

УДК 616.89-174:61

О.А. Насинник

КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ: СООБЩЕНИЕ II

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г.Киев

Ключевые слова: психиатрическая помощь в принудительном порядке, концепция**Введение**

Основываясь на материалах собственного исследования и теоретического анализа данных отечественных и зарубежных авторов, появляется возможность изложить обобщенные характеристики действующего процесса психиатрической помощи в принудительном порядке (ПППП). Требования к оценке психического состояния пациента, госпитализированного в неотложном, в том числе принудительном порядке, различны. Она представляет функциональный нозологический диагноз [1,2], включает уровни риска опасности для себя или окружающих [3], степень утраты критики и компетентности, отношение к психиатрической помощи как в прошлом (если такова имела место), так и к текущей. Эти данные значимы для обсуждения с пациентом предлагаемых вариантов и альтернатив обследования, медикаментозных и психосоциальных вмешательств, рассмотрении их преимуществ и недостатков при реализации процедуры осознанного согласия [4], а затем подготовки терапевтического плана. Пациент-центрированный подход выявляет набор жалоб, а также дает уверенность, что опасения пациента поняты и он согласен на их решение – предиктор нарастающего комплаенса, а разработанный план помощи должен быть обсужден и согласован с пациентом [5]. Формирование терапевтического плана начинается сразу же после стационарирования с учетом возможностей амбулаторной службы. Семья и другие члены поддерживающей сети должны включаться в планирование помощи как можно раньше, ибо они играют ключевую роль в планировании помощи после выписки. При этом ожидается максимальная вовлеченность пациента, в ряде случаев и его близких в обсуждение и разработку плана помощи [6]. Этот план предусматривает скорее возврат пациента к адекватному здоровью и уровню функционирования, чем к лечению лежащих в основе расстройств и других состояний. Пациенту нужно указать, что дальнейшее улучшение должно протекать на фоне поддерживающего лечения, но требует дополнительной работы с его стороны [7]. Правовой статус пациента при дальнейшем оказании психиатрической помощи зависит от решения, принимаемого врачом-психиатром или комиссией врачей-психиатров (КВП). На этой стадии, по нашим данным обнаруживается ряд несоответствующих решений, то ли при переоценке тяжелого психического расстройства (ТПР) или опасности со стороны пациента, вследствие чего принимается решение о принуждении, то ли, наоборот, при наличии согласия на помощь со сто-

роны некомпетентного пациента, лечение на добровольных основаниях, что свидетельствует об отсутствии единого подхода к данной проблеме [8]. «Большая угроза для цельности процесса ПППП состоит не в неадекватности текущих стандартов принуждения, а скорее всего в результате неправильного их истолкования, понимания, использования или просто игнорирования на практике» [9]. Помощь же в добровольном порядке в ряде случаев не соответствует принципам добровольности, сохраняются элементы принуждения и ограничения прав пациентов. Терапевтические тактики в целом адекватны клинической картине заболевания, но реабилитационные и психосоциальные мероприятия ограничены и не соответствуют комплексному, интегративному подходу [10]. Выписка пациентов происходит после улучшения психического состояния и критики, исчезновения признаков опасности. В ряде случаев после достижения улучшения выписка затягивается в силу немедицинских обстоятельств. Преемственность стационарной и амбулаторной помощи не всегда соблюдается или осуществляется, что отражается и на качестве взаимного информирования – упускаются значимые данные, которые необходимы для адекватного лечебного процесса [10]. Преемственности (непрерывности) помощи уделяется особое внимание зарубежными исследователями. L.L. Bachrach (1981) обозначила непрерывность помощи как «идеал пациент-центрированной помощи» [11]. Исследователи определяют преемственность (непрерывность) помощи как комплексный, многосторонний и многоуровневый процесс координированного удовлетворения меняющихся потребностей пациента благодаря преемственности (непрерывности) информации, организации (последовательность и связанность) помощи и отношений пациента с врачом или командой врачей не только в настоящий период времени, но и установки к формированию терапевтических отношений со специалистом, который готовится принять пациента [12,13]. Кроме этого, для улучшения преемственности необходимым стало планирование прекращения определенного вида помощи, например, выписки из стационара, интегрирование помощи, а также адаптирование помощи к изменяющимся потребностям пациента. [14]. Исследователи подтверждают позитивные взаимосвязи между непрерывностью помощи и качеством жизни и функционирования в сообществе пациента, а также большую удовлетворенность помощью [12,14]. Непрерывность помощи так же связывают с адекватностью диагноза, соблюдением

лечения и уменьшением госпитализации [14].

Вышеизложенное указывает на **актуальность** затронутых проблем, необходимости упорядочить имеющиеся теоретические и клинические данные с учетом современных этических позиций и Закона о психиатрической помощи (далее – Закон).

Целью работы являлось создание концептуальной модели психиатрической помощи в принудительном порядке, в данной работе рассматривается алгоритм оценки с использованием предлагаемых нами стандар-

тов и стадий. **Материалом исследования** являлись результаты собственного исследования 253 пациентов, госпитализированных в психиатрическую больницу в неотложном, в том числе принудительном порядке, а также данные отечественной и зарубежной литературы по проблеме недобровольной помощи. **Результаты работы и их обсуждение.** Результатом явилась разработка алгоритма психиатрической помощи, который представлен в виде трех стадий с использованием системы стандартов (см. рис. 1).



Рис. 1. Ведущие принципы, стандарты и стадии ПППП

Предлагаемый ниже алгоритм оценок содержит стадии, стандарты и предназначен для использования на любом этапе оказания ПППП, что более детально будет рассмотрено в следующей работе.

1. Информационно-оценочная стадия

На этой стадии происходит сбор необходимой информации, сопоставление ее с имеющимися объективными данными в документации, по согласию с пациентом подключение семьи (члена семьи или субъективно значимого человека, товарища) и обмен информацией между участниками процедуры ПППП, так наз. триалог (участие в оценке пациента, значимого ему человека и врача-психиатра [15]). Вовлечение семьи в процесс стационарного лечения улучшает соблюдение частоты визитов к амбулаторному врачу [16].

1.1. Стандарт оценки. Обследование и оценка проводятся с использованием доступных методов и инструментов. Используется многоосевая диагностика, и кроме этого проводится оценка безопасности пациента, его критических способностей, осознания болезни и способности к принятию решения о предлагаемой помощи. Несогласие пациента по отдельным вопросам не является признаком нарушения его критических способностей. Диагноз полнее бы отвечал своему фундаментальному предназначению в качестве информационной основы для оказания медицинской помощи, если бы имел достаточно широкие рамки для полного описания состояния здоровья человека, содержал бы информацию о нарушенном здоровье (болезни) и сохраненном здоровье, которое включает в себя такие сферы как функционирование, личностные и социальные ценности и ресурсы, качество жизни [17,18,19]. Стандарт оценки должен включать оценку диагностическую (в случае недостаточности данных на этапе амбулаторного осмотра, приемного отделения возможен синдромальный или предварительный диагноз). В соответствии с требованиями будущей МКБ желательно включать в оценку сохраненные стороны и способы защиты пациента. Кроме этого оценка должна включать определение осознания болезни, критики и способности к принятию решения о лечении (компетентности).

Оценка критики. Текущее определение критики включает: 1) осознание психического расстройства; 2) понимание социальных последствий расстройства; 3) осознание необходимости лечения; 4) осознание специфичности признаков и симптомов расстройства и 5) соотнесение симптомов с расстройством [20]. Несмотря на массу исследований и работ по проблеме критики, этот термин не до конца еще ясен. J. Dawson и R.Mullen (2008) перечисляют ряд проблемных вопросов, которые касаются определения критики. Например, насколько критичен пациент, который соглашается с врачом-психиатром, что страдает психическим заболеванием и нуждается в лечении, но не воспринимает установленный ему диагноз? [21]. Настораживает многих авторов оценка отношения пациента к лечению, являющаяся одновременно и показателем его

критики [21, 22]. A Beck-Sander (1998) считает, что «отсутствие критики» определяется часто в тех ситуациях, когда понимание пациентом своего заболевания отличается от мнения профессионала, а констатация не критичности ведет к отсутствию пониманию пациента [22]. Метаанализ работ показал, что выраженность психопатологических расстройств не имеет прямой связи с уровнем критики, которая является многофакторным образованием, где имеют значение прошлый опыт контактов со специалистами психиатрической службы, отношение пациента к своему заболеванию в целом, а также доболезненные знания относительно психического заболевания и его лечения [23].

1.2. Стандарт осознанного согласия. Стандарт осознанного согласия описан множеством авторов, детально изложен в обзорах [4, 24], но следует напомнить, что он состоит из ряда субстандартов: субстандарт информирования; субстандарт добровольности, или отсутствия принуждения; субстандарт компетентности, или точнее - способности к принятию решения о лечении (СПРОЛ). Различают простое согласие, при котором пациент понимает выбор конкретного лечения, которое предлагается; совершает выбор лечения; сообщает о своем выборе вербально или невербально. Здесь альтернативы не рассматриваются и поэтому называют простое согласие [25]. Повышение стандарта связано с информированным (осознанным) согласием, которое включает: 1) сообщение о выборе; 2) пониманием предоставляемой соответствующей информации; 3) восприятие приемлемых вариантов и последствий и 4) рациональное принятие решения [25]. Еще выше стандарт разделенного (совместного) согласия пациента и врача. Чем более сложный стандарт согласия избран, тем больше требований к способности пациента принимать решение о лечении. Однако нет единого достаточно широкого стандарта, благодаря которому стало бы ясно, что способности пациента к принятию решения значительно нарушены или сохранены. Поэтому используется набор критериев для комплексной оценки СПРОЛ. Каждый субстандарт должен быть оценен отдельно, независимо от других и общая оценка и порог стандарта будут индивидуализированы, специфически зависеть от клинических последствий принятия лечения или отказа от него, также как оценка рисков и пользы от альтернативных видов терапии [26].

1.3. Стандарт планирования (совместно с мотивированием) как будущей стадии, так и предстоящего этапа. Стандарт планирования включает схему обследования и лечения в динамике, соответствующую состоянию и прогностическим его изменениям. Сразу же после госпитализации начинаем обсуждать вопросы выписки и последующего наблюдения (при необходимости в ПНД). Терапевтический план значим в случае затребования судом при решении вопросов ПППП.

II. Стадия принятия решения

На стадии принятия решения и в зависимости от осознанного согласия происходит сортировка пациен-

тов по трем направлениям: помощь в добровольном или недобровольном порядке, прекращение помощи. Наиболее представительная группа пациентов – это лица получающие психиатрическую помощь в добровольном порядке.

II.1. Стандарт помощи в добровольном порядке.

1. Наличие показаний к данному виду (амбулаторная/стационарная) помощи.
2. Стандарт осознанного согласия.
3. Отсутствия принуждения.
4. Возможность отказа как от предлагаемых, так и от получаемых видов терапии, обследования и от помощи в целом.

II.2. Стандарт прекращения помощи. Незначительная часть доставленных в больницу пациентов, а также ряд пациентов в процессе внебольничной помощи подпадают под стандарт прекращения помощи:

1. Отсутствие показаний к конкретному виду (амбулаторному или стационарному) помощи, или
2. Отказ от предлагаемой помощи
3. Сохранная компетентность пациента
4. Отсутствие критериев опасности для себя или окружающих.

Отказ от помощи возникает как по инициативе пациента, но возможен и по инициативе врача-психиатра или КВП – раздел 6 ст. 27 Закона.

II.3. Стандарт ПППП, под который подпадает незначительная часть пациентов

1. Отсутствие осознанного согласия.
2. Отсутствие способности к принятию решения о лечении (СПРоЛ)
3. Тяжелое психическое расстройство.
4. Критерии опасности. Для стационарной помощи (принудительная госпитализация): а) критерии опасности для себя или б) окружающих, в) беспомощное состояние.

а) непосредственная опасность для себя. Здесь нужно учитывать чаще всего комплекс признаков: слова или действия, свидетельствующие о намерениях совершить самоубийство или телесное повреждение; слова или действия, обнаруживавшие значительное пренебрежение собственной безопасностью; слова или действия, обнаруживавшие специфический план суицидальных действий; наличие доступных средств для осуществления суицидального плана (например, возможность накопления или запасы отравляющих веществ, в том числе и лечебных препаратов; наличие или заготовка других средств, таких как оружие, верёвка и т.п.).

б) непосредственная опасность для других. Вытекает из слов или действий, свидетельствующих о намерениях причинить вред конкретному лицу и такие намерения скорее всего будут реализованы; слова или действия, свидетельствующие о намерениях совершения опасных акций или действий со значительным пренебрежением к безопасности других лиц; должно быть подтверждено угрозами в отношении конкретных лиц, попытками нанести травмы или ранения

отдельным индивидам, а также наличием средств, позволяющим реализовать угрозы или попытки.

в) беспомощное состояние. Должны быть четкие признаки, ибо просто неспособности к удовлетворению своих потребностей на уровне, обеспечивающем жизнедеятельность (абзац 3 ст. 14 Закона) - недостаточно. Так же отказ от лечения не является доказательством беспомощного состояния. Определение беспомощного состояния осуществляется на текущий период и не может быть связано с данными из прошлого пациента. Более того, например, в США не определяется «беспомощное состояние» в случаях, когда такое лицо может безопасно проживать с помощью члена семьи или друга, который желает и способен оказывать помощь в обеспечении жизненно важных функций, что должно быть отражено в специально оформленном письменном документе. Для констатации беспомощного состояния необходимы такие признаки: признаки истощения или дегидратации; неспособность изложить план по добыче пищи; в доме или поблизости отсутствует приемлемая пища; бредовые заявления о доступной пище (например, пища отравлена, несъедобна и т.п.); одежда непригодна или находится в недоступном месте; неспособность сформулировать разумный план достижения убежища или жилья.

Критерий АПППП – значительный вред своему здоровью в связи с ухудшением психического в случае неоказания психиатрической помощи.

Другие недобровольные меры:

- Психиатрический осмотр без согласия пациента – все вышеназванные критерии
- Меры физического удержания и (или) изоляции – непосредственная опасность для себя или окружающих.

Последние две меры в Законе отражены несколько обособленно и без конкретизации места использования (распространяется на внебольничные, амбулаторные условия, процесс транспортировки, непсихиатрический стационар по решению врача-психиатра).

III. Восстановительно-переходная стадия

Включает стандарты терапии и реабилитации, восстановления и преемственности (непрерывности) помощи. После оценок на этой стадии решаются вопросы перехода на следующую стадию или продолжение помощи на данном этапе.

III.1. Стандарт терапевтически-реабилитационный:

1. Клиническая адекватность и дифференцированность в выборе терапии, соответствие стадиям течения заболевания с использованием текущего терапевтического плана в условиях наименее ограничительных и применения менее инвазивных средств, а именно психотропных препаратов нового поколения.

2. Комплексность, которая предполагает постоянное сочетание медикаментозного лечения с психотерапией и социально-трудовой реабилитацией; динамический подход с учетом происходящих изменений и тенденций развития психопатологической симптоматики

под влиянием проводимого лечения; при этом психофармакотерапия не должна носить шаблонный характер, поскольку длительное клинически необоснованное применение нейролептических средств (особенно типичных) приводит к появлению затяжных состояний и формированию признаков терапевтической резистентности [27, С. 27- 31.].

3. Психиатрическая помощь в принудительном порядке оказывается только на протяжении времени сохранения оснований, согласно которым было принято решение о помощи данного вида (абзац 1 статьи 17 Закона).

4. Использование всех разрешенных МЗ Украины средств и методов диагностики и лечения. Методы лечения и лекарственные средства, представляющие повышенный риск для здоровья пациента, применяются по назначению и под контролем КВП и по осознанному согласию пациента.

Стандарт терапии содержится в «Принципах защиты лиц, которые страдают психическими расстройствами, и улучшения здравоохранения в области психиатрии» (резолюция Генеральной Ассамблеи ООН ? 46/119 от 17 декабря 1991 г.). Стандарт терапии устанавливается в соответствии с клиническим опытом врача, научной литературой, руководствами и правилами, в том числе из других стран, заключением экспертов и другими соответствующими факторами, данными. [25].

III.2. Стандарт восстановления заключается:

1. В выздоровлении, улучшении состояния с возвратом критики, компетентности и автономии пациента.

2. Отсутствию признаков опасности для себя или окружающих.

3. Наличии осознанного согласия на помощь.

4. Установка на соблюдение лечения и выполнение врачебных рекомендаций.

5. Умение использовать личные и медикаментозные ресурсы для разрешения проблемы, если такая была и спровоцировала кризис.

6. Формирование установок на конструктивное и нейтральное взаимодействие с окружением, микро - и макросредой средой, а также на наличие достаточного интеллектуального и волевого самоконтроля [27, С. 27- 31.].

III.3. Стандарт преемственности (непрерывности) помощи

1. Непрерывность информации, отношений и контактов.

2. Доступность помощи и врача-психиатра для пациента, подвергающемуся ПППП, а так же для его близких.

3. Мотивирование пациента и его близких на каждом этапе с рассмотрением перспектив перехода на следующий этап, целей, задач и обязанностей будущего этапа.

4. Анализ эффективности используемых терапевтически-реабилитационных мероприятий или отсутствия их эффекта с формированием новой лечебной

тактики для повторения данного или следующего этапа.

5. Процесс планирования выписки начинается сразу же после неотложной госпитализации, задачами планирования является формирование плана восстановления для возвращения пациента в сообщество. Распознавание обстоятельств, приведших к госпитализации, является центральным в процессе планировании выписки и помогают определить направление плана. Планирование проводится совместно с пациентом, членами семьи, амбулаторной службой. Уточняется состояние компетентности и возможные ее нарушения в будущем. Обсуждаются с пациентом (его близкими) ситуации, при которых могут рассматриваться вопросы принуждения и их альтернативы. Перед выпиской доработка индивидуального плана и вынесение рекомендаций.

6. Направление в стационар или выписной эпикриз, помимо известных разделов, должны включать факторы риска, пределы восстановления, реагирование на лечение, терапевтические цели и план восстановления совместно с рекомендациями по организации помощи, ранние признаки рецидива и риска, например упущение явок в ПНД, или возврата симптоматики, медицинские и немедицинские стратегии по устранению ранних признаков обострения. Необходимо указать близкое пациенту лицо и способы связи с ним.

7. Осуществление разъяснений и мотивирование пациента к явке в психиатрическое учреждение (ПНД), сообщаются ему адрес и время работы участкового врача-психиатра. Пациенту (и при возможности – его близким) выдаются на руки терапевтические рекомендации с указанием времени явки на прием для обеспечения непрерывности помощи.

8. Подготовленность и готовность врача-психиатра планируемого этапа встретить потребности пациента и не допускать возврата на этап помощи с более ограничивающими условиями. Приоритетность лиц с психическими расстройствами в области лечения и психобразования.

9. Консолидация действий соответствующих ведомств в помощи лицу, которому оказывается ПППП и многоуровневый подход к ПППП с учетом личности пациента.

Заключение

Предложенные нами стадии и стандарты алгоритма оценок позволят улучшить качество ПППП, избежать необоснованных решений, будут служить ориентиром для всех участников процесса ПППП, подспорьем в случае необходимости контроля решений на любом этапе оказания помощи.

Литература

1. Абрамов В.А., Пуцай С.А., Кутько И.И. Функциональная диагностика психических заболеваний: Методические рекомендации. – Донецк, 1990. – 13 с.
2. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Пенчул Н.А. Функциональный диагноз в психиатрии. Сообщение II // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. - Т. 16, Вып. 4. – С. 87-89.
3. Функциональный диагноз в судебной психиатрии: Монография // Под ред. Т.Е. Дмитриевой и Б.В. Шостаковича - М.: РИГ ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского, 2001. - 196 с.
4. Насинник О. Осознанное (информированное) согласие в психиатрии // Вісник Асоціації психіатрів України. – 1998. - № 2. - С. 44-59.
5. Lipkin M. Medical interview//Behavioral Medicine in Primary Care: A Practical Guide/ Ed by Mitchell D. Feldman, John F. Christensen. – Stamford, Connecticut: Appleton & Lange, 1997. – P. 1-7.
6. Насинник О. Несоблюдение режима лечения//Вісник Асоціації психіатрів України. - 1998, № 4. - С.64-84.
7. Schreter R.K. Essential skills for managed behavioral health care//Psychiatric Services. - 1997. - Vol.48. - P.653-658.
8. Насинник О.А. Отсутствие осознанного согласия – критерий принудительной госпитализации // Архив психіатрії. – 2009. – Т.15, № 4 (59). – С. 18 – 24.
9. Keilitz I. NCSC Guidelines for Involuntary Civil Commitment: A Workable Framework for Justice in Practice // Hospital and Community Psychiatry. – 1988. – Vol. 39. – P. 398-402.
10. Насинник О.А. Оценка алгоритма, этапов, преемственности психиатрической помощи принудительном порядке: соответствие законодательству//Психічне здоров'я. – 2007. - № 4 (17). - С.87-93.
11. Bachrach L.L. Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis//Am J Psychiatry. – 1981. – Vol.138. – P.1449-1455.
12. Haggerty J.L., Reid R.J., Freeman G. K., Starfield B.H., Adair C.E., McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review// BMJ. – 2003. - Vol. 327. – P. 1219-1221.
13. Wierdsma A., Mulder C., de Vries S., Sytema S.Reconstructing continuity of care in mental health services: a multilevel conceptual framework// Journal of Health Services Research & Policy. – 2009. - Vol. 14. - P. 52-57.
14. Adair C. E., McDougall G. M., Mitton C. R. et al. Continuity of Care and Health Outcomes Among Persons With Severe Mental Illness // Psychiatr Serv. – 2005. – Vol. 56. – P. 1061-1069.
15. Amering M. Trialog—an exercise in communication between consumers, carers and professional mental health workers beyond role stereotypes //International Journal of Integrated Care. – 2010. – Vol. 10. – P.35-36.
16. Adeponle A. B., Thombs B. D., Adelekan M. L., Kirmayer L. J. Family participation in treatment, post-discharge appointment and medication adherence at a Nigerian psychiatric hospital// The British Journal of Psychiatry. – 2009. - Vol. 194. – P. 86-87.
17. Mezzich J.E. Positive health: conceptual place, dimensions and implications// Psychopathology. - 2005. - Vol. 38. – P. 177-179.
18. Меззич Х. Личностно-ориентированная психиатрия: единство медицинских наук и гуманизма//Независимый психиатрический журнал. - 2007. - № 3. - С. 11-14.
19. Меззич Х., Салоум И. К вопросу об усовершенствованных классификационных и диагностических системах: МКБ-11 и личностно-ориентированный интегративный диагноз//Независимый психиатрический журнал. - 2007. - № 3. - С. 15-19.
20. Amador X.F., Kronengold H. Understanding and assessing insight// Amador X.F., David A. Insight and Psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders, 2nd Ed./ New York: Oxford University Press Inc., 2004. - P. 3-30.
21. Dawson J., Mullen R. Insight and use of community treatment orders// Journal of Mental Health – 2008. - Vol. 17. – P. 269-280.
22. Beck-Sander A. Is insight into psychosis meaningful? //Journal of Mental Health. – 1998. – Vol. 7. – P. 25-34.
23. Mintz A. R., Dobson K. S., Romney D. M. Insight in schizophrenia: a meta-analysis// Schizophrenia Research. – 2003. - Vol. 61. – P. 75-88.
24. Насинник О. Критерии осознанного согласия//Вісник Асоціації психіатрів України. - 1998, № 3. - С.72-96.
25. Simom R.I. The law and Psychiatry// Focus. – 2003. – Vol. 1. - 349-372.
26. Grisso T., Appelbaum P.S. Comparison of standards for assessing patients' capacities to make treatment decisions// Am J Psychiatry. - 1995. – Vol. 152. – P. 1033-1037.
27. Организация, критерии и порядок оказания психиатрической помощи в принудительном порядке (Методические рекомендации)/ Составители А.А. Педак, С.Г. Хотина. – Николаев, 2007. – 31 с.

КОНЦЕПТУАЛЬНА МОДЕЛЬ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ПРИМУСОВОМУ ПОРЯДКУ: ПОВІДОМЛЕННЯ II
О.А. Насинник

На основі власного дослідження та теоретичного аналізу вітчизняної та закордонної літератури розроблена концептуальна модель надання психіатричної допомоги в примусовому порядку

Ключові слова: психіатрична допомога в примусовому порядку, концепція

CONCEPTUAL MODEL OF PSYCHIATRIC COMPULSORY CARE: REPORT II
O.A. Nasinnyk

On the basis of own research and theoretical analysis of domestic and foreign literature the conceptual model of psychiatric compulsory care is developed

Keywords: psychiatric compulsory care, conception