

ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89:340.63

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО СОЦІАЛЬНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

О. П. Олійник

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії
та наркології МОЗ України, м. Київ

Вступ. Основною метою застосування примусових заходів медичного характеру є запобігання скоєнню повторних суспільно-небезпечних дій, що досягається шляхом психореабілітації.

Мета — висвітлити найбільш прогресивні підходи та проблеми ресоціалізації судово-психіатричних пацієнтів.

Матеріал та методи. Проаналізовано досвід психореабілітаційної роботи судово-психіатричних клінік України, Литви та Німеччини.

Результати. Аналіз роботи судово-психіатричних клінік Німеччини, Литви та України показав, що принципи психореабілітації в усіх країнах подібні. Але в Україні страждає їх практична реалізація, обмежений обсяг заходів, не вистачає кваліфікованих кадрів, матеріально-технічної бази, організаційно-правових підстав.

Висновки. Судова психіатрія в Україні потребує нагального реформування.

Ключові слова: психічно хворі, судова психіатрія, примусові заходи медичного характеру, психореабілітація.

Вступ. Основною метою застосування примусових заходів медичного характеру (ПЗМХ) є запобігання скоєнню повторних суспільно-небезпечних дій (СНД), що досягається шляхом психореабілітації. Свого часу М. М. Кабанов (1985) найбільш повно визначив поняття психореабілітації як динамічної системи взаємопов'язаних компонентів (медичних, психологічних, соціальних), спрямованих на відновлення або збереження особистісного та соціального статусу пацієнта, яка вміщує в себе певну ступінчастість та послідовність у застосуванні різних форм психосоціальних впливів, у тому числі терапію зайнятості, розвагами (культ-терапія), психо- та трудотерапію [1, с. 24].

Роль біологічної терапії є важливою ланкою в цьому процесі, але не єдиною і не завжди вирішальною в досягненні основної мети. Як власне і роль лікаря-психіатра. Безперечно психореабілітація важлива для всіх категорій судово-психіатричних пацієнтів. Але для осіб із залежністю від психоактивних речовин (ПАР), учасників бойових дій

з психічними розладами та неповнолітніх, які скоїли правопорушення від успіху соціальної інтеграції майже напрому залежить рецидивність скоєння ними СНД.

Мета. В статті проаналізований досвід психореабілітаційної роботи судово-психіатричних клінік України та деяких європейських держав (Литви та Німеччини) з метою висвітлення найбільш прогресивних підходів до ресоціалізації судово-психіатричних пацієнтів та проблем, які виникають під час цього процесу.

Матеріали та методи дослідження. Дане дослідження є складовою частиною науково-дослідних робіт Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України: «Розробка моделі медико-соціального менеджменту посттравматичних психічних порушень у учасників бойових дій та осіб, тимчасово переселених із зони бойових дій і окупованих територій (профілактика, діагностика, лікування, реабілітація, експертиза)» та «Судово-психіатрична оцінка станів залежності від психоактивних речовин в кримінальному процесі: методологічні та організаційні принципи». Дослідження проводилось на контингенті судово-психіатричних пацієнтів з психічними розладами внаслідок бойової травми та осіб із залежністю від ПАР. Застосовувались інформаційно-аналітичний метод та метод судово-психіатричного аналізу.

Результати. В Україні, Литві та Німеччині законодавством визначені однакові види ПЗМХ, які поділяються на стаціонарні (суворий, посилений, звичайний) та амбулаторний. В Німеччині в межах кожного виду ПЗМХ виділяють п'ять рівнів нагляду: рівень 0 — суворий нагляд, обмежує пересування хворого в межах палати; рівень 1 — посилений, обмежує пересування хворого в межах відділення; рівень 2 — звичайний, дозволяє вільно переміщатись в межах лікарні, двору, вихід за межі лікарні в супроводі персоналу; рівень 3 — лікарні з вільним виходом; рівень 4 — «нічний стаціонар» для тих, хто не має житла. Спеціалізовані амбулаторні центри існують окремо.

Вид ПЗМХ призначає суд з урахуванням рекомендацій судово-психіатричних експертів. Вибір виду ПЗМХ обумовлений ступенем суспільної небезпеки хворого з огляду на його актуальний психічний стан та тяжкість скоєного СНД. В Україні функціонує одна психіатрична лікарня з суворим наглядом в м. Дніпрі. В 12 регіонах при психіатричних лікарнях є спеціалізовані відділення з посиленим наглядом. ПЗМХ із звичайним наглядом пацієнти проходять або в окремих спеціалізованих відділеннях, або в загально психіатричних відділеннях психіатричних лікарень, де лікуються разом з іншими пацієнтами, що не скоювали СНД.

В європейських країнах судово-психіатричні клініки є окремими медичними закладами з усіма видами стаціонарних відділень, а по-

декуди й амбулаторними структурними підрозділами. Лікувальна та психореабілітаційна програма розпочинається одразу з перших днів поступлення хворого до судово-психіатричної лікарні не залежно від призначеного режиму спостереження.

Реабілітація починається з суворого режиму, якщо дозволяє психічний стан і триває безперервно до моменту виписки пацієнта. Принципи психореабілітації в усіх країнах подібні. Але в Україні страждає їх практична реалізація, обмежений обсяг заходів, не вистачає кваліфікованих кадрів, матеріально-технічної бази, організаційно-правових підстав. Проблема нестачі підготовлених фахівців (соціальних працівників, трудотерапевтів, психологів, психотерапевтів, ерготерапевтів) не тільки в судово-психіатричних клініках, а й у загальних психіатричних лікарнях існує з радянських часів і дотепер [2, с. 23].

Прикладом успішного реформування судової психіатрії на пострадянському просторі можна вважати судово-психіатричну клініку в м. Рокішкісі (Литва). Ця клініка була реформована за сприяння європейських фондів [4, с. 7]. Правила роботи з судово-психіатричними пацієнтами були розроблені індивідуально саме для цієї лікарні.

Рокішкіська судово-психіатрична лікарня єдиний заклад у Литві, куди поступають всі судово-психіатричні пацієнти, визнані неосудними. Лікарня має всі види стаціонарних ПЗМХ від суворого до звичайного. Психореабілітаційна програма гармонійно поєднує провідні європейські підходи з національним досвідом.

Індивідуальна реабілітаційна програма для кожного хворого розробляється протягом місяця з моменту поступлення пацієнта до закладу. За цей час персонал спостерігає за хворим, проводить первинні консультації, індивідуально визначає резерви, мотивацію, мету реабілітації, шляхи досягнення запланованого результату, знайомиться з побажаннями самого пацієнта.

З кожним хворим працює команда реабілітації, яка складається з лікуючого лікаря, медичної сестри — координатора, соціального працівника (працівників), психолога, трудотерапевта. Хворий приймає активну участь в розробці для себе реабілітаційної програми. Сам пише прохання про реабілітацію і згоду на кожний її вид (на заняття спортом у спортзалі, психотерапію, фільмотерапію, всі види трудотерапії, якими він бажає займатись, тощо). Основним координатором є лікар-психіатр. Він визначає показання та протипоказання до кожного виду реабілітації з урахуванням психічного стану пацієнта, його можливостей, вподобань, а також аналізуючи інформацію, отриману від інших членів реабілітаційної команди. Застосування біологічної терапії (психофармакотерапії) є прерогативою виключно лікаря-психіатра. Спостереження за впливом терапії на поведінку пацієнта, його загальний стан, продуктивність реабілітаційної діяльності, наявність

ознак побічної дії чи ускладнень медикаментозної терапії ведуть всі члени реабілітаційної команди і, за необхідністю, сповіщають про це лікуючого лікаря.

За кожним пацієнтом «закріплена» курируюча медична сестра — координатора, яка щоденно спілкується з хворим, спостерігає за його станом, допомагає у вирішенні нагальних потреб. Одна сестра — координатора веде близько 15 хворих. Постові та маніпуляційні сестри мають інші функціональні обов'язки. Всіма соціальними питаннями пацієнтів займаються соціальні працівники. Вони вирішують питання захисту майна, житла, з'ясовують його стан, налагоджують зв'язки з родичами, за потребою поновлюють документи, займаються фінансовими справами та кредитами хворих, допомагають у веденні судових справ, оформленні пенсії, тощо. Якщо пацієнту не вистачає трудового стажу, то він не отримує пенсію під час ПЗМХ. Після виписки така особа може претендувати на соціальну допомогу у розмірі 1/3 від прожиткового мінімуму. Перед випискою соціальні працівники лікарні сповіщають регіональний відділ соціальної допомоги про соціальний статус пацієнта та надають рекомендації щодо його подальшого ведення. Соціальні працівники лікарні не займаються працевлаштуванням хворих після виписки.

В Європі посади соціальних працівників можуть обіймати тільки фахівці, які отримали спеціальну вищу освіту. В Україні соціальними питаннями судово-психіатричних пацієнтів займаються лікуючі лікарі-психіатри або інші особи без спеціальної освіти.

В судово-психіатричній клініці в м. Рокішкісі ведеться окрема соціальна історія, яка складається з 10 блоків та додатків. Протягом першого місяця перебування хворого у лікарні заповнюються перші 6 блоків: I — загальні паспортні дані про хворого (ПІБ, стать, наявні документи, місце фактичного проживання та реєстрації, освіта, національність, мова, наявність чи відсутність опікуна); II — діагнози (основний, соматичний, ступінь самообслуговування); III — соціально-трудова анамнез (трудова анамнез, наявні фінанси, їх стан, сімейний статус, соціальні та сімейні зв'язки); IV — відомості про сім'ю (сімейний анамнез починаючи з батьків, мотивація підтримання сімейних зв'язків, рекомендації по відновленню стосунків з родиною); V — перебування під опікою соціальних фондів, отримання соціальної допомоги; VI — попередні соціальні рекомендації (якої саме соціальної допомоги потребує пацієнт на думку соціальних працівників і самого хворого; чи потрібні додаткові дані про соціальний статус хворого з місяця його проживання; рекомендації соціальних послуг). Вищенаведену інформацію засвідчують підписи самого пацієнта, соціального працівника та завідувача відділення соціальної реабілітації. Через місяць складається план соціальної

реабілітації (VII блок) з огляду на стан адаптації пацієнта у лікарні та його сімейних зв'язків. Окремо зазначається чого хоче сам пацієнт та що рекомендує соціальний працівник. План соціальної реабілітації знову затверджується підписами пацієнта, соціального працівника та завідувача відділення соціальної реабілітації. В подальшому детально відображається динаміка соціальних проблем при кожній зустрічі (VIII блок), при зміні режиму нагляду (IX блок) та рекомендації (X блок). Кожне рішення завіряється підписами вищезазначених осіб.

Трудотерапія охоплює терапію зайнятості (щоденна зайнятість) та професійну реабілітацію. Принцип психосоціальної роботи передбачає, що пацієнт має бути зайнятий щоденно (структурування часу), але мати й вільний час. У кожному відділенні є кабінети трудотерапії, де пацієнти можуть займатись малюванням, виготовленням виробів з кераміки, шкіри, плетінням лози, валянням вовни, шиттям, приготуванням їжі, тощо. Окремо є приміщення трудової реабілітації в межах лікарні. За межами лікарні функціонує центр соціальної реабілітації з комп'ютерним залом, майстернею для роботи з керамікою, валяння вовни, плетіння виробів із лози, кухню для приготування їжі. Та центр професійної підготовки, де за спеціальними програмами пацієнти отримують професію помічника будівельника, флориста, фахівця з роботи зі шкірою та побутового працівника. Відвідувати центри за межами лікарні мають змогу пацієнти, які перебувають на загальному режимі спостереження. Всі інші займаються у відділеннях або приміщеннях трудової реабілітації в межах лікарні.

На кожного пацієнта ведеться анкета захоплень та навиків, у якій динамічно відображаються: I побутові навички такі як догляд за особистими речами (прання, прасування, чистка, лагодження одягу, тощо); приготування їжі; прибирання (миття посуду, вікон, підлоги, прибирання пилу, тощо); II продуктивні трудові навички такі як проведення вільного часу (настільні ігри, музика, читання, малювання, тощо); ручна робота (робота з вовною, шкірою, в'язання, шиття голкою або машинкою, плетіння з лози, кераміка, тощо); III флористика (догляд за рослинами у відділенні та на вулиці, за газоном, сезонне прибирання та облагороджування території); IV робота на комп'ютері, спорт або інші вагомі захоплення пацієнта. Анкету підписує сам пацієнт та трудотерапевт.

У кабінеті трудотерапії ведеться бланк зайнятості, який додатково відображає регулярність відвідувань, рід занять пацієнта, його індивідуальні співбесіди з трудотерапевтом, ступінь самостійності у виконання роботи, мотивацію, концентрацію уваги на діяльності, поведінку, комунікацію з оточуючими, продуктивне використання часу.

У центрах соціальної та професійної реабілітації за межами лікарні ведеться окрема соціально реабілітаційна історія пацієнта. У разі потреби суд може запросити будь-який документ з лікарні, у тому числі й соціальні історії з додатками.

Пацієнти мають можливість щоденних занять спортом на тренажерах у відділеннях, на вулиці (у внутрішніх двориках відділень та на території для прогулянок наявні стаціонарні тренажери), а також у сучасно оснащеному спортивному залі. На кожного хворого заповнюються листки занять спортом у відділенні, на вулиці та в залі, до яких заноситься інформація про мотивацію, поведінку, настрій, активність в спортивному залі, зазначається на яких тренажерах працював пацієнт, скільки підходів він робив, скільки кг піднімав, тощо. Відвідувати спортивний зал мають змогу всі хворі, навіть з відділення із суворим наглядом за умови дотримання правил, які пацієнт підписує самостійно. Особи з суворого та посиленого режимів приходять в супроводі персоналу відділень з листком соціальної реабілітації. Заняття в спортивному залі проводить кінезітерапевт — спортивний лікар з вищою медичною освітою.

В Україні ставлення до занять спортом у судово-психіатричних відділеннях неоднозначне. Деякі лікарі-психіатри вважають це небезпечним. Хоча провідний досвід свідчить про безпідставність таких застерег. Оскільки спорт здавна вважається прийнятним методом агресивної разрядки. Право на заняття спортом повинні мати всі пацієнти, так як це один з методів зменшення агресії, покращення здоров'я та базове право людини на задоволення своїх потреб.

Невід'ємною частиною психореабілітації є психологічна робота з особистістю. З судово-психіатричними пацієнтами займаються психологи безпосередньо у відділеннях, а також психологи та психотерапевти центру психологічної реабілітації. Розрахункове навантаження на психолога — 25 хворих. Психодіагностику проводять у разі потреби диференційної діагностики, при оформленні групи інвалідності та соціальної допомоги. Після первинного психологічного та психотерапевтичного консультування складається план психологічної реабілітації. Застосовується екзистенціальна, когнітивна, поведінкова, аналітична психотерапія. Проводяться індивідуальні, групові заняття та сімейна психотерапія (за можливістю 2 години на тиждень, якщо вдається залучити сім'ю). Функціонують сучасно оснащені кабінети арттерапії, ароматерапії, терапії музикою, світлотерапії, фільмотерапії. У кабінеті світлотерапії наявне велике дзеркало для роботи з емоціями. Сидячи у кріслі напроти дзеркала пацієнти мають можливість попрацювати з фахівцем щодо модуляції своїх емоційних проявів для кращої комунікації з оточуючими. Для фільмотерапії облад-

ний сучасний кінозал з можливістю 3D технологій, ергономічними шкіряними кріслами, які розкладаються у зручне положення. Після перегляду фільму пацієнти обговорюють з психологом побачене, свої почуття, емоції, які викликав сюжет, проєктують свою поведінку на героїв фільму, тощо.

За результатами роботи реабілітаційної команди перед кожним переосвідченням щодо зміни режиму нагляду заповнюється висновок, у якому зазначають ПІБ пацієнта, номер історії хвороби, діагноз, дату комісії, скарги та їх динаміку, запис про психічний стан лікаря психіатра та курируючої медичної сестри, стан соціальних проблем та шляхи їх вирішення, зайнятість у відділенні, психологічні проблеми, їх вирішення. Лікар-психіатр, психолог, соціальний працівник, трудотерапевт, медична сестра — координатор коротко відображають динаміку змін, завіряючи висновок своїми підписами.

В Рокішкській лікарні ведеться також педагогічна робота. З неповнолітніми, які не отримали повну середню освіту, в спеціальному навчальному класі займаються викладачі з місцевої школи. По закінченню шкільної програми вони отримують атестат про середню освіту. В приміщенні лікарні функціонує церква, де абсолютно всі пацієнти можуть вільно реалізувати своє релігійне право, без необхідності виходити за межі закладу.

В Німеччині реабілітаційна програма концептуально не відрізняється від вищеописаної. При надходженні хворого до судово-психіатричної клініки збирається його індивідуальний анамнез, оцінюється актуальний психічний стан, досліджуються криміногенні чинники, особистісні характеристики, результати психологічних тестувань, за результатами яких приймається прогностичне рішення щодо вибору режиму нагляду та терапевтичної тактики. Психореабілітаційна програма включає в себе біологічну терапію, психореабілітаційну роботу та психотерапію, педагогічну роботу з можливістю отримати вищу освіту та ерготерапію (терапія занятістю, спорт, професійні заняття). Доступ до занять спортом вільний. Терапія зайнятістю передбачає догляд за тваринами, вирощування рослин, городництво, самостійну купівлю продуктів та приготування їжі, влаштування свят, пікніків. Пацієнти мають змогу грати на музичних інструментах, організовувати концерти, театральні вистави, на які запрошують всіх бажаючих (співробітників, друзів, родичів, місцевих жителів, представників влади). В центрі судової психіатрії в м. Ліппштадті (Німеччина) на території закладу функціонує теслярна майстерня, виробництво автомобільних ліхтарів, кафе, де працюють пацієнти лікарні. За свою працю вони отримують заробітну плату, якою можуть вільно розпоряджатись. Пацієнти, які мають право вільного виходу можуть працювати за межами лікарні. Всі ці

права обґрунтовані організаційно-правовими засадами роботи з судово-психіатричними пацієнтами [3, с. 86–91].

Слід зазначити, що в Україні, навіть за відсутності сучасної організаційної, методичної, правової бази, в умовах недостатності фінансування, психореабілітаційна програма у судово-психіатричних відділеннях охоплює основні напрямки, але має ряд суттєвих проблем. Так медикаментозна терапія проводиться згідно сучасних протоколів. Однак не вистачає психологів і психотерапевтів для психореабілітаційної роботи з особистістю. Велике навантаження на них виключає можливість повноцінної роботи з кожним пацієнтом. Психотерапевти у судово-психіатричних відділеннях взагалі рідкість, через що психотерапією, в силу можливостей, займаються лікарі-психіатри або психологи. Підготовлених соціальних працівників немає. Соціальними питаннями теж змушені займатись лікуючі лікарі. Педагогічна робота не проводиться. Терапія зайнятістю значно обмежена матеріально-технічними і кадровими можливостями. Посади ерготерапевтів, кінезітерапевтів, спортивних інструкторів, трудотерапевтів відсутні. Ці обов'язки за власною ініціативою виконують інші співробітники відділення.

Висновки. Успішна ресоціалізація судово-психіатричних пацієнтів залежить від обсягу і якості психореабілітації, яку вони пройшли. Психореабілітація осіб, які скоїли СНД має свої особливості. Тому проводиться вона повинна в спеціалізованих судово-психіатричних клініках, фахівцями, які пройшли відповідну професійну підготовку.

Аналіз роботи судово-психіатричних клінік Німеччини, Литви та України показав, що принципи психореабілітації в усіх країнах подібні. Але в Україні страждає їх практична реалізація, обмежений обсяг заходів, не вистачає кваліфікованих кадрів, матеріально-технічної бази, організаційно-правових підстав. Психотерапевтична робота у наших судово-психіатричних відділеннях тримається здебільшого на ініціативі, знаннях і якісному виконанні своїх професійних обов'язків окремими фахівцями. Це вкотре свідчить про необхідність нагального реформування судової психіатрії в Україні.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. — Л.: Медицина, 1985. — 216 с.
2. Малахов Б. Б. Трудовая терапия психически больных. — Л.: Медицина, 1989. — 192 с.
3. Олійник О. П. Організаційні та правові засади успішної ресоціалізації судово-психіатричних пацієнтів / Архів психіатрії. — 2017. — Т. 23, № 1. — С. 86–91.
4. A social integration of the forensic psychiatric patients / A methodological publication, 2008. — 48 p.

Современные подходы к социальной интеграции судебно-психиатрических пациентов

О. П. Олейник

Украинский научно-исследовательский институт социальной и
судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

Вступление. Основной целью применения принудительных мер медицинского характера является предотвращение совершения повторных общественно-опасных действий, что достигается путем психореабилитации.

Цель — осветить наиболее прогрессивные подходы и проблемы ресоциализации судебно-психиатрических пациентов.

Материал и методы. Проанализирован опыт психореабилитационной работы судебно-психиатрических клиник Украины, Литвы и Германии.

Результаты. Анализ работы судебно-психиатрических клиник Германии, Литвы и Украины показал, что принципы психореабилитации во всех странах подобные. Но в Украине страдает их практическая реализация, ограничен объем мероприятий, не хватает квалифицированных кадров, материально-технической базы, организационно-правовых оснований.

Выводы. Судебная психиатрия в Украине требует неотложного реформирования.

Ключевые слова: психически больные, судебная психиатрия, принудительные меры медицинского характера, психореабилитация.

Modern approaches to the social integration of forensic psychiatric patients

O. P. Oliinyk

Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug
Abuse of MOH of Ukraine, Kyiv

Introduction. The main purpose of the use of compulsory medical measures is the prevention of committing new socially dangerous actions, which is achieved by psycho-rehabilitation.

Aim. To highlight the most innovative approaches and the problem of resocialization of forensic psychiatric patients.

Materials and methods. The experience of psycho-rehabilitation work of forensic psychiatric clinics of Ukraine, Lithuania and Germany has been analyzed.

Results. Analysis of the work of forensic psychiatric hospitals in Germany, Lithuania and Ukraine showed that principles of psycho-rehabilitation in all the countries are common. But Ukraine meets such

problems as practical implementation of the principles, a limited volume of activities, a lack of qualified personnel, material-technical base as well as organizational and legal bases.

Conclusions. Forensic psychiatry in Ukraine needs urgent reforming.

Key words: forensic psychiatry, the mentally ill, forensic psychiatry, compulsory measures of a medical nature, psycho-rehabilitation.

Відомості про автора:

Олійник Оксана Петрівна — кандидат медичних наук, старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник відділу комплексної судово-психіатричної експертизи Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, асистент кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії та наркології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Кирилівська, 103.