах уменьшилась, но этот факт никак не отразился на активности применения феноменологического подхода. Возможно, этому способствуют следующие обстоятельства. Указанный метод требует больших душевных затрат от врача, так как предусматривает «включенность» в переживания пациентов, эмпатическое понимание и интуитивное постижение. Лежащий в основе метода экзистенциальный анализ, предусматривающий выяснение субъективного мира пациента, его переживание реальности и соответствующее реагирование, недостаточно понятен врачам, воспитанным исключительно на клиническом мышлении.

Консультируя больных на клинической базе кафедры, мы сталкиваемся с издержками недостаточного использования врачами феноменологического подхода, что проявляется в недооценке личности больных, игнорировании их субъективного восприятия реальности, в результате чего врачами недоучитываются жизненные коллизии больных. Результатом является гипердиагностика шизофрении в ущерб аффективным расстройствам, диссоциативным, психогенным нарушениям и патологии личности.

Обучая врачей-психиатров и врачей смежных специальностей, мы включаем феноменологические принципы в преподавание. Сталкиваемся ли мы с трудностями в этом процессе? Да, не всеми врачами этот подход принимается, что можно объяснить их личностными установками и тем, что за время обучения в вузе вырабатывается определенный стереотип мышления, ориентированный только на клиническую оценку. Мы полагаем, что экзистенциальный анализ и феноменологический подход должны стать неотъемлемой частью обучения студента-медика на различных кафедрах ВУЗа.

СТАНОВЛЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ЭТИКИ В ПСИХИАТРИИ

Н.В. Соловьева (г. Москва)

Последнее десятилетие развития психиатрической службы ознаменовано ее реформированием, сменой парадигмы с чисто биомедицинской на холистическую (биопсихосоциальную) и новым витком в развитии реабилитации психически больных. При этом в психиатрии происходит процесс становления так называемой реабилитационной этики.

Традиционно психиатрия как область медицины опирается на достижения медицинской науки и медицинскую этику, суть которой в исторически сложившейся системе моральных (нравственных) представлений, взглядов, норм, относящихся к ситуации исцеления больных людей. Психиатры, получающие базовую подготовку в медицинских ВУЗах, научаются мыслить клинически, т.е. научаются распознавать психическое заболевание у конкретного пациента с помощью диагностической техники, включающей умение расспросить больного, активизировать его самонаблюдение, собрать т.н. объективные данные, понять совокупность выявленных симптомов, обозначить синдром, нозологическую единицу, сопоставить их с существующей классификацией, провести дифференциальную диагностику, определить особенности течения и прогноз развития выявленного заболевания у конкретного больного, а также стратегию и тактику его лечения с учетом современных представлений об эффективности и безопасности лекарственных средств. В центре внимания оказывается болезнь, для поиска и лечения которой психиатр вынужден фиксировать свое внимание на наиболее существенных ее признаках, этого требует методология психиатрии как науки. Все остальные проблемы больного человека для врача оказываются фоновыми, личность пациента рассматривается исключительно в контексте болезни.

Будет ли подобная помощь удовлетворять человека, который ее получает? Вряд ли. Ведь любая болезнь, а психическая особенно, затрагивает разные сферы его жизни. Вокруг больного непре-

рывно происходят разнообразные и порой очень сложные процессы, затрагивающие его ближайшее окружение и общество в целом. Недостаточно диагностировать заболевание и назначить оптимальное в имеющихся условиях лечение. Задачами практической медицины являются также уход за больным и реабилитация. Их осуществление выходит за пределы чистой медицинской науки и медицинской этики, но при этом остается в рамках медицины как совокупности наук.

Уход за больными осуществляется медицинскими сестрами. При этом во второй половине XX века понятие медицинской сестры и этика ее работы существенно трансформировались. Если ранее медицинская сестра рассматривалась как помощник врача и лицо, выполняющее определенные медицинские манипуляции, то реформа сестринского дела обозначила ее новый юридический статус с самостоятельными функциями, определила формирование не только медицинской этики, но и этики сестринского дела. Ее суть – в системе моральных (нравственных) представлений, взглядов норм, относящихся не к ситуации исцеления, а к ситуации удовлетворения потребностей людей, не только имеющих проблемы с физическим и психическим здоровьем, но и находящимся в состоянии, ограничивающем жизнедеятельность. Удовлетворение потребностей нацелено на использование ресурсов самого человека, поддержку его ближайшего окружения и сообщества. В центре внимания оказывается человек, имеющий определенные потребности, связанные с заболеванием напрямую или косвенно. Болезнь как таковая для медицинских сестер является лишь фоном при оказании помощи.

Этика сестринского дела относится к т.н. постмодернистской группе этических теорий. Обозначаемая ею моральная значимость и продуктивность живого опыта позволяет дополнить то, что остается невысказанным больным в общении с врачом. Медицинская этика и этика сестринского дела обогащают друг друга, но говорить об их объединении нельзя из-за разных подходов к видению больных.

В то же время философия сестринского дела очень близка философии реабилитации психически больных. Реабилитация так же обращается к использованию различных ресурсов самого боль-

ного с опорой на сообщество, она основана на удовлетворении основных его потребностей, так же использование медицинской этики является недостаточным для реабилитации. Поэтому по аналогии с другими этиками постмодернистской группы можно говорить о становлении реабилитационной этики при развитии теории реабилитации и включения основных ее принципов в работу практической психиатрии.

На сегодняшний день заметно, что чисто медицинский способ видения психически больных (ограниченный медицинской наукой в соответствии с биомедицинской моделью) скрывает от психиатров важные черты иных подходов, в частности сестринского дела и реабилитации, мешает пройти сквозь дебри понятий здоровья и болезни, выздоровления и ремиссии, дефекта и недостаточно диагностированных и соответственно оставленных без должного вмешательства подвижных проявлений болезни. Медицинская этика в чистом виде не позволяет достичь качества, характеристикой которого является соответствие оказанной медицинской помощи потребностям пациента и его ожиданиям. Взятая на вооружение психиатрами реабилитационная этика позволит по-новому взглянуть на старые проблемы.

ПАЦИЕНТ И ЕГО СЕМЬЯ: ОТ САМООЦЕНКИ ПОТРЕБНОСТЕЙ ДО УЧАСТИЯ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ СЛУЖБЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Т.А. Солохина (г. Москва)

Пользователи психиатрической помощи всегда рассматривались в рамках системы как ее пассивные получатели, не способные формулировать свои собственные желания и потребности и получающие такие виды помощи, которые определялись другими. Однако за последние три десятилетия положение изменилось, и потребители начали формулировать свои мнения относительно того, в каких видах помощи они нуждаются. Причины, повлиявшие на

переоценку роли пациента и его семьи в процессе лечения, следующие: деинституционализация, изменение парадигмы в объяснении возникновения и течения психических заболеваний, появление новых образовательных и поведенческих методик для работы с пользователями помощи, повышение их осведомленности о своих человеческих и гражданских правах, уменьшение стигмы психических заболеваний, что облегчает вовлечение семей в лечебно-реабилитационный процесс, развитие общественного движения в психиатрии и партнерских отношений между пользователями помощи и профессионалами. Учитывая это, точка зрения потребителей психиатрической помощи становится одним из важных объектов интереса специалистов.

Результаты проведенного нами исследования по самооценке пациентами, страдающими шизофренией, своих потребностей (использовалась шкала Camberwill Assesment of Needs, Phelan et al., 1995) позволили установить, что потребности людей с психическими заболеваниями являются многочисленными, разнообразными и различаются на разных стадиях болезни: пациенты по-разному определяли свои потребности при получении психиатрической помощи во внебольничных условиях (в реабилитационном центре общественной организации) и перед выпиской из психиатрической больницы. С использованием методов корреляционного, кластерного и факторного анализа выявлены закономерности формирования потребностей. Показано, что число потребностей, их структура зависят от выраженности психопатологической симптоматики, типа ремиссии. Наибольший объем потребностей, а также активный поиск способов их удовлетворения определялся среди членов общественной организации, активно участвующих в программах психосоциальной реабилитации. Оценки пациентов этой группы пациентов были схожи с оценками профессионалов, а коэффициент рассогласования мнений составлял всего 0,04. Полученные данные могут быть использованы для составления индивидуальных планов реабилитации, а также для планирования помощи, ее адекватного финансирования.

Другой аспект наших исследований связан с привлечением пользователей к контролю и оценке предоставляемой помощи, ее совершенствованию. В нашей стране участие больных и их род-

166

ственников в совершенствовании психиатрической помощи пока не получило столь широкого развития, как в других странах. Однако определенные шаги в этом направлении предпринимаются. В частности, в соответствии с законом об оказании психиатрической помощи (ст. 46 Закона) общественные объединения могут контролировать соблюдение прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи, а также ее качество. Помимо этого, формируются методические подходы к изучению мнения потребителей об оказываемой помощи.

Результаты социологического опроса показали, что 50% опрошенных руководителей психиатрических учреждений (всего опрошено 106 респондентов) учитывают мнение пациентов и их родственников об оказанной помощи, а 25 % включают показатель удовлетворенности пользователей помощью в число критериев ее качества. Результаты изучения мнения пользователей психиатрической помощи дают ее организаторам важную информацию для совершенствования деятельности психиатрических учреждений.

В настоящее время пользователи, наряду с профессионалами, участвуют в обсуждении своих проблем, разработке мер по их улучшению на федеральном уровне. Например, они являлись участниками заседания Совета по делам инвалидов Федерального собрания России. Члены общественных организаций входят в Общественный совет при главном психиатре страны, а также активно работают в общественных организациях. Пользователи психиатрической помощи демонстрируют готовность к сотрудничеству с государственной властью и профессионалами в области психического здоровья. Наш опыт работы с пациентами показывает, что они могут быть надежными партнерами в процессе лечения и участия в работе общественных форм помощи.

Несмотря на все сложности организационного, методического, психологического характера, вовлечение пациентов и их родственников в оценку своих потребностей, а также в совершенствование психиатрической помощи, должно проводиться. Мы полагаем, что путь к решению этой проблемы может лежать через расширение их полномочий, стимулирование индивидуальной активности, поощрение к участию в общественной жизни, что, в свою очередь, будет способствовать их восстановлению, повышению качества жизни.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПРИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

*О.И. Сперанская,
О.М. Дерябина (г. Москва)*

С 2009 года Россия занимает первое место в мире по распространенности курения среди населения страны. Количество курящих лиц составляет 75% мужского и 56% женского населения страны в возрасте от 15 до 75 лет.

В связи с присоединением России к Рамочной Конвенции ВОЗ по борьбе с курением табака в 2009 году актуальность терапии табачной зависимости приобретает общегосударственное значение.

Анализ обращаемости пациентов за медицинской помощью в отказе от курения выявляет существенные трудности адекватной диагностики личностных расстройств курящих лиц и «мотивов» отказа от курения.

У 30-40% из них отмечено нарушение коммуникативных возможностей в виде «отсутствия слов для описания чувств», т. е. затруднение вербализации эмоций. У пациентов другой группы, которые красочно и эмоционально насыщенно описывают свои ощущения, связанные с отменой курения, выявляются аффективные расстройства пограничного уровня.

Отличительной особенностью указанных психопатологических симптомов является полное отсутствие активных жалоб или обращений пациентов за медицинской помощью по их поводу. Только в излагаемых пациентами мотивах отказа от курения табака коморбидные табачной зависимости аффективные расстройства проявляются и становятся доступными для исследования врача и психолога.

Пациенты, как правило, не предъявляют жалоб на сниженное настроение, зачастую категорически отрицая наличие у себя признаков депрессии. Вместе с тем, при целенаправленном расспросе можно обнаружить, что на протяжении ряда лет все они отмечают общее снижение интересов и удовольствий, снижение энергичности и активности, повышение утомляемости в сочетании с тревожным прерывистым ночным сном.

В этих условиях достижение ремиссии курения достигается только совместной работой психолога и врача – психиатра, нарколога, психотерапевта.

Адекватная психологическая оценка состояния курящего человека при отмене курения, проводимой в разных образовательных и возрастных группах, в условиях медицинских, образовательных и пенитенциарных учреждений, требует разработки дифференцированных терапевтических программ.

Активное участие психолога в терапевтическом процессе позволяет добиваться ускоренной отмены курения, способствует становлению и стабилизации ремиссий курения, профилактике рецидивов.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ С РОДСТВЕННИКАМИ ПАЦИЕНТОВ

*В.А. Стрижев,
Т.А. Чебуракова (г. Краснодар)*

Психообразовательная работа с родственниками, помимо облегчения бремени семьи и улучшения качества жизни её членов при наличии в семье больного, страдающего психическим расстройством, в значительной степени направлена на предупреждение частых и повторных госпитализаций. Ответственность ухода за психически больными ложится, в основном, на семьи, которые часто оказываются не подготовленными к тому, чтобы в течение длительного времени нести бремя связанных с этим психосоциальных проблем. Изучение семей психически больных показывает, что здесь нередки ошибки родственников, связанные с недооценкой психических расстройств или непониманием того, что поведение члена семьи определяется болезнью. В связи с этим часто отмечается позднее обращение к врачу или отказы от лекарственной терапии. Родственники должны знать, как признаки психической болезни проявляются в поведении больного, его действиях и высказываниях. В результате непонимания того, что неправильное поведение

больного зачастую обусловлено заболеванием, члены семьи занимают по отношению к нему негативную, иногда даже враждебную позицию или, по крайней мере, отгораживаются от ситуации. Больной либо остается предоставленным самому себе, либо взаимоотношения с родственниками становятся для него постоянным психотравмирующим фактором. Грамотный подход к организации межличностных отношений с больным в семье, установление благоприятного коммуникативного стиля и эмоционального климата в доме должны базироваться на информированности родственников о психических расстройствах, их проявлениях. Особенно важно, чтобы родственники были информированы о начальных признаках обострения и умели их распознавать. Поведение членов семьи пациента и взаимоотношение с ним может основываться на следующих правилах: осознание, что любая продолжительная болезнь требует периода приспособления к ней; стремление к выполнению определенного режима и распорядка дня; избегание эмоциональных сцен и стрессовых ситуаций; обращение и просьбы к больному должны облекаться в спокойную и убедительную форму; необходимо стимулирование личной гигиены и соблюдения других повседневных правил жизни больным в семье; не следует игнорировать присутствие больного, даже если кажется, что он не прислушивается к тому, что происходит; говорить медленно, спокойно, четко, давая распоряжения и задавая вопросы по одному, так как несколько одновременно сделанных распоряжений или заданных вопросов могут привести к замешательству; попытки разубедить больного в его ошибочных убеждениях обычно не достигают своего результата и часто заканчиваются ухудшением семейных отношений, нарушением взаимного доверия; следует избегать лишней критики; стремление внушить больному уважение к самому себе с одобрением его успехов, как бы малы и незначительны они ни были; обеспечение как возможности общения с людьми, так и возможности уединения, когда это нужно; стремление убедить больного принимать лекарства и вовремя обращаться к врачу. Информационная часть психообразовательного модуля для семей психически больных практически не отличается от модуля для самих пациентов и включает в себя те же разделы: просве-

ительская работа по формированию адекватного представления членов семьи о болезни; многофакторная природа психических заболеваний, биопсихосоциальная модель, модель диатез-стресс-уязвимости; симптомы (депрессия, мания, галлюцинации, мышление, бред, неправильное поведение) и их проявления в поведении психически больного родственника; раннее распознавание обострения и неправильного поведения, обусловленного болезненными переживаниями (галлюцинаторное поведение, бредовое поведение и др.), принимаемые меры; социально-правовые вопросы, недобровольная госпитализация (с обязательным указанием на то, что решение о недобровольной госпитализации принимает врач, а не родственники больного, с тем, чтобы избежать последующего чувства вины у семьи и обвинений со стороны пациента); фармакотерапия: разные классы психотропных средств, принципы их действия и побочные эффекты; роль медикаментозной терапии в предупреждении повторных или частых госпитализаций; длительная поддерживающая терапия; комплаенс; больной 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 для пациентов, информация в группах родственников предоставляется в стиле интерактивного обучения с использованием того преимущества, какое дает обмен опытом для преодоления заболевания в каждой отдельной семье. При схожести тематического расписания занятий, содержание преподносится с учетом того, что более важно знать именно родственникам. Допустимо менее щадящее обсуждение вопросов прогноза заболевания, долгосрочности поддерживающего лечения, возможности инвалидизации, проблемы стигмы.

ПРАВОВЫЕ И ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЭНТЕОГЕНОВ

*Р.А. Сулейманов,
М.С. Артемьева (г. Москва)*

В молодежной среде все большую популярность и распространение получают так называемые «безопасные» курительные смеси (Спайс Даймонд, Spice Arctic Synergy и др.), которые в свободном доступе можно купить в Интернете. В состав смесей, по данным ФСКН, как правило, входят растения, относящиеся к классу энтеогенов, вызывающие состояния измененного сознания, которые полностью воспроизводят эффекты наркотических растений, однако не указаны в «перечне запрещенных наркотических средств и психотропных веществ». Вместе с тем, не существует простой химической классификации этих веществ, поскольку психоактивными являются несколько различных структурных видов алкалоидов, терпеноидов и кумаринов, входящих в их состав. По данным Роспотребнадзора, смеси не проходили санитарно-эпидемиологическую экспертизу, кроме того, отсутствуют сведения об иных документах, подтверждающих их безопасность. Во время продаж указанные курительные смеси незаконно сопровождаются санитарно-эпидемиологическими заключениями, выданными ранее на средства для ароматизации помещений с такими же наименованиями, при этом область применения, указанная в санитарно-эпидемиологических заключениях – «товары народного потребления для ароматизации воздуха в помещениях». ГУ НИИ питания РАМН была проведена экспертиза представленных материалов, в результате которой было установлено, что вещества, входящие в состав таких смесей обладают психотропным, наркотическим действием, содержат ядовитые компоненты и представляют потенциальную опасность для человека. Сотрудниками кафедры психиатрии РУДН было проведено исследование психических нарушений, вызванных курением смесей у 19 респондентов, употребляющих энтеогены, согласившихся анонимно сотрудничать с сотрудниками кафедры. Условием включения в исследуемую группу было неоднократное

употребление (курение) наркотических растений в течение не менее 30 дней. При однократном употреблении курительные смеси вызвали чувство легкого опьянения, быстро сменяющееся приливом сил с иллюзорными расстройствами восприятия, расстройствами сенсорного синтеза: у всех испытуемых появлялось искаженное восприятие пространства, освещенности, интенсивности звуков и шумов, времени, у 4 - расстройства схемы тела. У большинства добровольцев отмечались признаки гиперреализации, дереализации-деперсонализации. Течение мыслей по мере нарастания интоксикации то ускорялось, то замедлялось, нередко терялась последовательность ассоциативного ряда, в ряде случаев выявлялись отвлекаемость внимания, речевой напор. Обращали на себя внимание резкие колебания эмоционального фона от гневливости и раздражительности до веселости с эйфорией. В среднем, спустя 1-1,5 часа от начала интоксикации расстройства восприятия постепенно угасали, темп мышления резко замедлялся. На этом фоне у 6 испытуемых появлялось чувство страха, отрывочные идеи преследования, у всех резко падало настроение, наблюдались отчетливые соматовегетативные нарушения: бледность кожи, озноб, покраснение склер, расширение зрачков, учащение пульса и дыхания, сухость во рту, жажда, головная боль, головокружение, потливость, дрожание рук. Последствие часто сопровождалось нерезко выраженными, преходящими нарушениями сна, раздражительностью, сниженным настроением, аппетитом, зевотой, мышечной слабостью. В наших наблюдениях действие энтеогенов продолжалось от 2 до 6 часов и полностью воспроизводило наркотический эффект тетрагидроканнабиола, содержащегося в конопле. С подобным мнением согласились также все испытуемые исследованной группы, ранее употреблявшие марихуану.

Таким образом, выявленный наркотический потенциал энтеогенов диктует необходимость дальнейших исследований особенностей формирования явлений хронической стадии, абстинентного синдрома, толерантности, эффекта привыкания, а также привлечения большего внимания правоохранительных органов к данной проблеме.

К ВОПРОСУ О КРИТЕРИЯХ ОЦЕНКИ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОПАСНОСТИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

С.В. Сураев (г. Москва)

Одним из важнейших показателей, по которым оцениваются контингенты больных, совершивших общественно опасные действия, является характер правонарушения. Традиционно в отечественной судебной психиатрии применяется классификация, включающая пять категорий. В настоящее время эти категории формулируются следующим образом: преступления против собственности; убийство, причинение вреда здоровью; хулиганство, вандализм, угроза убийства, побои; сексуальные преступления; прочие преступления. Безусловно, данная классификация является многоплановой и подразумевает множество факторов, определяющих степень общественной опасности противоправного поведения больных. Но, в совокупности этих факторов, на первый план все же выступает тяжесть содеянного. Однако нельзя не заметить, что приведенный выше перечень категорий, содержит ряд противоречий, касающихся определения именно тяжести правонарушения. Известно, что в юридическом смысле тяжесть противоправного деяния определена законодательным путем в соответствии УК РФ. В частности, ст. 15 (Категории преступлений) и ст. 17 (Совокупность преступлений), ст. 18 (Рецидив преступлений) и рядом других, статей определяющих тяжесть правонарушения и соответствующую ей меру наказания.

Целью настоящего исследования было определение соответствия традиционной судебно-психиатрической классификации ООД и классификации по степени тяжести правонарушения, установленной действующим уголовным законодательством (ст. 15 УК РФ - преступления небольшой тяжести, преступления средней тяжести, тяжкие преступления и особо тяжкие преступления).

Всего было обследовано 295 человек, прошедших амбулаторную (в Московском областном центре социальной и судебной психиатрии при ЦМОКПБ) и стационарную (в МОПБ № 2

им. В.И. Яковенко) СПЭ, по результатам которой было рекомендовано признать их невменяемыми или ограниченно вменяемыми (ст. 22 УК РФ) в отношении совершенных им ООД. Для достижения поставленной цели была проанализирована таблица сопряженности категорий указанных выше классификаций. Относительно общего числа наблюдений, обследованные подэкспертные совершили в 19,0% случаев – убийство, причинение вреда здоровью, в 40,3% – преступления против собственности, в 12,2% случаев – хулиганство, вандализм, угроза убийства, побои, в 2,7% случаев – сексуальные преступления и в 25,8% случаев – ООД отнесенные к категории «прочие». В 17,3% случаев данные правонарушения в соответствии с критериями уголовного законодательства можно было отнести к особо тяжким, в 41,4% – к тяжким, в 22,4% – к средней тяжести и в 19,0% – к небольшой тяжести. В результате анализа было установлено, что обе примененные классификации имеют достоверную сопряженность ($df=12$; $p=0,000$). Кроме того, достоверно установлена частная сопряженность между отдельными категориями исследованных классификаций:

- «особо тяжкие преступления» - «убийство, причинение вреда здоровью» ($p=0,000$);
- «тяжкие преступления» – «преступления против собственности» ($p=0,000$), а так же «хулиганство, вандализм...» ($p=0,020$);
- «преступления средней тяжести» – «прочие ООД» ($p=0,001$);
- «преступления небольшой тяжести» – «сексуальные преступления» ($p=0,000$) и «прочие ООД» ($p=0,007$).

Однако, несмотря на представленные результаты, нельзя было не обратить внимание на то, что все же существует вероятность отнесения такой категории ООД как «убийство, причинение вреда здоровью» к «преступлениям средней тяжести» (2,4% от общего числа наблюдений).

Таким образом, при исследовании различных аспектов криминальной активности психически больных, на наш взгляд, следует применять более широкий спектр юридических критериев оценки меры их общественной опасности.

ПРОБЛЕМА СТИГМАТИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ И ПУТИ ЕЕ ПРЕОДОЛЕНИЯ

А.А. Таникова (г. Йошкар-Ола)

Тенденция к росту численности лиц с психическими расстройствами, относящихся к наиболее социально дезадаптированным группам населения, выявляет проблему стигматизации таких больных. Как правило, хронические психические расстройства сопровождаются ограничением способности к самообслуживанию, обучению, общению, нарушением мотивационно-волевых компонентов личности, что ведет к снижению возможности контролировать свое поведение, снижению уровня адаптации в целом. Эти явления создают в общественном сознании негативные стереотипы о психических заболеваниях и о людях, страдающих ими.

Стигматизацию психиатрических больных можно проследить в отношении общества к лицам, страдающим психическими расстройствами, в отношении врачей к своим больным, в так называемой самостигматизации самих больных. В целях устранения данных негативных явлений необходимо проводить работу по расширению знаний о природе и проявлениях психических расстройств, изменению стереотипов, искаженного восприятия образа психически больного. Важным является обеспечение совместной деятельности психиатрических учреждений, общественных организаций, лиц с психическими расстройствами и их семей в процессе реабилитации, привлечение внимания средств массовой информации, органов здравоохранения, правительственных кругов и общества в целом к современным проблемам психиатрии. Особое внимание должно быть уделено коррекционной работе с ближайшим окружением пациента. Оказание психологической помощи, эмоциональной поддержки, налаживание межличностных отношений и обучение родственников правильному поведению с больным человеком может сыграть огромную роль в осуществлении социальной реабилитации.

Проявления стигмы отмечаются иногда в отношении врачей к психически больным. Нередко стигма может играть неблагоприятную роль в рекомендациях и действиях самих психиатров, в их информации для больного и его родственников. Важно, чтобы при оказании психиатрической помощи в качестве основополагающей была принята идея о том, что лица с психическими расстройствами являются не только объектами медико-социального воздействия, но также и субъектами своей собственной жизнедеятельности.

Наблюдается и такое явление, как самостигматизация, которая представляет собой серию запретов, связанных с социальной активностью, которые психически больные накладывают на собственную жизнь, что сопровождается чувством неполноценности и социальной несостоятельности. Поэтому в процессе реабилитации необходимо добиться того, чтобы у пациента сложилось правильное отношение к себе и своим поступкам, к заболеванию и его последствиям, с тем, чтобы в дальнейшем он смог обрести контроль над болезнью и ее отдельными проявлениями.

Таким образом, стигматизация препятствует нормальному социально-психологическому функционированию человека независимо от наличия или отсутствия у него симптомов психического заболевания. Борьба со стигмой, связанной с психическими болезнями, является одной из важнейших задач психиатров, психологов, специалистов социального профиля, общественных организаций. Необходимо внедрять различные инициативы, направленные против стигматизации. Отражение их в средствах массовой информации будет крайне важным для распространения положительной информации о проблемах психического здоровья. Независимо от используемых средств (просвещение, юридические санкции, изменения в системе здравоохранения) конечной целью является интегрирование пациентов в общество и уменьшение дискриминации.

«ПРОБЛЕМНЫЕ СИТУАЦИИ» В ПСИХИАТРИИ

Е.А. Тараканова (г. Волгоград)

Возникновение и развитие биоэтики во многом было ответом на так называемые «проблемные ситуации» в современной медицине. Определился и ряд специфических для психиатрической практики проблем, которые требуют отдельного этического анализа и не могут быть решены путем простых аналогий с другими сферами медицины. В рамках клинико-социального исследования корреляционных взаимоотношений типа самостигматизации и качества жизни больных шизофренией нами было обследовано 345 пациентов, находящихся на лечении в психиатрических стационарах города и области. Проанализированы как особенности формирования стигмы психически больного (которая уже сама по себе является одним из наиболее сложных и проблемных вопросов биоэтики), так и другие важные этические вопросы. В частности, рассмотрены особенности существующих сложностей разграничения нормы и патологии. Зачастую трудности дифференциации психической нормы и патологии приводят к формированию в сознании как отдельного индивида, так и общества в целом, представления о том, что даже сам факт обращения к психиатру свидетельствует о наличии у человека психического расстройства, и этим отличает его от остальных, «нормальных», людей. Затронуты вопросы решения еще одной этической задачи психиатра - ограничение сферы принуждения при оказании психиатрической помощи до пределов, определяемых медицинской необходимостью (частным случаем данной «проблемной ситуации» считается существующее и определенное в соответствующих юридических документах право больного на отказ от лечения как источник биоэтической дилеммы). Неоправданное ограничение прав больных, пренебрежительное к ним отношение, унижение человеческого достоинства сформулировали необходимость осмысления данной проблемы и формирования идеологии защиты прав психически больных людей. Дилемма патерналистского и непатерналистского подходов в современной медицине является «сквозной» для биоэтики

в целом. Этической задачей психиатрии является установление оптимальных взаимоотношений между врачом и пациентом в каждой конкретной ситуации.

При анализе ответов больных шизофренией в соответствие с опросником самостигматизации, обращает на себя внимание преобладание в них категорий, формирующих негативное отношение к больному и к психиатрии в целом. Это способствует формированию фрустрирующих составляющих феномена самостигматизации и, в целом, ухудшению качества жизни пациентов с психическими расстройствами. Полученные данные представляют собой базу, необходимую для разработки дестигматизационных программ в психиатрии, а также оказывают содействие в поиске ответов на многие «проблемные ситуации» в этой медицинской и социальной отрасли.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРАВОВЫЕ НОРМЫ В ПСИХИАТРИИ

Е.А. Тараканова (г. Волгоград)

В течение длительного времени в России не существовало законодательной базы, регламентирующей деятельность психиатрической службы и правовое положение лиц, страдающих психическими расстройствами. Одной из задач, на решение которых направлен принятый в 1992 году Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», является защита лиц, страдающих психическими расстройствами, от необоснованной дискриминации в обществе на основании имеющегося у них психиатрического диагноза.

До настоящего времени актуальной остается существующая проблема осведомленности (информированности) пациентов о правовых нормах в психиатрии, у многих из них (как, впрочем, и у многих здоровых людей) сформировано устойчивое мнение о том, что при наличии у человека психиатрического диагноза он будет ограничен в своих правах в отношении получения образования, устройства на работу, самовыражения в различных видах

творчества, принятии самостоятельных решений без контроля родственников или общества и т.д.

Статья 5 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» полностью согласуется со статьей 1 Конституции РФ: «...Основные ценности демократического государства – жизнь человека, его права и свободы». Эти ценности становятся чрезвычайно важными тогда, когда возникает угроза их утраты. В частности, психическое расстройство как раз и является тем фактором риска, который нередко приводит к ущемлению прав и свобод контингента психиатрической службы.

Распространенный в обществе стереотип сознания, воспринимающего и трактующего любое психическое расстройство как нечто постыдное, а людей с психиатрическим диагнозом – как опасных для общества, зачастую приводит к необоснованным правоограничениям.

В рамках клинико-социального исследования качества жизни больных шизофренией нами было обследовано 345 пациентов. Одной из задач работы было изучение особенностей формирования и типологии самостигматизации больных шизофренией с использованием специально разработанного опросника, в котором тесно переплелись вопросы, касающиеся как особенностей формирования стигмы психически больного, так и другим важным этическим вопросам именно психиатрической практики.

Анализ результатов исследования позволил сделать следующие выводы:

В сознании больного шизофренией доминирующей моделью взаимоотношений как с врачом, так и с обществом, на настоящий момент остается патерналистская модель, в которой пациенты занимают пассивное и подчиненное положение. С утверждением «Важные решения за больных обычно принимают здоровые» - из 345 опрошенных больных шизофренией согласны были 59,4%, с утверждением «Из-за болезни мне не доверяют интересующей меня работы» согласились 66,1%. С фразами «Из-за болезни мне не дают повышать образовательный уровень так, как я хочу» и «Из-за того, что я болен, окружающие мешают мне жить активной, деятельной жизнью» были, соответственно, согласны 69,0% и 58,0%.

В целом, при проведении данного исследования были получены данные, свидетельствующие о недостаточности правового и юридического образования лиц, страдающих психическими расстройствами, что, несомненно, оказывает определенное негативное влияние на качество жизни пациентов и их семей.

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, НЕ ИМЕЮЩИМ РЕГИСТРАЦИИ В г. МОСКВЕ

*И.С. Терещенко, Г.А. Вологжанина,
А.Н. Полотнянко (г. Москва)*

В условиях общей социально-экономической нестабильности, особой социальной незащищённостью отличается категория лиц, не имеющих постоянной регистрации по месту фактического пребывания. Отмечается так же постоянный рост числа бездомных граждан. Исходя из норм международного и федерального законодательства, принципов гуманности, все имеют равные права, в том числе и на охрану здоровья, и нуждаются в социальной адаптации.

Психиатрическая больница № 7 г. Москвы была организована в 1935 г., как Центральный психоприемник. Основными функциями больницы являются лечение и последующая эвакуация для стационарного лечения по месту жительства приезжающих по болезненным мотивам иногородних психически больных, остро заболевших трудовых мигрантов из регионов России и стран СНГ, «неизвестных», у которых отсутствие паспортных данных обусловлено проявлениями психического заболевания, а также бездомных граждан.

Только за 2008 г. в больницу поступило 2187 пациентов из различных регионов России, стран Ближнего и Дальнего Зарубежья, (29% из которых были эвакуированы в больницы по месту жительства). Основная масса поступавших имела трудоспособный возраст: 30-45 лет, из них с диагнозом «Алкогольный психоз»

проходили лечение 49%, с диагнозом «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» – 27% (44% из которых были эвакуированы в психиатрические стационары по месту жительства), с диагнозом «Органические психические расстройства» – 14%. Из общего количества больных 9% имели 2 группу инвалидности, 22% являлись бездомными.

Несмотря на то, что средний срок пребывания в больнице составляет 11 дней, существует группа пациентов, находящихся в больнице до 1 года и более. Пребывание бездомных, иногородних в стационаре, затягивается из-за отсутствия у них документально подтвержденной регистрации где-либо, а региональные медицинские учреждения, по месту их последнего проживания, отказывают в приеме таким больным, что в результате приводит к необоснованному увеличению сроков стационарного лечения, и нарушает права больных. Также ситуация осложняется действующим законом о защите персональных данных и запросы, отправляемые в региональные УФМС и медицинские учреждения, всё чаще остаются без ответа. Участились случаи непредоставления транспорта для доставки больных от вокзала до больниц. Направляемые на эвакуацию пациенты находятся в состоянии медикаментозной седации, т.к. транспортировка осуществляется общественным транспортом. Но зачастую региональные учреждения отказывают таким больным в приеме, мотивируя это «отсутствием психоза». В результате заболевание вновь обостряется, и больные возвращаются в г. Москву по болезненным мотивам.

Наиболее рациональное решение данной проблемы – создание в структуре одного из учреждений психиатрического профиля (возможно Психиатрической больницы №7) амбулаторного отделения для оказания помощи пациентам, не имеющим регистрации в г. Москве, так как существует группа больных, хорошо отвечающих на амбулаторную терапию, достаточно социально адаптированных, но не оформляющих регистрацию в Москве по тем или иным мотивам. Получение ими поддерживающей терапии остаётся невозможным. Появление такого вида помощи, прежде всего, сократит сроки стационарного лечения иногородних пациентов, позволит своевременно оказывать амбулаторную помощь, помо-

гать в решении социальных вопросов. Подобное отделение будет задействовано в оказании амбулаторной помощи пациентам, выписанным из психиатрического стационара, и не будет дублировать работу ПНД, так как его работа будет обращена к определённому кругу лиц, которые по тем или иным причинам (отсутствие прописки, документов и т.п.) не в состоянии получить её в городских ПНД.

Открытым остаётся вопрос об инвалидизации и направлении в интернаты больных, утративших все социальные связи и бродяжничающих в Москве.

ВСЕМИРНОЕ ДВИЖЕНИЕ ПРОТИВ СТИГМЫ ПСИХИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

С.А. Трущелёв (г. Москва)

Стигматизация – устойчивое и негативное социальное явление, одинаково распространенное в странах, как с низкими, так и высокими доходами. Она проявляется предубежденным отношением между людьми через негативные стереотипы, боязнь, неприятие, раздражение, отторжение или избегание контактов. Люди, страдающие психическими расстройствами – одна из сильно стигматизированных социальных групп. Они сталкиваются с множественными нарушениями прав и ограничением свобод, а также с отказом в реализации своих гражданских, политических, экономических и социальных прав.

В 1996 году в знак признания чрезвычайно тяжелого бремени вследствие стигмы, связанной с шизофренией, Всемирная психиатрическая ассоциация начала глобальную программу «Open-the-Doors» («Откройте двери»), а в 2005 году для изменения негативных социальных стереотипов, уменьшения стигмы и дискриминации психически больных в этой организации была создана секция по стигме и психическому здоровью.

В последние годы возросло внимание общественности к бремени психических болезней. Такие авторитетные неправительствен-

ные организации, как Всемирная Организация Здравоохранения, Всемирная федерация психического здоровья, Всемирная ассоциация социальной психиатрии, признали стигму серьезным вызовом общественному здоровью. Растущее стремление к преодолению стигмы отражено в концепциях развития национальных систем здравоохранения и планах действий ряда правительств. Крупномасштабные инициативы против стигмы действуют в Австралии, Великобритании, Германии, Новой Зеландии, Японии.

На Европейской конференции ВОЗ по охране психического здоровья (Хельсинки, 2005) министрами здравоохранения 52 государств – членов Европейского региона ВОЗ были подписаны Европейская декларация по охране психического здоровья и Европейский план действий по охране психического здоровья. В основу действий на ближайшие годы заложено развитие общественных ценностей – равенства, справедливости, солидарности.

В Российской Федерации противодействие стигме психической болезни осуществляется в составе комплексных мер — проходят парламентские слушания, проводятся научно-исследовательские работы, принята государственная программа по формированию здорового образа жизни граждан, оказывается государственная поддержка деятельности общественных организаций и др. С октября 2005 года при главном специалисте-психиатре Минздравсоцразвития России функционирует Общественный Совет по вопросам психического здоровья. В его структуре организована комиссия по противодействию стигме. В деятельности Общественного Совета особенно большое внимание уделено подготовке и ежегодному проведению Всемирного дня психического здоровья — международному мероприятию по привлечению внимания к проблемам людей с психическими болезнями.

В связи с усиливающимся бременем психических болезней развитие общественного сектора в области психиатрии оправдано и актуально. Социальное партнерство органов государственной власти и общественных объединений граждан в этом может оказать существенную поддержку здравоохранению. Проявляя заботу о людях, попавших в трудную ситуацию, часто обремененных болезнью, общественные организации на этапе медико-социальной

реабилитации способствуют их скорейшей и всесторонней интеграции в сообщество, избавляют от ощущения одиночества и безысходности. К тому же в результате развития таких партнерских объединений формируются позитивные модели отношения к больным и медицинским специалистам; психиатрия постепенно избавляется от социально негативного клейма.

О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО СОВЕТА ПО ВОПРОСАМ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Г.В. Тюменкова (г. Москва)

В последние десятилетия в реализации национальных и международных программ охраны психического здоровья населения все большее место занимает общественный сектор в психиатрии, деятельность которого направлена на развитие общественных форм защиты и поддержки психически больных, разработку и внедрение в практику социально-ориентированных программ, индивидуальную поддержку больных и членов их семей, снижение стигматизации психически больных в обществе. Все эти виды деятельности в конечном итоге – на поддержку государственного сектора помощи. В российской психиатрии деятельность общественного сектора имеет небольшую историю. Тем не менее, их роль в оказании психиатрической помощи постоянно возрастает не только в центре страны, но и в регионах.

С учетом всех этих обстоятельств, при Главном специалисте-эксперте психиатре Минздравсоцразвития РФ академике РАМН Татьяне Борисовне Дмитриевой в конце 2005 года был создан Общественный Совет по вопросам психического здоровья. Деятельность Совета проводится в целях разработки и реализации программ общественной поддержки и защиты пациентов психиатрических служб РФ и членов их семей, усиления роли общественно-го сектора в общей системе психиатрической помощи.

В состав Совета входят известные ученые в области психиатрии, врачи-психиатры, представители общественных организаций

в психиатрии (МОО «Общество – права человека и психическое здоровье», ООИИ «Новые возможности», РОО «Общественные инициативы в психиатрии», РБОО «Семья и психическое здоровье», ОЗОО «Общество помощи душевнобольным», ОЗОО «Родители против наркотиков») Москвы и Московской области, а также их региональные отделения (Ивановская, Тульская, Ростовская области).

Общественный Совет поддерживает связь с регионами Российской Федерации, активно информируя главных психиатров о своей деятельности. В деятельности Общественного Совета принимают участие также профессионалы из 13 регионов РФ: Алтайского и Краснодарского краев, Свердловской, Оренбургской, Рязанской, Смоленской, Тверской, Нижегородской, Орловской, Курганской, Читинской, Амурской, Еврейской областей. Численность членов Совета с каждым годом растет.

Председателем Совета является руководитель Центра по изучению систем поддержки психического здоровья НЦПЗ РАМН, президент благотворительной организации «Семья и психическое здоровье» профессор Ястребов Василий Степанович.

В структуре Совета создано 12 комиссий, определяющих основные направления работы, приоритетными из которых являются: 1. Информирование пациентов, членов их семей, населения о возможностях современной психиатрии как медицинской дисциплины и науки, о действующей системе помощи на разных уровнях, о проблемах в области охраны психического здоровья. 2. Разработка и реализация программы дестигматизации в психиатрии. 3. Организация и проведение на федеральном, региональном и муниципальном уровнях Дня психического здоровья (10 октября).

Работа Совета строится на основе партнерских отношений, происходит в форме Круглых столов, во время которых обсуждаются актуальные проблемы психиатрии и где каждый участник имеет возможность высказать свое мнение, внести то или иное предложение, выступить с инициативой.

Ежегодно Общественный Совет предоставляет информацию, полученную от Всемирной организации здравоохранения и Всемирной федерации психического здоровья в регионы о теме Все-

мирного дня психического здоровья (ВДПЗ). Всемирный день психического здоровья 2009 г. объявлен под девизом: «Охрана психического здоровья в системе первичной медицинской помощи: улучшение качества лечения и содействие психическому здоровью».

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ

*Е.Л. Усачева, Б.Л. Шпрехер,
Л.Д. Клименко (г. Москва)*

Одним из основных принципов Закона РФ « О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (в дальнейшем – Закон) – является добровольность обращения пациентов за психиатрической помощью. Однако, определенный в Законе порядок добровольного психиатрического освидетельствования или госпитализации детей до 15 лет только «по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя», на практике создает серьезные трудности в случаях отсутствия разрешения второго родителя. К сожалению, преобладающая часть пациентов детского возраста (по данным нашей больницы - 60-80 %), нуждающихся в оказании психиатрической помощи, воспитываются в неблагополучных семьях, в которых злоупотребляют алкоголем один или оба родителя, или один из родителей имеет уголовное прошлое, или один из родителей уклоняется от уплаты алиментов и т.п. В результате родитель, заинтересованный в своевременном получении ребенком психиатрической помощи сталкивается порой с неразрешимой проблемой получения официального письменного согласия второго родителя на освидетельствование или госпитализацию.

В соответствии с Семейным кодексом РФ защита прав и интересов детей, оставшихся без попечения родителей или в иной сложной жизненной ситуации, возлагается на органы опеки и попечи-

тельства (раздел VI, глава 18, ст. 121 и 123). Однако органы опеки нередко отказывают в решении данного вопроса, т.к. действительно не знают о существовании и местонахождении второго родителя.

Нередко в момент обращения одного из родителей за психиатрической помощью состояние ребенка не достигает той степени тяжести, когда возможно госпитализацию осуществить в недобровольном порядке. В результате откладывания сроков госпитализации, ухудшается психическое состояние ребенка, и заболевание приобретает хроническое течение с формированием серьезных осложнений вплоть до летального исхода, в частности, у пациентов, страдающих нервной анорексией и детей с незавершенными шантажно-демонстративными суицидальными попытками.

Не меньшие трудности в правовом аспекте вызывают подростки, злоупотребляющие алкоголем, ингалянтами, галлюциногенами. Как правило, эти дети тщательно скрывают свои пристрастия и категорически отказываются от госпитализации, несмотря на доказательства их пристрастия, вплоть до уходов из дома на неопределенный период времени. Попытки найти второго родителя могут занять длительное время. В результате состояние ребенка ухудшается не только с точки зрения привыкания и появления психологической и физической зависимости, но и, учитывая возраст подростка, деформации личности, нарастающей тенденции к деструктивно - разрушительным формам поведения, прогрессирующим когнитивным расстройствам, утрате социальным навыкам. Поиски второго родителя существенно снижают возможности оказания своевременной квалифицированной психиатрической помощи данной категории больных.

Все вышеизложенное свидетельствует о необходимости пересмотра статей Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в части, касающейся детей и подростков. Например, применение слова родители или законные представители в единственном числе в статье 9, раздел I («Сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи») и ст.11, раздел I («Согласие на лечение»).

РОЛЬ КЛУБА ВЗАИМОПОМОЩИ В ОХРАНЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ МАТЕРЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПСИХОТРАВМИРУЮЩЕЙ СИТУАЦИИ – ВОСПИТАНИИ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА

Н.В. Устинова (г. Казань)

Одной из актуальных проблем современной психиатрии является разработка мер по диагностике, лечению и профилактике пограничных психических расстройств (ППР). В генезе ППР значительную роль играют так называемые психосоциальные факторы.

Рождение и воспитание ребенка-инвалида является тяжелейшим психосоциальным стрессом для его родителей, особенно для матери, действующим неограниченное время и приводящим к вынужденным изменениям в различных сферах жизни: семейной, профессиональной, общественной и т.д. Особое внимание привлекают семьи с детьми, страдающими детским церебральным параличом, относящимся к наиболее распространенной патологии ЦНС у детей.

Нами были обследованы 134 женщины, имеющие ребенка с верифицированным диагнозом ДЦП. Обследование проводилось на базе Городского реабилитационного центра для детей-инвалидов города Казани, детского отделения Республиканской клинической психиатрической больницы им. академика В.М.Бехтерева, центра социальной защиты населения Бавлинского района Республики Татарстан.

Пограничные психические расстройства были выявлены у 91 женщины, что составило 67,9% всех обследованных.

Учитывая специфику изучаемой категории населения, существующей в состоянии хронической психотравмирующей ситуации, однократный курс психофармакотерапии не может считаться достаточным. Необходимы длительные психосоциальные вмешательства, включающая следующие модули: 1) образовательный (информационный), 2) консультативный, 3) психотерапевтический (экзистенциальная психотерапия, групповые тренинги). Наибольшая

эффективность подобных вмешательств проявлялась при формировании своеобразного клуба взаимопомощи матерей, где в каждом модуле предусмотрено взаимопомощь. Так, образовательный модуль складывался не только из обучения специалистами, но и из возможности обучения членами группы друг друга имеющимися у них навыками справляться с возникающими проблемами. При групповой психотерапии для матерей являлось важным получение обратной связи и поддержки от людей, имеющих общие проблемы и переживания.

Количество участников группы обычно ограничивалось 10 женщинами (средние психотерапевтические группы). Продолжительность занятий не превышала 1,5 часов. В отличие от традиционной групповой психотерапии поощрялось общение участников вне занятий, т.е. продолжалась клубная работа. Большое значение придавалось формированию терапевтической среды в Центрах реабилитации детей-инвалидов. Полноправными участниками реабилитационного процесса должны становиться не только медицинские работники, педагоги и социальные службы, но и матери детей-инвалидов

В результате комплексной программы лечебного и психосоциального воздействия с использованием клубной работы улучшалось психическое состояние матерей и повышалось качество жизни.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Ж.Г. Устьянина (г. Кемерово)

В принятом в 1992 г. Законе РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» были закреплены права, обязанности и ответственность медицинских учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, независимо от их орга-

низационного вида и форм собственности. В этом нормативном акте закреплены и гарантии соблюдения конституционных прав и свобод граждан, а также их специфические права, связанные с оказанием психиатрической помощи. Лица, страдающие психическими расстройствами, обладают, тем не менее, всеми правами и свободами граждан, предусмотренных законодательством РФ. Согласно Федеральным нормативно-правовым актам, одной из основных форм предупреждения общественно опасных деяний (ООД) психически больных являются принудительные меры медицинского характера (ПММХ). Однако в течение многих лет одним из главных недостатков ПММХ называли преобладание ограничительных мер над реабилитационными.

С учетом сказанного были разработаны лечебно-реабилитационные программы, адаптированные к региональным особенностям организации психиатрической помощи в Кемеровской областной клинической психиатрической больнице (КОКПБ). На базе КОКПБ было создано отделение принудительного лечения, где в перечень задач ПММХ входят не только госпитализация и психофармакотерапия, но и необходимая при этом реабилитация и ресоциализация психически больных. Первоочередной задачей для отделения является совершенствование качественной стороны принудительного лечения. С декабря 2007 года в отделении внедрена биопсихосоциальная модель лечебно-реабилитационной работы. Для этой цели в отделении была создана многопрофильная бригада (МПБ), которая имеет полный состав специалистов: врач-психиатр; врач-психотерапевт; врач-сексолог; клинический психолог; социальный работник. Социореабилитационные мероприятия в отделении осуществляются поэтапно: I этап – восстановительная терапия, включающая в себя предотвращение формирования дефекта личности, развития госпитализма, восстановление нарушенных болезнью функций и социальных связей; II этап – реадaptация, этот этап предусматривает различные психосоциальные воздействия на больного. Важное место здесь отводится трудовой терапии с приобретением новых социальных навыков, психотерапевтическим мероприятиям (арттерапия, библиотерапия, гарденотерапия, психодрама), проводимым не только с больным, но и с

его родственниками; III этап – возможно более полное восстановление прав больного в обществе, создание оптимальных отношений его с окружающими, оказание помощи в бытовом и трудовом устройстве. Анализируя работу полипрофессиональной бригады, можно сделать вывод о влиянии ее деятельности на личностные установки пациентов, что выражается в позитивных изменениях личности, поведения, появлении планов на будущее у больных. Это говорит о необходимости и важности разнообразных психокоррекционных мероприятий даже в тех сложных условиях, в которых работают специалисты (режим, особая опасность больных и их большой криминальный опыт). Необходимо отметить, что наибольшая продуктивность реабилитационной работы в условиях принудительного лечения достигается только при условии взаимодействия специалистов различного профиля в рамках полипрофессиональных бригад, преемственности и единства их воздействия на пациентов, а также активного участия в этом процессе самого больного. Этот принцип реабилитации психически больных назван принципом партнерства.

Таким образом, правильная организация и эффективность принудительного лечения имеют важное общественное и государственное значение, поскольку предполагают предупреждение отрицательных последствий психических заболеваний, а именно профилактику совершения больными повторных общественно опасных деяний. Эффективность реабилитационных мероприятий могла бы существенно возрасти, если бы соблюдалась преемственность в работе как медицинских учреждений, осуществляющих принудительное лечение, так и органов юстиции (суда и прокуратуры), и различных социальных служб.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

А.В. Фёдоров, Б.А. Фёдоров (г. Липецк)

Эффективным направлением в психиатрии является широкое сочетание лечебно-реабилитационных мероприятий и психотерапии. Такой интегративный подход предполагает эклектику в лечении – разные методы и комбинации методик для разных пациентов.

Знание клинических проявлений болезни позволяет психиатру адекватно использовать необходимые психотерапевтические методики – их сочетание с учётом клиники психопатологии – в комплексном лечении практически любого расстройства, как пограничного, так и психотического уровней.

Нами накоплен значительный опыт реабилитации психических больных в двух отделениях дневного стационара ГУЗ Липецкой областной психоневрологической больницы № 1 с использованием подобной интегративной психотерапевтической методики социализации.

В системе лечения и реабилитации пациентов решается целый комплекс задач: установить диагноз заболевания и назначить необходимую фармакотерапию; убрать или уменьшить симптоматику; провести функциональный поведенческий анализ; развить понимание пациентом своего расстройства; изменить его представление о себе; восстановить эмоциональное равновесие; выявить у пациента, его семьи защитные факторы и ресурсы к самоизлечению; усилить копинг-механизмы; скорректировать дезадаптивные формы поведения, иррациональные установки; расширить временную перспективу; создать условия для социальной адаптации; восстановить прежний уровень функционирования.

Эффективность лечебно-реабилитационного воздействия определяется совокупностью условий: профессиональным сочетанием индивидуальной, групповой и семейной психотерапии.

Максимальное использование терапевтического потенциала группы как таковой позволяет «увидеть» пациентов в социально-

психологическом плане, в контексте взаимоотношений и взаимодействий с другими, расширяя границы психотерапевтического процесса. Группа выступает как реальная социальная модель, а каждый её участник-пациент использует собственные установки, ценности, способы эмоционального реагирования, поведенческие реакции. Задача психиатра-психотерапевта – создать каждому участнику возможность для раскрытия собственного поведенческого потенциала и эффективной системы обратной связи, позволяющей пациенту адекватнее и глубже понять самого себя, увидеть собственные неадекватные отношения, установки, эмоциональные, поведенческие стереотипы, проявляющиеся в межличностном взаимодействии, изменять их в атмосфере доброжелательности и взаимного участия.

Элементы эклектической психотерапии в рамках данного интегративного подхода представляют сочетание когнитивной психотерапии, синергетических моделей отношений индивидов в социуме в зависимости от ценностных ориентаций, психодрамы Морено, игровой психотерапии (театр по Lehmann).

Для преодоления недостатков социализации создаётся необходимый культуральный фон. Используются духовная терапия, пантомима, кукольный театр, библио-, арт- и музыкотерапия, участие пациентов в деятельности лечебно-драматического театра «Айболит» (джаз-театр). Деятельность всех видов социопсихотерапии органично включена в повседневное расписание работы дневных стационаров, имеет выраженную лечебно-реабилитационную направленность. С пациентами работают дефектолог, нейропсихолог и священнослужитель. Активное участие в планировании реабилитационных мероприятий принимает совет пациентов

Методика используется в комплексном лечении пациентов, страдающих шизофренией, органическими заболеваниями головного мозга, пограничными расстройствами, с тягостным переживанием своей неполноценности.

Сочетание лечебно-реабилитационных культуральных мероприятий позволяет распределять интенсивность лечебного воздействия между участниками группы, снижать уникальность симптоматики, создаёт возможность обсуждения проблем с другими людьми.

К ВОПРОСУ О ПСИХОСОЦИАЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В АСПЕКТЕ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ С БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ

*Т.А. Чебуракова,
В.А. Стрижев (г. Краснодар)*

В отечественной психиатрической практике психообразовательная работа с больными шизофренией и их родственниками все более позиционируется как один из самых важных подходов к обучению и психосоциальному лечению больных с психической патологией и считается наиболее значимой частью психосоциального вмешательства в многогранной системе психосоциальной реабилитации. Психообразование способствует стимуляции активной позиции в преодолении психического заболевания и его последствий, формированию ответственности за свое социальное поведение и выработке адекватной стратегии совладания с болезнью, восстановлению нарушенной социальной сети и повышению социальной компетентности. Психообразование ставит перед собой две основные задачи. Первая задача, это собственно «образование», когда пациент получает информацию о психическом заболевании, чтобы правильное понимание своего состояния вело если не к управлению своим заболеванием, его ходом и течением, то хотя бы к своевременному распознаванию и контролю отдельных болезненных проявлений и симптомов. Вторая задача, это обеспечение «психосоциальной поддержки», когда группа для больных является постоянным источником поддержки и одновременно терапевтической средой, в которой пациенты могут в защищенных, эмоционально безопасных условиях вырабатывать адекватные навыки поведения, общения, совладания со сложными ситуациями. Кроме того, посредством участия в группе удовлетворяются потребности в общении, относящиеся к базовым потребностям человека как социального существа. Психообразовательную работу целесообразно проводить в закрытых группах, то есть после начала цикла не принимать новых участников, проводить занятия с фиксированной датой начала и окончания обучающего курса и огра-

ническим числом участников 8-10 человек. В группе не должно быть маргиналов по когнитивному уровню, по возрасту, по нозологической принадлежности, по этапу заболевания (в одной группе не должно быть больных с первым эпизодом болезни и хроников). Иными словами, не должно быть изоляции по какому-либо признаку, должно иметь место относительное уравнивание пациентов по признакам. Иногда возможны гомеопатические включения маргиналов. В рамках групповых занятий всегда имеет место приобретение опыта сострадания, сопереживания и маргинал найдет свое. Необходимо отметить, что группа работает в большей степени на того, у кого КПД не столь велик (в группе больше всего получает тот, кто меньше всех знает, умеет). Важным моментом является заинтересованность участников группы. На начальном этапе работы важны также моменты доверия. Для успешного функционирования любой включенной в психосоциальное лечение программы при отборе кандидатов в группу необходимо обратить особое внимание на принцип соблюдения баланса ролей - отбирают похожих по одним качествам и различающихся по другим качествам пациентов. В группе должны быть представлены различные модели поведения, так как созданная для терапевтических целей группа должна представлять собой хоть и искусственный аналог, но реального общества. Это является необходимым условием работы группы, так как важно, чтобы каждый участник мог видеть хотя бы один положительный пример. Стиль ведения занятий в группе должен быть директивным, особенно на первых этапах работы группы, с использованием активного лидерства терапевта и ко-терапевта, но доброжелательным с уважительным отношением к участникам, к их чувствам, поступкам, переживаниям. Следует сочетать директивное и высоко структурированное ведение группы с партнерским, а не патерналистическим отношением, с опорой на ожидания и индивидуальные потребности каждого участника. Такие взаимоотношения установить в группе очень трудно, особенно с психиатрическими пациентами, которым всегда говорили, что и как они должны делать. С самого начала занятий вводится эта новая их роль, которой участники обучаются в течение всей дальнейшей работы группы. Эта роль каждого участника в группе

выражается в «обретении» права голоса; для усвоения и закрепления этой роли необходимо вовремя подбодрить участника, выделить одну тему или ослабить, приглушить звучание другой. Нельзя позволять группе вовлекать себя в спор. Не следует вступать в пререкания по поводу содержания отдельных высказываний, (нельзя «попадаться на крючок» манипуляций пациентов), необходимо спокойно продолжать занятия по предварительному плану, освещать тот материал, который был запланирован, и уложиться в отведенное для занятия время. Подытоживая информацию о стиле ведения группы необходимо отметить, что директивный и высокоструктурированный стиль, задающий жесткие рамки и ограничения целесообразен в связи с тем, что у больных шизофренией нарушены, размыты границы своего «Я».

ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СОГЛАШЕНИЯ

С.В. Харитонов (г. Москва)

Этические и правовые нормы регламентирующие формат психотерапевтической помощи в настоящее время оказались достаточно размытыми. Это обстоятельство, прежде всего, связано с тем, что нормативная правовая база и этические стандарты в области психотерапии не интегрированы в совокупность критериев которыми мог бы руководствоваться психотерапевт, в своей практической деятельности.

В данной работе мы постарались сформулировать наиболее рациональную комбинацию правовых и этических критериев деятельности психотерапевта, и предлагаем ее реализовывать на уровне так называемого психотерапевтического соглашения (договора). Однако, ряд позиций нам не удалось детализировать, что связано с отсутствием профессионального юридического обеспечения. Предлагаемый перечень нуждается в существенной юридической проработке и служит ориентиром, который имеет общий смысл в действующем правовом и общественном пространстве.

Нами были сопоставлены:

1. Законы РФ предполагающие обеспечение гарантий прав граждан при оказании им психиатрической помощи (Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании (в ред. Федеральных законов от 21.07. 1998 №117-ФЗ, от 25.07.2002 №116-ФЗ, от 10.01.2003 №15-ФЗ, от 29.06.2004 №58-ФЗ, от 22.08.2004 №122-ФЗ с изм., внесенными Постановлением Конституционного Суда РФ от 27.02.2009 №4-П);

2. Нормы Женевской конвенции регулирующей обязанности врача по отношению к больным;

3. Мадридская декларация, принятая Мировой Психиатрической Ассоциацией.

Согласно этим документам, этическое поведение должно быть основано на ответственности психотерапевта в выборе правильного и соответствующего состоянию пациента лечения. Психотерапевты должны руководствоваться уважительным отношением к пациенту, его благосостоянию и целостности. Руководствуясь данными положениями и особенностями формата оказания психотерапевтической помощи, представляется возможным рекомендовать психотерапевтам и пациентам оговаривать ряд следующих положений.

Со стороны психотерапевта:

1. Действия психотерапевта будут осуществляться в интересах пациента, если это не нарушает законодательства РФ и не представляет материальной, моральной или физической угрозы для третьих лиц и сообществ. Психотерапевт применяет лучшее лечение из известных ему.

2. Психотерапевт содействует социальной адаптации пациента.

3. Психотерапевт использует научно обоснованные подходы.

4. Психотерапевт осуществляет свою деятельность и строит отношения с пациентом в правовом поле, очерченном соответствующими законами РФ, международными актами и профессиональными кодексами, если последние не противоречат законам РФ.

5. Психотерапевт обеспечивает конфиденциальность информации, предоставляемой ему пациентом, если эта информация не нарушает законодательства.

6. Психотерапевт строит отношения с пациентом, руководствуясь уважением его гражданских прав и свобод.

7. Психотерапевт вместе с пациентом налаживает партнерские отношения, где пациент имеет возможность на критическое осмысление информации и рекомендаций.

8. Психотерапевт имеет право закончить психотерапию, если пациент не извлекает пользы от нее или эта выгода связана с болезненными проявлениями, с которыми не удастся совладать психотерапевтическими методами.

Со стороны пациента:

1. Пациент имеет право не сообщать о себе или других людях информацию, которую считает конфиденциальной.

2. Если пациент предоставляет заведомо ложные сведения о себе, других лицах или о текущей ситуации, связанных с обстоятельствами его психического неблагополучия, то эта информация может послужить причиной неправильной психотерапии. Ответственность за такую ошибку психотерапевт не несет.

3. Пациент вправе не делать то, что ему не нравится.

4. Пациент имеет право свободно изъявлять свою волю.

5. Пациент имеет право на подробную информацию о применяемых методах терапии и возможных последствиях и ограничениях, связанных с применением данных методов.

6. Пациент имеет право требовать оценку качества терапии у независимых экспертов.

7. Пациент имеет право на партнерские отношения с психотерапевтом и на возможность критически осмысливать получаемую информацию от врача.

8. Пациент имеет право на совместную выработку с психотерапевтом решений относительно терапии (пациент выступает в качестве равноправного партнера).

9. Пациент выполняет рекомендации, которые были выработаны, в противном случае сообщает об их невыполнении врачу.

10. Пациент вправе завершить терапию в любой момент времени, если это не вызовет нарушения законодательства РФ и не будет ставить под угрозу жизнь других людей (этот пункт особенно актуален в соглашениях с родственниками самоубийц).

Ряд из перечисленных положений нуждается в дополнительной коррекции и вероятно потребуются более детальная проработка нормативной базы регулирующей отношения врача- психотерапевта и пациента, обратившегося за психотерапевтической помощью. В то же время, формирование свода регулирующих нормативов, опирающихся на Российские законы, нормы международного права и этические стандарты, принятые в профессиональных сообществах, представляется наиболее оправданным путем регулирования психотерапевтической деятельности.

ВОЗРОЖДЕНИЕ «МИСТИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ» НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ И ЕГО ЭТИКО-ПРАВОВАЯ ОЦЕНКА

Л.К. Шайдукова (г. Казань)

Многолетняя практика оказания психиатрической помощи показывает, что существуют отчётливые периоды возрождения так называемого «мистического мышления» у населения, обусловленного множеством факторов, социальной, политической, экономической нестабильностью, циклическим возвратам к регрессивно-примитивным формам массового реагирования, активностью ряда «структур», способных не только подхватить, но и закрепить популярную «мистико-магическую» тематику. Речь идёт о массовом сознании людей, заполненном различного содержания доминирующими идеями, доходящими порой до сверхценных и определяющих переход от условно-патологических проявлений, донологических форм, к погранично-патологическим, нозологически определённым расстройствам.

«Мистическое мышление» включает в себя убеждённость в наличии «порчи», «сглаза», «чёрной ауры», «психологического вампиризма», «действия дурных сил», «наложения обета безбрачия», «присухи» и т.д. Так же, как двадцать лет назад, появились «мастера» и «специалисты» в данной области – белые и чёрные маги, гадалки, ворожеи, ясновидящие, знахари, активизировались экстра-

сенсы, оккультные деятели, парапсихологи. Подобные тенденции широко поддерживаются СМИ – радио, телевидением, печатью, массовыми коммуникациями. Так, существуют соответствующие передачи и каналы ТВ, «научно» объясняющие ряд явлений (на самом деле объяснение наукообразное, порой спекулятивное, не имеющее убедительной доказательной базы). Традиционно сказочные персонажи детства перешли в подростковую среду (наибольшую популярность приобрёл Гарри Поттер) и захватили посредством кинематографических средств взрослую публику. Но если фантастические сюжеты в литературе и художественных фильмах не претендуют на правдивость (как герои Толкиена), то идеи, выдвигаемые «новыми специалистами» заменяют собой реальность, вытесняя её из сознания людей.

Интернет, чутко реагирующий на происходящее, переполнен предложениями обучения у «специалистов магических школ». Солидные деятели науки комментируют парапсихологические явления как объекты научной реальности, формируя у людей магическое, примитивно-истерическое восприятие окружающего и соответствующую его трактовку. Психиатры, психотерапевты и даже психологи отмечают снижение обращаемости за помощью, массовый отток к вышеперечисленным «специалистам» (магам, гадалкам, хиромантам и т.д.). Подобная тенденция кроме общекультурального значения, как перцепторно-когнитивного регресса и возврата в эпоху мракобесия имеют негативные социальные последствия: потенциальные пациенты уходят в оккультизм и сектантство вместо квалифицированной переработки со специалистами внутри- и межличностных проблем. Медицинские последствия проявляются в том, что нередко просматриваются дебюты психических заболеваний, нарушается комплаентность у пациентов (добросовестный приём препаратов согласно рекомендациям врача). Предлагаемые услуги в виде «снятия порчи и сглаза», «изгнания бесов» (русский вариант экзорцизма) ухудшают и соматическое состояние больных.

Очевидно, возникла настоятельная необходимость этически-правовой оценки подобных тенденций, которую должны осуществлять научные и практикующие медицинские работники.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ АДДИКТИВНЫХ СЕМЕЙ: ЭТИЧЕСКИЕ И ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

*Л.К. Шайдукова, Д.Н. Усманов,
Э.Р. Гайфуллин (г. Казань)*

В последние годы исследование алкоголизма, как некоего унифицированного заболевания, все более дифференцируется; его изучение претерпевает определенный сдвиг – индивидуально-личностная проблема постепенно перерастает в парно-групповую, коллективную. В литературе появляются понятия «семейного алкоголизма», когда заболеванием страдают родители и дети; супружеского алкоголизма, когда алкоголем злоупотребляют оба супруга; «алкогольной семьи», когда алкоголизм наблюдается у одного супруга, а у другого возникает психологическая созависимость.

Все три вида семьи нуждаются в психотерапевтическом «сопровождении», но наиболее часто в поле зрения практикующих наркологов и психотерапевтов попадают т.н. «алкогольные семьи». Это связано с тем, что при супружеском и семейном алкоголизме степень осознания проблемы заметно снижается, так как в подобных семьях возникает парная зависимость, что усиливает семейную анозогнозию. В алкогольных семьях с одним злоупотребляющим алкоголем супругом отмечается психологически созависимые отношения, которые соответственно преодолеваются психологическими и психотерапевтическими методами. Так же, как и у больных супругов, у созависимых жен возникали похожие защитно-компенсаторные проявления: вытеснения актуальной проблематики, избегание алкогольных тем, их отрицание и рационализация. Нередко у жен пациентов выявлялись психопатологические изменения поведения неврастеноподобного и психопатоподобного типа. В первом случае наблюдались нарушения невротического регистра: чувство неуверенности, пониженная самооценка, пессимистическое отношение к жизни. Психопатоподобные изменения личности жен алкоголиков проявлялись в гневливости, возбудимости, склонности к поведенческим манипуляциям.

Ещё на доклиническом этапе отмечались схожие черты характера созависимых членов семьи: сужение кругозора, застревание на болезненных проблемах, фиксация на неудачах, декларация негативных проявлений, формирование стилей поведения «жертвы», либо «опекуна», закрепление готовности к провалам «спасательных» программ, формирование «запрограммированности на неудачу», мистическое мышление (наивная вера в «чудесное» исцеление, поиск целителей). Отмечалось также провоцирующее поведение в виде сверхконтроля за воздерживающимся, ожидания рецидива заболевания, появления оппозиционно-вызывающего поведения к ремитенту, индуцирования пессимистическим отношением к перспективе длительного воздержания.

Психотерапия в подобных семьях проводилась в направлении осознания индивидуальных семейных проблем, обсуждения семейных сценариев, разоблачения поведенческих манипуляций. Подобные пары проходили «семейно-автобиографическую инвентаризацию» с выявлением наиболее болезненных локусов.

На первый взгляд используемые методы воздействия в виде «психотерапии жестокой правдой» были этически и деонтологически неприемлемы. Однако именно они способствовали литическому осознанию проблем. В алкогольных семьях с выраженной созависимостью, где ложь является нормой взаимоотношений, грубальный подход в психотерапии нередко оказывает эмоционально-шоковый катарсический эффект.

НЕКОТОРЫЕ ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ

*Ю.С. Шевченко, А.А. Северный
(г. Москва)*

Психиатр поставлен в условия, когда для него не оказание помощи психически больному в полном объеме с юридической и административной точек зрения безопасней и, следовательно, предпочтительней проявления диктуемой нравственным кодексом про-

фессиональной активности. Оказываемое на психиатра административное давление с целью экономии средств на льготных препаратах из минздравовского списка превращает психиатрическую помощь в карикатуру на медицину. Несовершенство Закона о психиатрической помощи обусловило отдаление специализированной службы от нуждающихся граждан, полностью исключило возможность первичной и в значительной мере вторичной профилактики. Массовая ятрофобия (люди всячески оттягивают посещение психиатра) создала этическую проблему публичной реабилитации психиатрии. Все указанное распространяется на детскую психиатрию, которая отменена как медицинская специальность с 1995 г. Это породило дополнительные профессионально-этические проблемы. Формально врач общей психиатрии может быть назначен на должность детского психиатра (что является правилом в провинции). Не секрет, что многие специалисты на местах ни разу не обучались на циклах усовершенствования по детско-подростковой психиатрии.

Этические и правовые проблемы педопсихиатрии определяются также спецификой этой официально не существующей специальности. Неопределенность правового пространства детской психиатрии требует от специалиста постоянного лавирования между соображениями максимальной заботы о пациенте и собственной профессиональной защищенности. Отсюда практика «двойной бухгалтерии» при формулировке официального диагноза, который ставится «для больного» и является, как правило, более облегченным, чем истинное состояние, в отношении которого осуществляется лечение (диагноз «для врача»). По закону детский психиатр может консультировать детей до 14 лет только с согласия их родителей. Однако, их нежелание контактов с психиатром ставит его перед дилеммой: обследовать ребенка под видом иной специальности и тем самым вступить в конфликт с законом либо пустить дело на самотек в ущерб врачебной этике. Требования чиновников на местах формально соблюдать «букву закона» не дают возможности одному из родителей привести ребенка к психиатру на прием (поскольку в Законе «согласие родителей» звучит во множественном числе). Отсюда мать-одиночка, чтобы получить для сво-

его ребенка помощь психиатра, вынуждена искать его пропавшего отца или выяснять отношения с конфликтующим с ней мужем. При этом тот же директор детского дома вправе решить вопрос! Проблема психофармакотерапии (ПФТ) в детской психиатрии: создалась парадоксальная ситуация, когда при наличии современных, достаточно безопасных и эффективных препаратов, успешно применяемых во взрослой практике, но не апробированных на детях, врач вынужден назначать ребенку препараты, лишенные этих качеств, но отягощенные высоким риском побочных явлений и осложнений. Следование нормам медицинской этики сопряжено с тем, что всякий раз, выписывая рецепт на современное лекарство, детский психиатр фактически нарушает закон. Практически неразрешимую проблему составляют взаимоотношения детской психиатрии с немедицинскими (образовательными, социальными и др.) ведомствами. Детские психиатры постоянно сталкиваются с грубыми ущемлениями прав детей с психической патологией; более того, нередко приходится заниматься лечением детей с психогенными расстройствами, вызванными некорректным отношением к ним со стороны педагогов, администрации образовательных учреждений. Детский психиатр должен жестко отстаивать интересы больных детей. Но на сегодня он не обладает никакими возможностями для этого, поскольку между ним и другими детскими учреждениями не существует никакой организационной связи и поскольку детская психиатрия лишена специалистов, способных обеспечить такую связь (социальных педагогов, юристов, коррекционных педагогов, патронажных работников).

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРВИЧНЫЙ ПСИХОТИЧЕСКИЙ ЭПИЗОД В РАБОТЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ПСИХИАТРА

Н.Г. Шейкина

(г. Ангарск, Иркутской области)

Контингент больных с первичным психотическим эпизодом в клинике шизофрении включает: длительность заболевания не более 5 лет с момента манифестации; количество приступов не более 3-х; изначальное оказание помощи в условиях КППЭ, либо после купирования острых проявлений психоза в психиатрической больнице.

Кабинет клиники первого психотического эпизода был организован в июле 2005 года на базе диспансерного отделения № 1 ОГУЗ «Ангарская ОПБ».

Целью организации кабинета было осуществление комплексных клинико-терапевтических, психосоциальных и реабилитационных мероприятий, направленных на оказание помощи больным шизофренией, с расстройствами шизофренического спектра с первым эпизодом болезни:

Появление атипичных нейролептиков, их доказанная эффективность и стремление врачей к повышению качества жизни пациентов послужило причиной тому, что лечение первого психотического эпизода стало объектом пристального внимания специалистов. Установлено, что чем раньше от момента выявления расстройств начато лечение психотропными средствами, тем лучше прогноз – уменьшается количество рецидивов и повторных госпитализаций, болезнь протекает легче, а пациенты сохраняют более высокий уровень социального функционирования.

В настоящей работе представлены результаты работы кабинета первичного эпизода в Ангарской психиатрической больнице за последние 3 года.

Количество пациентов, состоящих на учете в КППЭ в 2006 году – 108, взято – 29, снято – 35; в 2007 году – 102, взято – 33, снято – 13 больных; в 2008 – состояло 122 пациента, взято – 34, снято – 16.

Контингент больных ППЭ по нозологиям за 3 года был следующим: в 2006 году с шизофренией состояло 76 больных, с шизоаффективными расстройствами – 16 больных, с шизотипическими – 16. В 2007 году: с шизофренией – 73, с шизоаффективными расстройствами – 15, с шизотипическими расстройствами – 16 больных. В 2008 году состояло с шизофренией – 80 пациентов, с шизоаффективными расстройствами – 20, с шизотипическими расстройствами – 22 пациента.

Атипичные нейролептики рассматриваются в этих случаях как препараты первой линии, в связи с их положительным влиянием на нейрокогнитивное функционирование больных, а также лучшей переносимостью препарата по сравнению с благоприятным профилем побочных эффектов, что особенно важно для больных, которым лечение назначено впервые. Частота госпитализаций при лечении атипичными нейролептиками снизилась на 45-50%.

Выводы:

- работа кабинета первичного психотического эпизода позволяет комплексно решать ряд проблем, которые в настоящее время являются крайне актуальными;
- внедрение в повседневную психиатрическую практику новых подходов в терапии больных, вовлечение семьи в терапевтических процесс, психосоциальные и реабилитирующие мероприятия способствуют улучшению социального функционирования и качества жизни пациентов и близких;
- в связи с этим снижается частота госпитализаций (до 45%), большинство пациентов сохраняют свой социальный статус, меняется негативное отношение общества к больному, так и взаимоотношения в семье.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РАБОТЫ С КРИЗИСНОЙ СЕМЬЕЙ

*Т.Е. Шурыгина, Т.В. Грашина, К.Р. Теплова
(г. Орехово-Зуево, Московская область)*

В настоящее время остро стоит проблема социализации детей с ограниченными возможностями и их семей, особенно детей, имеющих психическое заболевание.

В 2008 г. по данным психиатрического диспансерного отделения ГУЗ «Московская областная психиатрическая больница № 8» у детского психиатра наблюдалось более 400 детей с психическими расстройствами, что на 20% меньше по сравнению с 2007 г., из них более 40% – это дети-инвалиды.

Известно, что для детей с нарушениями слуха, зрения, речи, действуют реабилитационные программы, работают специализированные детские учреждения, центры, спортивные клубы и секции. Для детей с душевными недугами такого спектра учреждений реабилитации – нет. Существуют только специализированные дома - интернаты, но и в них количество мест недостаточно.

Многие родители, впервые услышав диагноз своего ребенка, впадают в состояние отчаянья и замыкаются в себе, не зная, что делать и как жить дальше.

Однако есть и другая, пусть меньшая часть родителей душевнобольных детей, которые вопреки прогнозам медиков пытаются применить все возможные методы и способы помощи для изменения ситуации. Опыт показывает, что эти действия приносят неплохие результаты.

Именно такие родители стали объединяться между собой и специалистами с целью помощи душевнобольным детям. В феврале 2007г. на основании совместного решения учредительного собрания родителей, медиков и специалистов ГУЗ «Московская областная психиатрическая больница № 8», представителей общественности была создана Орехово - Зуевская районная общественная благотворительная организация «Дом Добрых надежд» (ОБО «ДДН») – общество помощи душевнобольным детям и их родителям.

Одним из первых направлений в работе с семьями стало участие родителей в психообразовательной программе «Пациент и его семья». Программа функционировала в течение 1,5 лет на базе ГУЗ «Московская областная психиатрическая больница № 8» (ГУЗ «МОПБ №8»). Это был совместный проект РБОО Центра социально - психологической и информационной поддержки «Семья и психическое здоровье» (г. Москва), Общественного Совета по вопросам психического здоровья при главном эксперте-психиатре Минздравооцразвития и ГУЗ «МОПБ № 8».

Теоретическая часть программы включала информацию об особенностях психических расстройств, их течении, признаках обострения болезни, о взаимодействии врача и родителей в процессе лечения, реабилитации. Курс практических занятий научил родителей правильно строить отношения с душевнобольным ребенком в семье, понимая его болезнь, приемам релаксации, умению восстанавливать собственные силы. Получив такие знания, родители охотно стали делиться ими с другими вновь приходящими членами организации. Таким образом, были организованы группы самопомощи, которые в настоящее время регулярно проходят 2 раза в месяц.

Очень важно, чтобы не только мамы, но и все члены семьи были вовлечены в процесс реабилитации и помощи ребенку - инвалиду. С этой целью большинство мероприятий готовятся и проводятся с привлечением близких родственников, проживающих с ребенком: пап, братьев, сестер.

Отцовское влияние – особая тема. Хорошо, если он есть в семье: не секрет, что большинство пап, узнав о том, что ребенок неизлечимо болен, уходят из семьи. Если отец есть, на его плечах лежит материальное обеспечение семьи, в связи с чем ему крайне редко удается общаться с ребенком. Часто папы приглашаются к участию в экскурсионных поездках. Появляется неформальный повод участия папы в жизни семейного коллектива.

Отдельным направлением работы с семьей душевнобольного ребенка является организация и проведение групповых занятий с элементами арт-терапии. На занятия ребята приглашаются вместе с родственниками, братьями и сестрами. Больной ребенок нахо-

дит здесь пример для подражания, по принципу «Делай, как я». Тут же проходит обучение близких родственников, братьев, сестер, умению правильно вести себя с душевнобольным членом семьи.

Хорошей традицией стала организация и проведение совместных праздников ребят и членов их семей. В подготовке и проведении их принимают участие сами дети-инвалиды, оказывая посильную помощь, а также специалисты МОПБ № 8, родители, волонтеры. Помимо положительных эмоций, здесь повышается самооценка ребенка, осознание собственных сил и значимости: «Я тоже могу!». Все это вместе помогает социальной адаптации душевнобольного ребенка.

Огромное значение в работе с такими семьями имеет духовная поддержка, реабилитация. Работая в этом направлении, «Дом добрых надежд» привлекает православного психолога, который ежемесячно проводит занятия с детьми и родителями по основам катехизации. Традиционными стали исторические, паломнические поездки по Святым местам.

В последнее время часто говорят о стигматизации психически больных в обществе, подразумевая помощь со стороны общества в преодолении душевной болезни. Но общество – разнородно, поэтому достичь единого понимания сути психических расстройств пока трудно. Именно такие организации, как Орехово-Зуевская ОБО «Дом добрых надежд», объединяющая в рамках своей деятельности здоровых и больных детей для участия в мероприятиях, формирующих общественное мнение по проблеме психического здоровья, способны поддержать семьи, имеющие детей с ограниченными возможностями психического здоровья.

СОВРЕМЕННАЯ МОДЕЛЬ ОТНОШЕНИЙ В ПСИХИАТРИИ – ПАРТНЕРСТВО ИЛИ ПАТЕРНАЛИЗМ?

В.С. Ястребов (Москва)

Длительное время в психиатрии существовала *патерналистская модель* отношений между психиатрами и психически больными, в соответствии с которой право принимать решение значительной категорией психически больных принадлежало их лечащему врачу. Исключительность этого права врача-психиатра была подвергнута сомнению с середины 50-х гг. прошлого столетия в связи с введением в практику международных документов, которые защищали права и интересы граждан, с разработкой национальных правовых и этических стандартов психиатрической помощи. В немалой степени этому «пересмотру» способствовала и организация антипсихиатрических выступлений, которые в разных странах принимали различные, нередко утрированные, формы.

Практика всего последующего времени показала, что характер складывающихся отношений между психически больными и врачами-психиатрами, другими специалистами, медицинским персоналом психиатрических учреждений во многом определяется видом оказываемой помощи, профилем учреждения, которое эту помощь осуществляет, а также тем, кто эту помощь получает. Вместе с тем, как показал отечественный опыт последних двух десятилетий, существенное влияние на характер отношений между работниками психиатрических учреждений и их пациентами оказывает наличие психиатрических законодательных актов, модель этих правовых документов (медицинская или юридическая), этические документы профессионального сообщества, а также уровень информированности общества (включая психиатрическое) и пользователей помощи о международных документах в этой области.

В частности, при определении концепции реабилитационной помощи в психиатрии специалистами этого важного направления в качестве основополагающего был провозглашен *принцип парт-*

нерства (Красик Е.Д. и соавт., 1976; Кабанов М.М., 1978 и др.). Широкое внедрение в психиатрическую практику реабилитационных, психотерапевтических и иных воздействий потребовало активного участия в этих мероприятиях самих больных, их близких. Стало очевидным, что это участие должно строиться на основе взаимного, доверительного и уважительного отношения между врачом и больным, которое бы укладывалось в рамки *партнерской модели* этого отношения. Наряду с реабилитологами, психологами, психотерапевтами, позднее активными сторонниками и поборниками этой модели отношений стали представители общественных объединений в психиатрии, которые были представлены профессионалами и пользователями психиатрической помощи (Johnson D.L., 1997), а также специалисты по социальной работе и социальные работники, спецификой работы которых является установление партнерских отношений не только в службах психиатрического здоровья, общественных организаций, но и окружающего сообщества (Фукс Д., 2005). Поскольку работа в сообществе предполагает участие в ней представителей многих профессий, ориентированных на оказание различных видов психосоциальной помощи и поддержки, на развитие социальных связей с государственными и общественными структурами, появилась необходимость установления *социального партнерства* (Гурович И.Я., Сторажакова Я.А., 1998). Аналогичная постановка вопроса сформулирована и в серии работ последнего времени, в которых представители Всемирной психиатрической ассоциации говорят о необходимости интегрального, междисциплинарного подхода в этой области отношений с участием специалистов из различных сфер науки и практики (Partnership for mental health - Lopes-Ibor J.J., 2002, и др.). В своих документах Всемирная организация здравоохранения эту проблему в значительной мере расширила, и выступила с декларативным заявлением о необходимости установления *партнерских отношений между регионами, странами и учреждениями*, которые оказывают влияние на формирование политики психического здоровья (ВОЗ, 2005).

В принятом в нашей стране законе о психиатрической помощи были введены принципы добровольности оказания различных

видов психиатрической помощи и согласия на лечение (ст. 4 и 11). Предварительно обсуждение этих принципов было проведено в специальных публикациях, в которых обсуждался вопрос об *отказе от «тотального» патернализма* (Шостакович Б.В., 1991), о необходимости введения *принципа «правового» партнерства* (Гурович И.Я., 1991), а также иных аспектов отношений с больными.

Не менее динамичное развитие проблема модели отношений в психиатрии получила в клинической практике. Опыт активного применения психофармакотерапевтических средств показал, что эффективность медикаментозного лечения во многом определяется степенью участия пациента и его родственников в этом процессе, уровнем их доверия к врачу и к назначаемым им препаратам, а также квалификацией лечащего врача. Это обстоятельство обусловило появление множества работ, посвященных проблемам *терапевтического альянса, информированного согласия, совещательной модели, комплаенса* (Мосолов С.Н., 2002; Аведисова А.С., 2009; Fleischhacker W.W., 2002 и мн. др.).

В российском Кодексе профессиональной этики психиатра, который вышел вскоре после утверждения закона о психиатрической помощи и в разработке которого принимали участие не только психиатры, психологи, но и юристы, философы, специалисты по биоэтике, указано, что «психиатр должен стремиться к установлению с пациентом *терапевтического сотрудничества*» (курсив выделен автором данной публикации), основанного на взаимном согласии, доверии, правдивости и взаимной ответственности (раздел 6).

Следует подчеркнуть, что согласно данным некоторых представителей практической психиатрии, значительная часть врачей-психиатров в последнее время занимает сдержанную позицию относительно смены модели отношений со своими пациентами. В частности, английские психиатры М. Crawford, 2001 и Р. Campbell (2001) осторожно отмечают, что патернализм уже не может считаться адекватной моделью отношений между врачом-психиатром и пациентом, а L. Hann и de Sholte W.F (2002) говорят о необходимости сотрудничества с больным в случае приближающегося рецидива болезни. Позиция отечественных психиатров по этой

проблеме более определенна, вернее, более радикальна. Согласно отдельным авторам (Полотнянко А.Н. и соавт., 2009 и др.), более 80% врачей-психиатров придерживаются мнения о необходимости сохранения патерналистской модели отношений со своими пациентами. Если учесть мнение практических врачей-психиатров по этому поводу в целом по стране, эти данные, видимо, недалеки от истины.

Обобщая приведенные данные, следует отметить, что представителями разных направлений в психиатрии, видов и форм помощи предложены различные формы отношений со своими пациентами и коллегами по работе. Как было показано выше, каждая из этих форм и моделей отношений подкреплена соответствующим опытом, получила признание в тех коллективах, сообществах, которые были сформированы в течение последних десятилетий. В этой ситуации закономерной следует считать ту широкую дискуссию, которая сегодня проводится в сообществах, на страницах специальных изданий по поводу той или иной модели отношений в психиатрии, ее доминирующего места и т.д. При этом необходимо подчеркнуть, что центральное положение в дискуссии, организованной по этой проблеме представителями научной и практической психиатрии, социологами, философами, членами общественных организаций в психиатрии, самими пациентами и их родственниками, занимает дилемма «патернализм-партнерство» (Иванюшкин В.Я., 1992). С учетом всего многообразия форм помощи в современной психиатрии и сложившихся в связи с этим особенностей отношений между «поставщиками» и «получателями» этой помощи (терминология ВОЗ), возникает закономерный вопрос – насколько корректна сегодня ограниченная постановка вопроса о патерналистском или непатерналистском подходе в психиатрии? Скорее всего, ответ – отрицательный.

По всей видимости, в каждом конкретном случае мы должны говорить об оптимальной модели взаимоотношений врача-психиатра, других специалистов психиатрической службы и их пациентов, которая для обеих сторон является наиболее адекватной и приемлемой, способствует защите прав и интересов больных, содействует их социальной интеграции, и которая, вместе с тем, учитывает клинические особенности каждого конкретного случая.

МОЕ ВОСПРИЯТИЕ БОЛЕЗНИ СЫНА

Н.В. Яковлева (г. Москва)

Восприятие психически больного в нашем обществе резко негативно из-за стигмы. Это происходит из-за безграмотности населения в отношении психических заболеваний. Семья заболевшего так же безграмотна и стигматизирована, как и все наше общество.

Когда заболел мой сын, первое, что было – чувство стыда перед окружающими за его поведение, непонимание того, что это происходит из-за болезни, мы пытались скрыть от окружающих происходящее, винули в этом друг друга, оттягивали обращение к врачам.

Потом, когда скрывать проблемы стало невозможно, мы вынуждены были обратиться к врачам, и поместили сына в стационар, при этом испытывали страх перед «психушкой», «дурдомом», рассматривали больницу исключительно как «тюрьму», были уверены, что там ребенка «заколят», от этого чувство вины стало еще больше, мы считали, что добровольно отрекаемся от родственника, помещая его в подобные условия.

Действительность «оправдала» наши ожидания – все напоминало тюрьму, на окнах были решетки, ужасала бедность обстановки, желтые стены, вспомнились рассказы о «желтом доме». Но появилось нечто, что заставило беспокоиться еще больше – при первом же посещении ребенка вывели к нам неряшливого, от него пахло, у него тряслись руки, он был весь в слюнях. Мы столкнулись с множеством ограничений, грубостью персонала, негуманностью санитаров, загруженностью и равнодушием врача, высокомерием в общении, еще больше почувствовали себя виноватыми, что «довели мальчика до психушки». Мы отказывались верить в происходящее, мы отказывались признаться в том, что сын действительно болен и нуждается в «таком» лечении.

Непринятие заболевания длилось годами, осложняя и так не легкую жизнь внутри семьи. Так было, пока лечащий врач сына Трушин Александр Викторович не уговорил меня пойти на психологические занятия. Я согласилась только потому, что он же

их и проводил, думая таким образом «облегчить» участь сына. Но я наконец справилась с чувством вины, приняла мысль, что «сумасшедший» близкий человек, прежде всего, – заболевший, и ему как больному нужна квалифицированная медицинская помощь, семейная поддержка, участие всех сторон. Борьба с заболеванием должна быть коллегиальной, но каждая из сторон подойти к этому может лишь добровольно и подготовленно. Психообразовательный процесс необходим здесь и сейчас не только нам – родственникам, уже прошедшим через первые барьеры, придя на занятия, но и всему населению. Стигме не должно быть места в образованном обществе.

ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ
ПРОБЛЕМЫ
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

МАТЕРИАЛЫ
научно-практической конференции

ISBN 978-5-9977-0003-4

Подписано в печать 23.11.2009. Формат 60x90 1/16. Печать офсетная.
Бумага офсетная. Печ. л. 13,625. Тираж 500 экз. Заказ № 920.

Отпечатано в ОАО «Орехово-Зуевская типография»
г. Орехово-Зуево, ул. Дзержинского, д. 1