

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ЦЕНТР ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ ИМЕНИ В.П.СЕРЬСКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

ПЛОТНИКУ-ДЕЛЕСК МАРИАНА

НЕДОБРОВОЛЬНАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВО ФРАНЦИИ И РОССИИ
(СРАВНИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)

14.01.06 – психиатрия

Диссертация
на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель
доктор медицинских наук,
профессор Б.А.Казаковцев

Москва – 2019

Оглавление

Введение	3
Глава 1. Законодательное, организационное и этическое регулирование недобровольной психиатрической госпитализации (обзор литературы)	11
Глава 2. Материалы и методы исследования	42
Глава 3. Сравнительный анализ клинических и социальных факторов, оказывающих влияние на принятие решения о недобровольной госпитализации при оказании психиатрической помощи	55
3.1. Структура и тяжесть психических расстройств у пациентов при решении вопроса о недобровольной психиатрической госпитализации	55
3.2. Социально-демографические характеристики лиц, недобровольно госпитализированных в психиатрический стационар	62
Глава 4. Сравнительный анализ организации психиатрической помощи	66
4.1. Структура стационарной и амбулаторной психиатрической помощи	66
4.2. Удовлетворенность пациентов качеством оказания помощи в психиатрическом стационаре	69
4.3. Организация и методические особенности проведения психообразовательной работы	75
Заключение	93
Практические рекомендации	102
Выводы	103
Литература	107
Приложения	134

Введение

Актуальность проблемы

Количественное соотношение недобровольных и добровольных психиатрических госпитализаций на региональном, национальном и на международном уровнях оценивается крайне не однозначно. Различия между соответствующими показателями в европейских странах достигают и даже превышают 20-кратную величину. (Wynn R., 2006; Steinert T. et al., 2006; Salize H.J. et al., 2008; Kallert T.W., 2008).

Частота недобровольных психиатрических госпитализаций по-разному оценивается на региональном, национальном и международном уровнях. (Lidz C.W. et al., 1995; Mulder C.L. et al., 2008; Schoevaerts K. et al., 2013).

В землях Германии доля недобровольных психиатрических госпитализаций составляет 2,8%-44,8%, в Дании - около 5%, в США - 42%, в Швейцарии - 50%-93%, в Норвегии – 48%-86,6% от общего числа госпитализаций.

В Бельгии за 9 лет данный показатель увеличился на 42%, в Нидерландах за 7 лет – на 25%, а за период с 2000 по 2004 годы – на 16%, в том числе у пациентов с деменцией – на 59%, с другими органическими психическими расстройствами - на 40%, с токсикоманиями – на 36%.

По данным исследования, проведенного во Франции в связи с разработкой проекта поправок к закону о здравоохранении, недобровольная психиатрическая госпитализация в 2010 г. составила 15% от общего количества психиатрических госпитализаций, в 1998 – 13% (Piel E. et al., 2001).

По данным ежегодного проводимого в России государственного статистического наблюдения, доля недобровольных госпитализаций в общем числе госпитализаций в психиатрические стационары в 2009 г. в целом по стране составила 7,7%, в 2013 г. - 8,6%, в 2016 г. – 7,8%.

По данным И.Я. Гуровича и соавт. (2012), величины данного показателя между регионами России в 2011 г. различались в 15-кратном размере.

С учетом указанных национальных различий представляет интерес провести сравнительный анализ факторов, оказывающих влияние на показатели недобровольной психиатрической госпитализации во Франции и России.

Важными предпосылками для проведения подобного рода анализа являются существующие сходства и различия между двумя странами в традициях организации психиатрической помощи в целом.

В России преобладает государственная система организации психиатрической помощи. Во Франции доля государственных учреждений в общем числе учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, составляет более 49%, доля психиатрических коек в общественном секторе – 73%, а доля государственного бюджетирования психиатрической помощи - 76,4%. (Сандье С. и соавт., 2004; Coldefy M., 2005.). По числу врачей-психиатров и числу психиатрических коек на 10 тыс. населения Франция и Россия в мировом рейтинге стран в 2011 году занимали соответственно 5-19 и 12-9 места (ВОЗ, 2013).

На протяжении многих лет в обеих странах используется территориальный (участковый в России и секторальный во Франции) принцип ресурсного распределения общественных служб психиатрической помощи, что обеспечивает стабильность кадрового потенциала специалистов, участвующих в оказании гарантированных объемов психиатрической помощи. В соответствии с рекомендациями ВОЗ (2005), в последние годы, в обеих странах больше внимания уделяется ведению психиатрических пациентов врачами общей практики, актуализируются вопросы обучения врачей общей практики в области охраны психического здоровья, особенно для работы в сельской местности. (Norton J. et al., 2007, 2009; Родина А., 2012).

В русле проводимой мировой реформы служб охраны психического здоровья правительствами обеих стран предпринимаются шаги по разработке и реализации государственных программ развития психиатрической помощи.

Большое значение придается обеспечению доступности и непрерывности оказания психиатрической помощи с опорой на сеть амбулаторных и стационарных учреждений и на психологическую поддержку пользователей помощи

(Proposals of the French Federation of Psychiatry, 2006; Казаковцев Б.А., 2009; Maître E. et al., 2013; Казаковцев Б.А. и соавт., 2013-2015).

В обеих странах подготовка психиатров включает вопросы эпидемиологии, профилактики, диагностики, дестигматизации, психотерапии, обеспечения помощи в сообществе, реабилитации пациентов (Сиабра-Диниш Т., 1978; Vigneron E., 2000; Verdoux H. et al., 2003; Briot M., 2006; Norton J. et al., 2007; Казаковцев Б.А., 2009; Henkes N., 2014).

Общей для обеих стран является также позиция, согласно которой реформирование психиатрических служб не должно приводить к исчезновению адекватно организованной стационарной медицинской помощи (Казаковцев Б.А. и соавт. 1997, 1999; Munk-Jørgensen P., 1999; Chapireau F., 2005; Priebe S. et al., 2005; Незнанов Н.Г. и соавт., 2006; Lelliott P., 2006; Keown P. et al., 2008, 2011; Myklebust L.H. et al., 2014).

Вместе с тем между двумя странами существуют различия в подходах к нормативно-правовому регулированию вопроса о недобровольной психиатрической госпитализации.

Согласно консолидированной версии Кодекса о здравоохранении от 16 октября 2014 г. (Code de la santé publique), порядок оказания психиатрической помощи недобровольного характера во Франции представлен в Законе от 27 июня 1990 г. с изменениями от 5 июля 2011 г. и от 27 сентября 2013 г.

Законом от 5 июля 2011 г. N 2011-803 о правах и защите лиц, находящихся на психиатрическом лечении, и выборе форм лечения, регламентирована последовательность действий психиатрического стационара до рассмотрения вопроса в суде.

Недобровольное психиатрическое лечение лица начинается с наблюдательного периода и предварительного лечения в стационаре.

В течение суток с момента поступления врач-психиатр приемного отделения проводит тщательное соматическое обследование и выдает медицинскую справку о психическом состоянии лица, подтверждающую необходимость проведения его психиатрического лечения.

В течение трех суток с момента поступления лица лечащим врачом-психиатром учреждения составляется новая медицинская справка. С учетом хода развития заболевания, врач в любой момент может предложить изменить форму лечения. При этом он составляет подробную медицинскую справку, которую направляет главному врачу учреждения с подтверждением необходимости полного стационарного лечения.

После пяти суток с момента поступления лица на психиатрическое лечение, но не позднее чем на восьмые сутки лечащий врач-психиатр учреждения составляет подробную медицинскую справку с указанием степени необходимости продолжения полного стационарного лечения. На основании этой медицинской справки главный врач учреждения может продлить лечение на максимальный срок в один месяц.

В соответствии с Законом Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях граждан при её оказании», лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия либо без согласия одного из родителей или иного законного представителя.

Такого рода госпитализация *до постановления судьи* осуществляется в случае, если психиатрическое обследование или лечение лица возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является *тяжелым* и обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

В течение 48 часов с момента поступления по решению врача-психиатра приемного отделения лицо подлежит обязательному психиатрическому освидетельствованию комиссией врачей-психиатров учреждения, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. Если госпитализация признается

обоснованной, то заключение комиссии врачей-психиатров в течение 24 часов направляется учреждением в суд для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица в учреждении.

Согласно Комплексному плану действий в области психического здоровья на 2013-2020 годы Всемирной ассамблеей здравоохранения приоритетное значение придается деинституализации помощи с отказом от длительного лечения в закрытых психиатрических стационарах, организации психиатрической помощи на дому и вовлечению семей и пользователей в принятие решений. С учетом этого, требуется большая информационно-разъяснительная и психообразовательная работа с пациентами и их родственниками для скорейшего обращения за помощью с целью снижения госпитализации.

Отсюда лица с психическими расстройствами и с ограниченными возможностями в психосоциальном плане должны привлекаться к проведению информационно-разъяснительной работы, разработке политики, планированию, подготовке законодательства, обеспечению услуг и проведению мониторинга, исследований и оценок в области психического здоровья.

Одной из целей психообразования, следовательно, является снижение количества госпитализаций и обращений за оказанием неотложной помощи. При этом важной этической задачей деятельности служб психического здоровья является обоснованное информирование пациентов, их родственников и широкой общественности относительно ближайшего и отдаленного социального и клинического прогноза. Соответственно психообразовательная работа должна проводиться в направлении формирования адекватной мотивации пользователей.

С учетом сказанного, в рамках предпринимаемого кросскультурного исследования представляет интерес сравнительный анализ законодательных, организационных, социально-демографических и клинических факторов, оказывающих влияние на показатели недобровольной госпитализации при оказании психиатрической помощи во Франции и России.

Цель исследования

Разработать комплексный подход к проведению кросскультурного анализа на основе изучения законодательных, организационных и клинико-эпидемиологических факторов, оказывающих влияние на недобровольную психиатрическую госпитализацию.

Задачи исследования

1. Установить сходства и различия нормативно-правового регулирования недобровольной психиатрической госпитализации во Франции и России.

2. Провести сравнительное исследование клинико-эпидемиологических и демографических факторов, обуславливающих недобровольную психиатрическую госпитализацию во Франции и России.

3. Определить сходства и различия в оценке осознания болезни при органических психических расстройствах, расстройствах шизофренического спектра и аффективных расстройствах у пациентов, госпитализируемых в психиатрический стационар в недобровольном порядке во Франции и России.

4. Определить факторы, относящиеся к региональной организации психиатрической помощи, оказывающие влияние на повышение уровня удовлетворенности пациентов и их семей решением вопросов недобровольной психиатрической госпитализации во Франции и России.

Научная новизна исследования

Впервые показаны сходство и различия законодательного и организационного регулирования вопросов недобровольной психиатрической госпитализации во Франции и России. Впервые на основе результатов кросскультурного исследования определены клинико-демографические факторы, способствующие недобровольной психиатрической госпитализации. Впервые на основе результатов кросскультурного исследования определены сходства и различия в оценке сохранности сознания заболевания при органических психических расстройствах, расстройствах шизофренического спектра и аффективных расстройствах у пациентов, госпитализируемых в психиатрический стационар в недобровольном порядке. Впервые на основе результатов кросскультур-

ного исследования определены факторы, относящиеся к структурной организации психиатрической помощи и организации психообразовательной работы, оказывающие влияние на удовлетворенность пациентов и их семей решением вопросов, связанных с недобровольной психиатрической госпитализацией.

Практическая значимость исследования

Для использования положительного опыта организации психиатрической помощи на региональном и учрежденческом уровне проведено сравнение структуры психообразовательной деятельности персонала психиатрических служб и оценка отношения пациентов и членов их семей к партнерскому взаимодействию со специалистами, участвующими в оказании психиатрической помощи.

Внедрение результатов исследования

Основные положения диссертации докладывались и обсуждались на Проблемном совете по социальной, клинической психиатрии и организации психиатрической помощи ФМИЦПН им. В.П.Сербского Минздрава России (Москва, 2014, 2017). Материалы исследования докладывались: на Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы (Казань, 2015); на Французско-Российском семинаре «Телемедицина в психоневрологии» (Санкт-Петербург, 2016); на Научно-практической конференции «Психическое здоровье: социальные, клиничко-организационные и научные аспекты» (Москва, 2016); на Симпозиуме в рамках XV Ассамблеи «Здоровье Москвы» «Перспективные клиничко-организационные модели психиатрической помощи в городе Москве» (Москва, 2016); на Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Университетская клиника психиатрии: Союз науки и практики» (Москва, 2016); на Научно-практической конференции «Психообразование 2016: наука и практика» (Москва, 2016); на Заседании Совета по вопросам модернизации государственной системы здравоохранения города Москвы при Общественной палате Москвы (Москва, 2017).

Положения, выносимые на защиту

1. Положения закона, специально посвященного оказанию психиатрической помощи, по сравнению с положениями общего закона по охране здоровья, позволяют более оперативно решать вопросы, связанные с решением вопросов недобровольной психиатрической госпитализации.

2. Результаты кросскультурных исследований клинико-эпидемиологических данных, относящихся к недобровольной психиатрической госпитализации, должны быть использованы при разработке предложений по повышению качества организации психиатрической помощи.

3. Выявление положительного опыта организации помощи на региональном и учрежденческом уровне, включая психообразовательную деятельность и анкетирование по вопросам партнерского взаимодействия пациентов, членов их семей и специалистов психиатрических служб, должно входить в задачи кросскультурных исследований в сфере оказания психиатрической помощи.

Публикации

Результаты исследования изложены в 9 научных публикациях, из них в 8 в журналах, включенных в Перечень периодических изданий, рекомендованных ВАК Минобрнауки России.

Глава 1. Законодательное, организационное и этическое регулирование недобровольной психиатрической госпитализации (обзор литературы)

Законодательное регулирование организации недобровольной психиатрической госпитализации

К середине 1960-х годов в США был принят закон о недобровольной госпитализации, где было два нововведения. Во-первых, недобровольная госпитализация отныне могла быть осуществлена не для «необходимости оказания помощи» вообще, а лишь по отношению к более узкому кругу психически больных, представляющих опасность для себя или других, а также тех, кто не в состоянии удовлетворять свои повседневные нужды. Во-вторых, процедура исполнения недобровольной госпитализации была в значительной степени возложена на судебные органы. (Schwartz D.A. et al., 1971; Шадрина Л., 2003) В дальнейшем было отмечено, что хотя уровни насилия со стороны указанных лиц перед госпитализацией существенно не изменились, доля недобровольных психиатрических пациентов увеличилась в три раза (McNiel D.E. et al., 1986; Segal S.P.C. et al., 2001.).

К возможным критериям опасности при исполнении гражданского обязательства Американская психиатрическая ассоциация относит *тяжесть* психического расстройства и возможность его излечения (Brouillette M.J. et al., 1991; Craw J. et al., 2006).

В соответствии с Законом Англии и Уэльса об охране психического здоровья 1983 года, не требуется оценивать способность принимать решения для того, чтобы определить действия специалистов по отношению к индивиду, который отказывается от госпитализации или от лечения по поводу психического расстройства. Для этого достаточно применить критерии наличия психического расстройства (статус), учесть этиологические факторы и *выраженность* этого расстройства, а также предполагаемый исход в случае неоказания помощи

(риск). Однако недопустимо делать вывод о неспособности пациента принимать решения, не приложив всех усилий для того, чтобы донести до него всю необходимую информацию (Bellhouse J. et al., 2001).

По определению, вошедшему в законодательство некоторых стран, лицо, страдающее тяжелым психическим расстройством, не может понять смысл и последствия собственного поведения и нуждается в срочной психиатрической помощи (Закон Республики Молдова от 16.12.1997 №1402-ХІІІ).

В данном отношении рядом авторов поддерживается аргумент, согласно которому в практике принятия решений о продлении недобровольной госпитализации степень инвалидности играет более важную роль, чем опасность (Pokorny L. et al., 1999).

Приведенные обстоятельства ставятся в зависимость от различий в законодательстве и традиционных административных регламентах, от диагностических традиций, а также от экономических условий. (Riecher-Rössler A. et al., 1992, 1993; Brabrand J. et al., 1997; Аппельбаум П.С., 1999; Lepping P. et al., 2004; Salize H.J. et al., 2004; Deraas T.S. et al., 2006; Kjellin L. et al., 2006; Ангелова-Барболова Н.С. и соавт., 2007; van Ewijk W. et al., 2008; Koike J. et al., 2009; Kelly M. et al., 2011; Mundt A.P. et al., 2011; Valdes-Stauber J. et al., 2012; Brieger P. et al., 2014).

При этом критерии задержания в целом аналогичны, когда дело доходит до пациентов с риском для себя или других лиц (Zinkler M. et al., 2002). Однако в интересах здоровья пациентов существуют и многие другие установленные законом правила недобровольной госпитализации.

В Дании недобровольная госпитализация в психиатрический стационар разрешается *при снижении перспектив выздоровления или улучшения* (судебный пересмотр может осуществиться только по требованию пациента). В Швеции - если *серьезное психическое нарушение приводит к «абсолютной потребности в круглосуточной психиатрической помощи»* (судебный пересмотр в обязательном порядке через 4 недели). В Финляндии - если *неполучение лечебной помощи приведет к ухудшению состояния пациента или в случае наличия*

серьезной опасности для здоровья пациента (судебный пересмотр через 3 месяца) В Швейцарии - если иначе необходимая индивидуальная помощь не гарантируется. В Греции – если неспособность пациента выносить суждения в отношении собственного здоровья может привести к невозможности лечения или к ухудшению состояния. (Шадрина Л., 2003). В Голландии – если нет разумной альтернативы (Legemaate J., 2008). В Италии – если имеет место неспособность удовлетворять свои основные потребности («пассивная опасность», то есть причинение себе ущерба не путем аутоагрессии, а в результате пренебрежения собственными интересами) (Preti F. et al., 2009).

Отмечено, что более низкие показатели недобровольной госпитализации характерны для тех государств-членов Европейского Союза, где участие в судебной процедуре законного представителя пациента является обязательным (Dressing H. et al., 2004).

Изучению отношения пациентов к добровольной и недобровольной психиатрической госпитализации посвящены многие публикации (Attkisson C.C. et al., 1982; Barker D.A. et al., 1999; Greenwood N. et al., 1999; Gjerden P. et al., 2001; Mueller M.J. et al., 2002; Henderson C. et al., 2003; Berghofer G. et al., 2006; Boyer L. et al., 2009; Holikatti P.C. et al., 2012; Bener A. et al., 2013; Bowersox N.W. et al., 2013; и др.).

По данным исследования, проведенного в трех службах охраны психического здоровья в Ирландии, общий уровень удовлетворенности пациентов услугами был высоким (средний балл CSQ-8 равен 24,5). Наименее удовлетворены были пациенты, госпитализированные недобровольно и испытавшие физическое принуждение. Более высокому уровню удовлетворенности лечением соответствовали лучшие терапевтические взаимоотношения, лучшее взаимопонимание и лучшее функционирование. (Smith D. et al., 2014).

В последние годы во Франции разработаны опросники удовлетворенности госпитализированных пациентов QSH-45 (Antoniotti S. et al., 2009) и SATISPSY-22 (Zendjidjian X.Y. et al., 2014). Направленный на установление обратной связи с пациентом, опросник SATISPSY-22 содержит 22 пункта с описани-

ем 6 факторов (персонал, качество медицинской помощи, личный опыт, информированность, деятельность, питание).

В России изучение причин добровольного и недобровольного оказания психиатрической помощи осуществляется с середины 1990 годов (Сосновский Ф.Ю., 1995; Усов Г.М., 2002; Солохина Т.А., 2003; Ястребов В.С. и соавт., 2003, 2009; Самсонова Н.А. и соавт., 2007; Солохина Т.А. и соавт., 2014).

Установлено, что пациенты, прошедшие судебную процедуру, отличаются от остальной части также недобровольно доставленных в психиатрический стационар пациентов, но давшими информированное согласие на госпитализацию в первые 48 часов пребывания в стационаре. Среди первых больше доля мужчин, а в структуре психических расстройств – больше доля шизофрении и галлюцинаторно-бредовых психозов с одновременным уменьшением доли острых психотических расстройств и значительным нарастанием доли хронических психозов. Среди них больше лиц, госпитализированных по критерию непосредственной опасности. (Усов Г.М., 2002).

Во Франции добровольно и недобровольно госпитализированные пациенты не различаются по возрасту, полу и уровню образования. Добровольно госпитализированные пациенты чаще одиноки (63% и 58,6%), вдовцы или разведены (20,9% и 15,7%) ($p=0,002$). Группы добровольно и недобровольно госпитализированных пациентов идентичны по продолжительности болезни. (Braitman A. et al., 2014).

В Ирландии 60-77,8% недобровольно госпитализированных пациентов через год после выписки признают ее необходимость и в 45,5% случаев пациентам легче это признать, так как их дело было рассмотрено судом. Вместе с тем 20% опрошенных пациентов отказываются добровольно входить в контакт с психиатрическими службами. (O'Donoghue B. et al., 2010, 2011; Ramsay H. et al., 2013). Для измерения удовлетворенности лечением в стране используется The Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) (Roche E. et al., 2014; Smith D. et al., 2014).

В Соединенном Королевстве более высокая удовлетворенность лечением у недобровольных пациентов отмечена при аффективных психозах и отсутствует её значимая связь с негативной симптоматикой (Richardson M. et al., 2011). По данным оценок через 1 месяц, 3 месяца и 10 месяцев после поступления в больницу (n=778), субъективное качество жизни значимо улучшается в течение 1 года (Priebe S. et al., 2011). Ретроспективно от 33% до 81% пациентов считают недобровольную госпитализацию оправданной. Пациенты с более выраженным клиническим улучшением имеют более позитивные ретроспективные суждения (Katsakou C. et al., 2006; Priebe S. et al., 2009). Для оценки степени удовлетворенности данных пациентов (n=778) лечением в 22 больницах в Англии использовалась Client's Assessment of Treatment Scale. Установлено, что удовлетворенность лечением была связана с восприятием пациентами насилия при госпитализации и лечении, а не с документированной степенью принудительных мер (Katsakou C. et al., 2010).

В странах Европы имеют место различия в частоте применения мер принуждения в период госпитализации. Наиболее часто удерживание, изоляция, принудительная медикация и используются в Польше, Италии и Греции (Raboch J. et al., 2010; Kalisová L. et al., 2014; Douzenis A. et al., 2012).

В России при изучении удовлетворенности пациентов лечением подобная практика была отмечена рядом авторов (Вид В.Д. и соавт., 2007; Былим И.А. и соавт., 2010; Варавин А.П., 2013).

*Законодательное регулирование организации
недобровольной психиатрической госпитализации
во Франции и России*

В соответствии с Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях граждан при её оказании», лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, без его согласия либо без согласия одного из родителей или иного законного

представителя. (Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи.)

В соответствии со статьей 29 Закона, такого рода госпитализация осуществляется до постановления судьи, если психиатрическое обследование или лечение лица возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является *тяжелым* и обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

В соответствии со статьей 30 Закона, меры физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации применяются в России только в тех случаях, формах и на тот период времени, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного пациента, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц. При этом о формах и времени применения мер физического стеснения или изоляции делается запись в медицинской документации.

В соответствии со статьей 32 Закона, пациент, госпитализированный в медицинскую организацию в недобровольном порядке, подлежит обязательно психиатрическому освидетельствованию в течение *48 часов* комиссией врачей-психиатров медицинской организации, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. В случаях, когда госпитализация признается необоснованной и госпитализированный не выражает желания остаться в медицинской организации, он подлежит немедленной выписке. Если госпитализация признается обоснованной, то заключение комиссии врачей-психиатров в течение *24 часов* направляется в суд по месту нахождения медицинской организации для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица в ней.

В соответствии со статьей 33 Закона, заявление о госпитализации пациента в недобровольном порядке подается в суд представителем медицинской ор-

ганизации, в которой находится лицо. В заявлении должны быть указаны предусмотренные законом основания для госпитализации в недобровольном порядке. К заявлению прилагается мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости дальнейшего пребывания пациента в медицинской организации. Принимая заявление, судья одновременно дает санкцию на пребывание пациента в медицинской организации на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде. Заявление судья рассматривает в течение пяти дней с момента его принятия в помещении суда либо в указанной медицинской организации.

В соответствии со статьей 34 Закона, пациенту должно быть предоставлено право лично участвовать в судебном рассмотрении вопроса о его госпитализации. Если по сведениям, полученным от представителя медицинской организации, психическое состояние пациента не позволяет ему лично участвовать в рассмотрении вопроса о его госпитализации в помещении суда, то заявление о госпитализации рассматривается судьей в медицинской организации. Законом предусмотрено обязательное участие в рассмотрении заявления прокурора, ходатайствующего о госпитализации представителя медицинской организации и представителя пациента, в отношении которого решается вопрос о госпитализации.

В соответствии со статьей 35 Закона, рассмотрев заявление по существу, судья удовлетворяет либо отклоняет его. Постановление судьи об удовлетворении заявления является основанием для госпитализации и дальнейшего содержания пациента в медицинской организации. Постановление судьи в десятидневный срок со дня вынесения может быть обжаловано госпитализированным пациентом, его представителем, руководителем указанной медицинской организации, а также организацией, которой законом либо ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан, или прокурором в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

В соответствии со статьей 36 Закона, пребывание пациента в медицинской организации в недобровольном порядке продолжается только в течение

времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация. Пациент в течение первых шести месяцев не реже одного раза в месяц подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров указанной медицинской организации для решения вопроса о продлении госпитализации. При продлении госпитализации свыше шести месяцев освидетельствования комиссией врачей-психиатров проводятся не реже одного раза в шесть месяцев. По истечении шести месяцев с момента госпитализации пациента заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости продления такой госпитализации направляется медицинской организацией в суд. Судья в вышеуказанном порядке может продлить госпитализацию. В дальнейшем решение о продлении госпитализации в недобровольном порядке, принимается судьей ежегодно.

В соответствии со статьей 40 Закона, выписка пациента, госпитализированного в недобровольном порядке, производится по заключению комиссии врачей-психиатров или по постановлению судьи об отказе в продлении такой госпитализации. Пациенту, госпитализированному добровольно, может быть отказано в выписке, если комиссией врачей-психиатров медицинской организации будут установлены основания для госпитализации в недобровольном порядке.

По данным кластерного анализа, проведенного Усовым Г.М. (2002), в России существуют три основных группы пациентов, госпитализированных в недобровольном порядке. Первая представлена молодыми пациентами, преимущественно мужского пола с острыми психозами; в 75% случаев они госпитализируются с применением критерия непосредственной опасности. Второй кластер представлен пациентами с длительными психотическими расстройствами (органические деменции, конечные состояния при шизофрении), госпитализированными на основании критерия беспомощности. В третий кластер включены пациенты с галлюцинаторно-бредовыми шизофреническими психозами, аффективными расстройствами, имеющими хроническое течение и частые тяжелые обострения. С равной частотой госпитализация в недоброволь-

ном порядке проводится в России с использованием критериев опасности и причинения существенного вреда здоровью.

Во Франции особенности организации недобровольной психиатрической госпитализации первоначально описаны в «Кодексе здравоохранения» от 1985 года. В соответствии с Законом от июня 1990 года, недобровольная госпитализация пациента, представляющего угрозу для себя или для окружающих, стала возможна по просьбе, поступившей от родственников или от третьих лиц при наличии двух врачебных заключений или по запросу префектуры. Однако Закон не давал ответа на вопрос, какие службы в этих случаях должны заниматься госпитализацией.

Под давлением многочисленных приговоров, вынесенных поочередно Европейским судом по защите прав человека и Конституционным советом, законодательные власти были вынуждены реформировать закон от 1990 года (Rossini K. et al., 2015).

По версии «Кодекса здравоохранения» от 16 октября 2014 года, в настоящее время главный врач учреждения выносит решение о принятии на лечение в случае, если к нему обратился с первоначальным заявлением член семьи больного или же лицо, знающее больного до подачи заявления. Опекун или попечитель совершеннолетнего лица также могут обратиться с подобным заявлением. Форма и содержание заявления определяются декретом Государственного Совета.

К решению о принятии на лечение прилагаются две подробные медицинские справки, датированные менее чем за *12 дней* до принятия решения.

Первая медицинская справка должна быть обязательно выдана врачом, не работающим в учреждении, в которое пациент направляется на лечение; в ней констатируется психическое состояние больного лица, указываются признаки его заболевания и необходимость получения лечения. Эта справка должна быть подтверждена справкой от второго врача, которым может быть и врач, работающий в медучреждении, в которое больной направляется на лечение. Эти оба врача не могут состоять в родственных связях друг с другом, с главным врачом,

с заявителем, а также с лицом, в отношении которого предполагается проводить лечение.

В случае невозможности получения заявления и при наличии угрозы здоровью больного лица на момент поступления на лечение, она должна быть удостоверена медицинской справкой, выданной с соблюдением вышеуказанных условий относительно родственных связей. В справке констатируется психическое состояние больного лица, указываются признаки его заболевания и необходимость получения лечения. Справка не может быть выдана врачом, работающим в учреждении, в которое пациент направляется на лечение.

В этом случае, за исключением наличия особых трудностей, главный врач принимающего учреждения информирует в течение *24 часов* семью пациента, и, при необходимости, лицо, занимающееся юридической защитой пациента. В случае отсутствия таковых, информируется лицо, с которым пациента связывают отношения, предшествующие моменту поступления на лечение, и дающие этому лицу право действовать от имени пациента.

Все недобровольно госпитализированные больные находятся под наблюдением в течение *72 часов*. Два медицинских заключения (*через 24 часа и до 72 часов*) должны подтвердить необходимость лечения. Существует целый ряд юридических аспектов терапии таких пациентов. Ограничение свободы перемещения возможно только по медицинским показаниям или вопросам безопасности больного (Роднева И., 2012).

После вынесения решения о принятии на лечение в течение *24 часов* с момента поступления, врач обязан провести тщательное соматическое обследование пациента, и психиатр учреждения, принявшего пациента на лечение, выдает медицинскую справку о психическом состоянии и подтверждает, необходимо или нет проводить психиатрическое лечение. В течение *72 часов* с момента поступления составляется новая медицинская справка.

При возникновении срочной ситуации, когда имеется серьезный риск угрозы здоровью пациента, главный врач учреждения может, в исключительных случаях, вынести решение о принятии на психиатрическое лечение паци-

ента по заявлению третьего лица, на основании одной единственной медицинской справки, составленной при необходимости врачом, работающим в учреждении.

Если по одной из двух медицинских справок следует, что состояние лица больше не требует применения лечебной меры, главный врач принимающего учреждения выносит решение о незамедлительной отмене данной меры.

Если из обеих медицинских справок следует необходимость продолжения лечения, учреждение выносит решение о продлении срока лечения на один месяц, с сохранением формы лечения, предложенной психиатром. При необходимости, к его решению прилагается программа лечения, разработанная психиатром. В ожидании принятия решения главным врачом учреждения пациент находится на полном (*круглосуточная госпитализация*) стационарном лечении.

Лечащий психиатр с учетом хода развития заболевания в любой момент может предложить изменить форму лечения. При этом он составляет подробную медицинскую справку. Если лечащий психиатр предлагает изменить форму лечения пациента, главный врач обязан изменить ее, основываясь на медицинской справке или заключении.

Главный врач принимающего учреждения обязан незамедлительно проинформировать регионального представителя государственной власти, а в Париже – префекта полиции, и региональную комиссию по психиатрическому лечению о каждом решении о принятии на лечение, а также передать им копию медицинской справки о поступлении на лечение и выписку из журнала регистрации на поступившего пациента. Он также обязан передать им копии каждой из медицинских справок, составленных в течение *24 часов* и в течение *72 часов* с момента поступления.

После вынесения решения о принятии на лечение, главный врач учреждения незамедлительно сообщает прокурорам республики суда высшей инстанции по месту проживания пациента и по месту нахождения учреждения фамилию, полное имя, место работы, место проживания или пребывания пациента, а также лица, обратившегося с заявлением о госпитализации. Лицо, обра-

тившееся с заявлением, информируется о каждом решении, ведущем к изменению формы лечения. Судья по избранию меры пресечения даёт своё мнение по продолжению недобровольной госпитализации на 12 дней и на шестой месяц пребывания лица в психиатрическом стационаре.

Таким образом, в отличие от практики применения психиатрического законодательства в России, где срок недобровольного пребывания лица в психиатрическом стационаре до принятия судебного решения ограничивается 7 днями, во Франции этот срок достигает 14 дней.

По данным исследования, проведенного Rossini K. et al. (2015), из 48 недобровольно госпитализированных и прошедших судебную процедуру пациентов, 96% были госпитализированы в психиатрический стационар по заявлению третьего лица или по решению представителя органа власти. Лишь несколько пациентов (13%) знали наименование суда и правильное наименование должности судьи (21%). Около 58% из них воспользовались услугами адвоката. В ходе слушаний в суде половина пациентов опротестовали необходимость недобровольной госпитализации. Большинство пациентов поведение судьи воспринималось как понятное, внимательное и доброжелательное, но только 46% пациентов считали, что судья беспристрастен и независим от медицинских заключений. Более половины пациентов (58%) были не согласны с решением судьи, но только 19% планировали обжаловать его.

Продление меры недобровольной госпитализации у более чем трети опрошенных пациентов вызвало чувство несправедливости. Примерно четвертая часть опрошенных пациентов испытали чувства безысходности и безразличия.

До настоящего времени во Франции обсуждается вопрос о возможности госпитализировать пациента без участия третьего лица. В данном аспекте Закон от 5 июля 2011 считается противоречивым в выборе между безопасностью и свободой (Vacheron M.N., 2014; Mondoloni A. et al., 2014).

Нередко психиатр в ситуации оказания неотложной помощи сталкивается с необходимостью лечения и защиты прав одинокого человека, не осознающего

наличия у него психических нарушений. Кроме того, некоторые семьи отказываются просить о госпитализации больного родственника из-за страха разрыва эмоционально-привязанных отношений. Главный врач в случае необходимости заменяет третье лицо, и третье лицо может быть исключенным из участия в процессе лечения.

Это, по мнению Mondoloni A. et al. (2014), ведет к снижению понимания родственником болезни близкого, к снижению его ответственности в отношении больного лица, которому угрожает опасность, и к снижению его участия в лечебном процессе. Отсюда возникает вопрос об ответственности психиатра в ситуациях, когда третье лицо отказывается подписывать заявление на госпитализацию в тот момент, когда оснований для неотложной помощи нет, но через несколько дней больной может совершить опасное действие. Следовательно, мысли психиатров оказываются больше заняты наблюдением за судебными прецедентами, в курсе которых они теперь обязаны быть, отдаляясь тем самым от врачебной функции.

В некоторых случаях использование решения представителя государственной власти оказывается более подходящим, чем использование критерия «неминуемой опасности», так как позволяет избежать слишком прямой конфронтации с пациентом (Mondoloni A. et al., 2014).

В отличие от Франции, в России существует практика комментирования федеральных законов и законов субъектов Российской Федерации.

Официальное толкование законов и акты их интерпретации имеют юридическую силу. Таким правом обладают Президент Российской Федерации, парламент Российской Федерации, Правительство Российской Федерации, а также аналогичные органы и должностные лица субъектов Российской Федерации. Конституционный Суд Российской Федерации дает официальное толкование Конституции России, Верховный Суд и Высший Арбитражный Суд Российской Федерации обязаны давать разъяснения по вопросам судебной практики.

Неофициальное толкование законов осуществляют общественные организации, ученые, адвокаты, юрисконсульты предприятий, кооперативов, отдельные граждане. Такое толкование обогащает легальное толкование в выработке единства взглядов, подходов к процессу толкования права и квалифицированной реализации его результатов.

Толкование статьи 29 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» подробно представлено в соответствующем Комментарий Института государства и права Российской академии наук и Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского от 2002 г. (Институт государства и права..).

Согласно данному Комментарию, содержащиеся в статье 29 Закона три критерия (*непосредственная опасность* лица для себя или окружающих; или его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности; или *существенный вред* его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи) действительны при двух условиях: обследование и лечение проводятся только в психиатрическом стационаре, а психическое расстройство является *тяжелым*.

Согласно Комментарию, *тяжесть* психического расстройства определяется наличием нарушений психотического уровня (психоза) или выраженного психического дефекта (умственная отсталость, приобретенное слабоумие, выраженные изменения личности); наличие менее глубоких расстройств дает основание квалифицировать состояние как *тяжелое* лишь в тех случаях, когда эти расстройства по выраженности достигают психотического уровня (например, декомпенсация при расстройствах личности, когда возникает непосредственная опасность ауто- или гетероагрессии).

Критерий *непосредственной опасности* для себя или окружающих применим, согласно Комментарию, к категориям лиц с тяжелыми психическими расстройствами. При этом по направленности опасности выделяются лица: 1) опасные одновременно для себя и окружающих, 2) опасные для окружающих,

3) опасные для себя. Отмечено, что во всех случаях имеется в виду непосредственная опасность. Это обосновывается врачом в конкретном описании состояния лица с указанием на его особенности, высказывания или действия, свидетельствующие о такой опасности. Простого указания, что больной опасен, недостаточно.

Согласно Комментарию, критерий *беспомощности*, т.е. неспособности самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, применим к лицам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами в виде психотических проявлений или глубоких личностных изменений, слабоумия, которые обуславливают отсутствие или утрату бытовых и социальных навыков: невозможность элементарного самообслуживания, обеспечения себя пищей, одеждой и др.

Наконец, согласно Комментарию, критерий *причинения существенного вреда здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи*, применяется также к лицам с тяжелыми психическими расстройствами. Речь идет о состояниях, характеризующихся определенной остротой (обострения, приступы заболевания), симптоматика при которых не обуславливает, однако, непосредственной опасности для себя и окружающих, хотя необходимость лечения лица в условиях стационара представляется очевидной.

Этическое регулирование недобровольной психиатрической госпитализации

В своем трактате *эпидемии* Гиппократ предлагал врачу «сделать привычку из двух вещей — помогать или по крайней мере не причинять вреда» (Markel H., 2004). В современных условиях основополагающим этическим принципом считают принятие решения о недобровольном психиатрическом лечении не под влиянием оценки интересов других людей, но исключительно на основе оценки интересов субъекта. В идеале пациент должен принять решение самостоятель-

но. Важно для этого создать атмосферу доверительности, поддержки и терпимости. В случае сомнения специалист должен выбирать решение, спасающее жизнь. (Bellhouse J. et al., 2001; Spiessl H. et al., 2004; Wallsten T. et al., 2004, 2008; Verbrugghe A. et al., 2008; De Vitton I. et al., 2011; Roche G., 2012).

По мнению Roche G. (2012), ошибка является неотъемлемым элементом любой процедуры и теоретически решение должно быть принято с учетом прогнозируемого уровня ошибки, что является приемлемым для стороны, в пользу которой сомнения должны быть решены. В связи с этим автор предлагает два этических принципа, которые, по его мнению, должны регулировать процесс недобровольного психиатрического лечения. *Принцип А*, когда психиатрическая оценка считается достаточным основанием для недобровольной госпитализации по признаку опасности для других и должна иметь погрешность не более 1 из 10; и *принцип В*, когда внешние проявления (выражение лица, поза) могут свидетельствовать об опасности лица для других в плане опасности должны рассматриваться однозначно.

«Психиатрия с зубами», так характеризуется деятельность Центра интенсивной терапии для «трудных больных» в Лионе, Франция (Velpry L. et al., 2014). Под такого рода деятельностью подразумеваются надзор, ограничения, изоляторы, недобровольные госпитализации и другие меры, свидетельствующие о конфликте между пациентом, врачом и учреждением, проявляющемся в спорах о моральном состоянии пациента и легитимности учреждения (Velpry L. et al., 2014; Marshall M. et al., 2001).

В качестве альтернативы недобровольной госпитализации все чаще предлагается использование интенсивного лечения в условиях наименьшего стеснения свободы (Кодекс профессиональной этики психиатра 1994 г.; Bengtsson-Tops A. et al., 2003; Saks E.R., 2003; Wagner H.R. et al., 2003; Swartz M.S. et al., 2004; Gråwe R.W. et al., 2005; Ruggeri M. et al., 2006; Kisely S. et al., 2007; Wierdsma A.I. et al., 2007; Гурович И.Я. и соавт., 2007; Степанова О.Н., 2009; Kolbjørnsrud O.V. et al., 2009; Molodynsky A. et al., 2010; Бахшыев Х.А. и соавт., 2013; Шендеров К.В. и соавт., 2014).

Используется также оказание по распоряжению суда психиатрической помощи вместо тюремного заключения (Anfang S.A. et al., 2006; Lovell A.M. et al., 2014).

Полагают, что меры по улучшению здоровья должны осуществляться с наименьшим дискомфортом (Sidorowicz S.K., 2005; Baranowski P. et al., 2006).

В этическом, как и равно в правовом отношении констатация риска совершения опасных действий признается достаточным основанием для задержания и лечения психиатрических пациентов без их согласия (Isohanni M. et al., 1990; Iversen K.I. et al., 2002; Schuepbach D. et al., 2006; Jarrett M. et al., 2008; Wolfman S. et al., 2010; Testa M. et al., 2010; Fiorillo A. et al., 2011; Jacobsen T.B., 2012; Hall R.S. et al., 2013; Ota J., 2013). Вместе с тем отсутствие комплаенса связывается с быстрым наступлением рецидива и увеличением риска для себя и других (Sjöström S., 2006)..

В этическом отношении признается существенным и то, что и в пределах закрытого отделения главной для пациентов является возможность иметь общение и сосуществование эмпирически действующих и взаимодействующих индивидов-физических лиц «во плоти и крови», а не в виде идеальных абстракций «свободного лица», «выбора пациента», «автономии» или «клиент-центрированности» (Velpry L. et al., 2014). Человеческое поведение не является исключительно продуктом личности, испытывающей влияние событий прошлого. На поведение в огромной степени влияют устойчивые модели взаимодействия между людьми и окружающим миром. (Christodoulou C. et al., 2003; Spurell M. et al., 2003; Осокина О.И., 2011).

Например, в Большом Роттердаме, Южном Лондоне и в Калифорнии распространенность диагностики расстройств шизофренического спектра и частота госпитализаций, не являются причиной большего недоверия к факту недобровольной госпитализации, чем черная и смешанная черно-белая этническая принадлежность пациентов (Mulder C.L. et al., 2006; Catalano R. et al., 2007; Henkes N., 2014).

В совместной статье юриста Белорже Ж.-М. и врача-психиатра Лукомской М. (2006) ставится вопрос, как относиться к дилемме: гражданин или страдающий человек. Авторы считают, что подобные противопоставления оставляют за бортом многие формы человеческого общения и терапевтического альянса. Подобная позиция представляется им ложной, если она ведет к прекращению разъяснительной работы и к отказу от объяснений, доступных пониманию пациента.

По данным Rossini K. et al. (2015), три четверти недобровольно госпитализированных пациентов во Франции положительно смотрят на юридический контроль над госпитализацией. Чувство защищенности чаще присутствует у лиц, имеющих образование выше среднего и склонных к колебаниям настроения. Чувство того, что их в чем-то обвиняют, чаще возникает у лиц, находящихся на недобровольном лечении на основании решения представителя органа власти.

Клинические, психологические и социальные критерии оценки рисков и меры по их снижению

Некоторые психиатры считают, что влияние бреда величия, других бредовых переживаний, депрессии и др. может оказаться более сложным для оценки способности принимать решения, чем влияние когнитивных нарушений (Bellhouse J. et al., 2001; ВОЗ, 2013; Jendreschak J. et al., 2014).

В России агрессивные действия среди недобровольно госпитализированных пациентов наиболее часто совершаются пациентами с галлюцинаторно-бредовыми, личностными и психопатоподобными расстройствами. Из общего числа недобровольно госпитализированных 52,3% лиц госпитализируются по критерию опасности для окружающих, 32,7% - по критерию опасности для себя и окружающих одновременно, 15% - по критерию опасности для себя. В 34,6% случаев используются более чем один критерий. Преобладают лица с диагно-

зом шизофрения – 57-69%. (Новак Е.С. и соавт., 2001; Усов Г.М., 2002; Руженков В.А. и соавт., 2006).

По данным Корольковой И.И. (2008) и Усова Г.М. (2008), недобровольно госпитализированные пациенты достоверно старше пациентов, находящихся на принудительном лечении ($p<0,01$). Среди них больше женщин ($p<0,01$) и меньше лиц с низким уровнем образования и доходов ($p<0,01$), меньше совершавших девиантные и делинквентные поступки в преморбидном периоде ($p<0,01$) и меньше злоупотребляющих психоактивными веществами ($p<0,01$).

По данным Калининой Е.В. (2014), необходимость госпитализации при первичном обращении к психиатру возникает в 47,6% случаев по причине тяжести психических расстройств. Первичная госпитализация при шизофрении в таких случаях составляет 87,2% и обусловлена галлюцинаторным и бредовым поведением, при умственной отсталости – 77,8% и обусловлена неоднократными агрессивными действиями по отношению к другим, при расстройствах личности – 71% и обусловлена суицидальным поведением, при аффективных расстройствах – 62,5% и обусловлена умеренной или тяжелой депрессией с суицидальными тенденциями.

По сообщению Руженкова В.А. и соавт. (2006), при активной коррекционной работе персонала из общего числа пациентов с диагнозом шизофрения в первые 48 часов дают согласие на госпитализацию 60%.

По данным Анисимовой Н.А. (2008), комплаентность у этих пациентов составляют континуум, на одном полюсе которого находятся пациенты с депрессивными и тревожными симптомами, вызывающими субъективное страдание и создающими своеобразный «эффект болезни», что является предпосылкой самостоятельного обращения за лечением. На другом полюсе – пациенты с галлюцинаторно-параноидной, аффективно-бредовой и психопатоподобной симптоматикой в сочетании с повышенным аффектом, не приносящей пациентам субъективного страдания, что определяет их отказ от госпитализации и лечения. Разработанная автором программа психосоциальной реабилитации больных шизофренией, госпитализированных в недобровольном порядке, включает психообразо-

вание, ведение индивидуального случая, семейную терапию, психосоциальные тренинги.

Психообразование значительно повышает комплаенс, уменьшает число рецидивов в среднем на 40% и уменьшает число госпитализаций в среднем на 15%. Психообразование способствует уменьшению выраженности негативных симптомов шизофрении (Falloon I.R.H. et al., 1984; McFarlane W.R. et al., 1995; Dixon L. et al., 2001; Pekkala E., et al., 2004).

Особое значение придается психообразованию в работе с группами риска и с пациентами с первым эпизодом шизофрении. Участие в программе психообразования приводит к снижению уровня так называемой эмоциональной экспрессивности в семьях, и уменьшению частоты рецидивов и госпитализаций (Hogarty G.E. et al., 1991).

Работам по вопросу сочетания психообразования с другими психосоциальными вмешательствами, посвящаются обзоры литературы (Pitschel-Walz G. et al. 2001). Психообразование чаще комбинируют с когнитивно-поведенческой терапией (Bechdolf A. et al. 2004; Vickar G.M. et al. 2009) и тренингом социальных навыков (Thorup A. et al., 2005). При этом мишенью психосоциальных воздействий является недостаток мотивации пациента как фактор риска несоблюдения врачебных рекомендаций (Zygmunt A. et al. 2002; Семенова Н.Д., 2012). Подключение мотивирующих вмешательств позволяет сократить время и стоимость психообразовательной работы с пациентами и их родственниками (Sherman M.D. et al. 2009; Семенова Н.Д., 2012).

Длительность болезни исследователи условно разделяют на малую, среднюю и длительную. Наибольший эффект психообразования отмечен при средней длительности болезни, когда пациенты уже «принимают» болезнь (Feldmann R. et al., 2002).

В России все большее значение придается вопросам психообразования больных шизофренией и членов их семей (Семенова Н.Д. и соавт., 1998-2017; Ястребов В.С. и соавт., 2003; Мовина Л.Г., 2005; Солохина Т.А. и соавт., 2008; Данилова С.В., 2011; Лутова Н.Б. 2013; Свиридов И.Г., 2013; и др.).

Термин «образование» указывает на то, что независимо от конкретной формы вмешательства, в центре стоит определенная система знаний и навыков, формируемых у пациента и его ближайшего окружения. Целевая группа получает эти знания и навыки в ходе поэтапно идущего процесса. Образование всегда шире, нежели просто передача знаний, и включает когнитивные, эмоциональные и поведенческие составляющие. Доля и взаимодействие этих составляющих определяют многообразие подходов в сфере психообразования (Семенова Н.Д., Сальникова Л.И., 1998).

Выделяются следующие основные задачи психообразовательных программ. 1. Информирование участника программы о психическом расстройстве с целью его своевременного распознавания и контроля. Информирование о правовых вопросах психиатрической помощи. 2. Группа является источником поддержки и терапевтической средой, в которой участники могут вырабатывать адекватные навыки поведения, общения, совладания со сложными ситуациями. Удовлетворяются потребности в общении. 3. Обучение родственников совместному проживанию с больным, методам поддержки, соблюдению режима поддерживающего лечения. 4. Получение профессионалами новой информации о психических расстройствах и методах работы с пациентами. (Данилова С.В., 2011).

В целях обучения родственников совместному проживанию с больным используются тренинги понижения эмоциональной экспрессии, необходимые для семей, где этот показатель явно повышен (Солохина Т.А. и соавт., 2008).

Во многих психиатрических учреждениях в стране групповая психообразовательная работа проводится в закрытых группах с использованием карты «Оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности групповой психообразовательной программы» (Мовина Л.Г., Сальникова Л.И., Семенова Н.Д. и соавт., 2002; Еричев А.Н., 2007; Свиридов И.Г., 2013).

Концепция психообразования устойчиво определяется признанием роли членов семьи как партнеров в процессе лечения психических расстройств (Ястребов В.С. и соавт., 2003; Сальникова Л.И., Ривкина Н.М., 2009).

Объединяющим большинство ключевых психосоциальных подходов при шизофрении понятием является обучение. Выделяются два полюса такого обучения. В первом случае акцент в работе с пациентом ставится на тренировке и развитии конкретной психической функции, а в качестве критерия эффективности используется нормализация этой целевой функции. Во втором - работа направлена на информирование и обучение и на адаптивную перестройку поведения пациента в лечебной и социальной среде. (Гурович И.Я., Семенова Н.Д., 2007).

По данным проведенного динамического наблюдения 140 пациентов, совладание со сложными ситуациями в условиях длительного по решению суда принудительного лечения в психиатрическом стационаре зависит от уровня когнитивного функционирования:

при *минимально выраженной негативной симптоматике* появлению критической оценки своего состояния сопутствует признание пациентами своей с неспособности справляться со злобным аффектом, с трудностями коммуникации и проявлениями агрессии;

у пациентов *со средней степенью выраженности негативной симптоматики* чаще появляется доверие к лечащему врачу, они активны в общении с родственниками и друзьями, высказывают опасение, что от них отвернется семья и возникнут сложности с трудоустройством после выписки, активно участвуют в групповой психотерапии;

у пациентов *с максимально выраженной негативной симптоматикой* отмечается уменьшение проблем, связанных с совладанием со злобным аффектом, соблюдением внутреннего распорядка в стационаре, конфликтами с соседями по палате. (Кабанова Т.Н. и соавт., 2014).

На Украине разработана и эффективно используется модель поэтапно проводимой врачом психотерапевтической коррекции нарушенного осознания болезни, включающая: обозначение проблемы; идентификацию и реструктуризацию неадаптивных мыслей; идентификацию и дистанцирование от личности пациента некоторых симптомов психического неблагополучия; предложение паци-

енту сотрудничества в устранении симптомов психического расстройства. При использовании данной модели, по данным автора, в первые *24 часа* после поступления в стационар удается получить добровольное согласие на госпитализацию у 80% пациентов с диагнозом шизофрения (Осокина О.И., 2011).

Во Франции участие медицинского персонала в судебном заседании, на котором будет рассматриваться обоснованность недобровольной госпитализации пациента в психиатрический стационар, рассматривается как положительный фактор в формировании «лечебного союза» (Rossini K. et al., 2015).

В Норвегии в первые *24 часа* пребывания в остром отделении на добровольную госпитализацию соглашаются 45% пациентов (Tørrissen T., 2007).

В Японии физическое стеснение в психиатрических госпиталях чаще обусловлено более старшим возрастом пациентов мужского пола, ночным временем, недобровольной госпитализацией, переводом в другие отделения. Физическое стеснение чаще применяется в случаях органических психических расстройств, соматических осложнений, в случаях с повторными попытками самоубийства, употребления психоактивных веществ, в отношении лиц с диагнозом шизофрении, шизотипического и бредового расстройства. (Odawara T. et al., 2005).

В плане изучения отношения пациентов к госпитализации представляют интерес мнения 2326 недобровольно и 764 добровольно госпитализированных пациентов, изученные в ходе проспективного исследования в 11 странах Европы. От 39 до 71% всех пациентов спустя один месяц и от 46 до 86% пациентов первой группы спустя три месяца после поступления в больницу считают, что недобровольная госпитализация была правомерной. У одиноких женщин и женщин с диагнозом шизофрении чаще было отмечено негативное мнение. (Priebe S. et al., 2010.). Пациенты показывают значимое, но ограниченное улучшение симптомов после недобровольной госпитализации, что, возможно, отражает тяжесть лежащих в основе заболеваний. Вместе с тем некоторые авторы склонны утверждать, что социальные факторы, а не психиатрический диагноз при соблюдении режима лечения являются предикторами исхода. Пациенты,

добровольно госпитализированные, но чувствующие себя принуждаемыми, могут иметь худший прогноз, чем госпитализированные в недобровольном порядке. (Kallert T.W. et al., 2008, 2011).

В ходе многоцентрового проспективного когортного исследования в 13 центрах 12 стран Европы были оценены социально-демографические и клинические характеристики, социальное функционирование и агрессивное поведение у больных шизофренией мужчин (n=291) и женщин (n=231), испытавших принуждение в виде изоляции, медикации или физического стеснения. При лечении с использованием принудительных мер у женщин были установлены пониженное социальное функционирование и более серьезные проявления кластера «волнение/враждебность». (Nawka A. et al., 2013).

В Болгарии в качестве критериев оценки потенциальной опасности вследствие психического расстройства используются: наличие психопатологических расстройств, наличие личностных изменений и поведенческих расстройств, агрессивное поведение и правонарушения в прошлом, асоциальное окружение и другие социальные факторы, затрудняющие возможность ресоциализации, психологические проявления враждебности, эксплозивности, некриичности, отсутствия эмпатии (Ангелова-Барболова Н.С. и соавт., 2007).

Инструменты оценки риска опасного поведения

В США для повышения надежности оценок риска опасного поведения используются Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) и Historic Clinical Risk Management-20 (HMR-20), которые позволяют в каждом конкретном случае оценить риск насилия в частности и антисоциального поведения в целом (Monahan J., 2006).

В Англии в целях оценки улучшения здоровья и социального статуса психически больных людей в качестве соответствующего инструмента измерения разработаны Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). В виде национальных версий эти шкалы используются в настоящее время в ряде европейских стран, в

том числе во Франции. (Wing J.K. et al., 1998; Orrell M. et al., 1999; Kortrijk H.E. et al., 2010; Theodoridou A. et al., 2011; Sørgaard K.W. et al., 2013).

Не являясь инструментом оценки риска, HoNOS позволяет оценивать состояние пациента с точки зрения существования потребности в помощи и необходимости проведения клинических процедур по управлению рисками.

Актуальные вопросы реформирования служб психического здоровья

Известно, что при оптимальном сочетании лекарственной и семейной терапии число госпитализаций в психиатрический стационар можно уменьшить в 3-4 раза. При условии применения новых технологий оказания помощи указанный эффект может быть выше. Для обеспечения указанной эффективности деятельности служб психического здоровья прежде всего должно быть увеличено число психотерапевтов, психологов и социальных работников. Приводимые ниже принципы реформирования психиатрической помощи (WHO, 2003; Дженкинс Р. и соавт., 2005) должны быть положены в основу реорганизации сети учреждений и подразделений психиатрического профиля в стране, в том числе применительно к недобровольной психиатрической госпитализации.

Принцип децентрализации. В последние десятилетия был использован при реформировании служб психического здоровья в странах Европы и Америки. В России использование данного принципа актуально в связи с наличием психиатрических больниц с числом коек более 500, обслуживающих обширные территории. Достаточно сказать, что площадь территории 36 из 89 субъектов Российской Федерации превышает 50 тыс. кв. км. (Казаковцев Б.А., 2009.).

Принцип территориальности. Подразумевается традиционно используемое в России и во Франции административное распределение психиатрической помощи с определением зоны обслуживания для каждого учреждения. (Новак Е.С. и соавт., 2001; Provost D. et al., 2001).

Принцип интегрирования психиатрических служб. Важной мировой тенденцией развития психиатрической помощи в настоящее время является ее ин-

теграция с учреждениями соматического профиля и смещение акцента на амбулаторную психиатрическую помощь. (Aviram U., 1993; Shepherd G. et al., 1997; van der Post L. et al., 2009; Wierdsma A.I. et al., 2009).

Принцип преемственности или непрерывности, также традиционный для России, будет сохранен и в процессе реорганизации сети психиатрической помощи при установившемся балансе численности медицинского персонала в стационарных и амбулаторных ее звеньях. Данный принцип будет укрепляться за счет увеличения объема и дифференциации дневных форм помощи. (Новак Е.С. и соавт., 2001; Marshall M. et al., 2001; Adair C.E. et al., 2005; Greenberg G.A. et al., 2005; Казаковцев Б.А., 2009; Burns T. et al., 2009; Jones I.R. et al., 2009; Малыгин Я.В. и соавт., 2015).

Принцип оптимизации. Подразумевается перераспределение на территории региона приоритетов в сторону более эффективных форм оказания психиатрической помощи. (Мазур М.А., 1981; Приказ Минздрава России от 27.03.2002 № 98; Бабушкина Е.И., 1998; Marshall M. et al., 2001; Provost D. et al., 2001; Bindman J. et al., 2002; Мак-Дайд Д. и соавт., 2005; Jayaprakash N. et al., 2009; Казаковцев Б.А., 2004, 2009; Леонтьев И.Л., 2004; Методические рекомендации Минздравсоцразвития России 2005 г.; Myklebust L.H. et al., 2009).

Начиная с середины 1920-х годов, в России планомерно развивается сеть амбулаторных учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, включая психоневрологические диспансеры, диспансерные отделения психиатрических больниц и приближенные к населению психиатрические кабинеты, расположенные на базе амбулаторно-поликлинических учреждений. Следует отметить, что в настоящее время эти кабинеты оказывают амбулаторную психиатрическую помощь населению около 80% сельских районов. (Казаковцев Б.А., 2009). Отраслевая программа реорганизации сети психиатрической помощи в Российской Федерации предусматривает рациональное распределение стационарных отделений для лечения острых состояний на базе многопрофильных районных больниц (Приказ Минздрава России от 08.04.1998 № 108; Приказ Минздрава России от 27.03.2002 № 98).

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 № 566н утвержден Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, регулирующий профилактическую, лечебную и реабилитационную деятельность *традиционных* и *инновационных* учреждений и подразделений.

К *традиционной* номенклатуре учреждений и подразделений относятся психоневрологический диспансер; диспансерное отделение психиатрической больницы; психиатрическая больница; кабинет участкового врача-психиатра; кабинет активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения; дневной стационар (отделение); лечебно-производственные (трудовые) мастерские; психотерапевтический кабинет; стационарное психотерапевтическое отделение; отделение «Телефон доверия»; кабинет медико-социально-психологической помощи.

К *инновационной номенклатуре* - отделение интенсивного оказания психиатрической помощи (стационар на дому); медико-реабилитационное отделение; отделение медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях; медико-реабилитационное отделение психиатрической больницы; медико-реабилитационное отделение для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи. (Приказ Минздрава России от 26.11.1996 № 391; Приказ Минздрава России от 28.07.1997 № 226; Приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 N 566н).

По данным государственного статистического наблюдения с 2002 по 2014 годы число служб «Телефон доверия» в стране увеличилось в 2,1 раза, число кабинетов медико-социально-психологической помощи – в 2,4 раза. Одновременно были выявлены статистически значимые различия по обеспеченности этих служб медицинскими (врачи-психиатры и врачи-психотерапевты) и немедицинскими (психологи, специалисты по социальной работе и социальные работники) специалистами ($p < 0,001$) между группами федеральных округов (ФО) с наибольшим и наименьшим темпом снижения показателей распространенно-

сти суицидов. В ФО с большим темпом снижения показателя распространенности суицидов медицинские специалисты занимали значимо большее число штатных должностей по сравнению с ФО с меньшим темпом снижения данного показателя. (Казаковцев Б.А. и соавт., 2013-2014).

По итогам реализации федеральной целевой программы, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 10.05.2007 № 280, установлена обратная связь между показателями использования междисциплинарных бригадных форм оказания психиатрической помощи и показателями психиатрической госпитализации.

Установлено также, что из 150 организованных в 2012-2013 годы реабилитационных подразделений 85 (56,7%) находятся на начальной стадии развития, а 65 подразделений (43,3%) под другими наименованиями уже функционировали в качестве реабилитационных до приведения их в соответствие с новой номенклатурой. Группы ФО с более высокими и менее высокими темпами снижения показателя первичной инвалидности значительно различались ($p < 0,05$) по количеству реабилитационных подразделений с уже разработанным и апробированным алгоритмом психосоциальной работы.

По данным Provost D. et al. (2001), во Франции существует тенденция превращать стационарные отделения в дневные госпитали. Открытые стационарные психиатрические отделения впервые возникли в 1920 году, а в 1930-е годы началось размещение амбулаторных служб в «клиниках психической гигиены». Во время второй мировой войны родилась идея сектора, в соответствии с которой в определенном районе работает одна команда, обеспечивающая профилактику и лечение пациентов.

В 1960-е годы общественные службы охраны психического здоровья во Франции реорганизованы в секторы со средней численностью взрослого населения 57 тыс. Каждый сектор состоит из лечебных подразделений, включая госпитальный специализированный центр, медико-психологический центр, дневной стационар, центр полной госпитализации, центр амбулаторного приема, центр реабилитации. Мультидисциплинарные бригады обеспечивают пре-

вентивные мероприятия, профильное лечение и последующую социальную интеграцию пациентов на подведомственной территории. Детский сектор обслуживает территорию, которая охватывает примерно три взрослых сектора. Медико-психолого-педагогические центры занимаются выявлением, диагностикой и лечением психических расстройств у детей и подростков и работают в контакте с центрами защиты детей и материнства, школами, социальными и педагогическими службами. Терапевтические квартиры предоставляются нескольким лицам с тяжелым психиатрическим диагнозом на ограниченный период времени и под медицинским наблюдением для вовлечения в решение бытовых вопросов повседневной жизни. (Reynaud M. et al., 2000; Сандье С. и соавт., 2004; Verdoux H., 2007; Роднева И., 2012).

В каждом Департаменте страны существует комиссия, ответственная за психиатрическую госпитализацию, которая контролирует корректное применение закона. Во второй половине 1990-х национальная комиссия предложила некоторые изменения и дополнения в закон в том отношении, что лечение, госпитализация в закрытое отделение и изоляция могут быть использованы с соблюдением того, что лечение проводится в соответствии с определенными процедурами: информация, письменное юридическое обоснование регистрации пациента, следование установленным правилам в пределах установленного времени.

Во Франции при проведении сплошного исследования 16754 эпизодов неотложной психиатрической помощи, оказанной в период с 2001 по 2006 годы, в том числе 591 бездомному (6,7%), было установлено, что шизофрения (43,7%) и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (31%), были самыми распространенными среди бездомных пациентов. Агрессивное поведение и насилие были в равной степени зарегистрированы среди бездомных (3,5%) и не бездомных (3,2%), но при этом бездомные пациенты реже госпитализировались в психиатрические стационары после получения помощи в отделении неотложной психиатрической помощи (47,8% против 51,1%, $p=0,002$). Подобное исследование на 4885 случаях было проведено в Южном

Лондоне. Авторы приходят к выводу о необходимости улучшения организации психиатрической помощи бездомным. (Henry J.M. et al., 2010; Tulloch A.D. et al., 2012).

Первый терапевтический семейный дом как альтернатива госпитализации был основан во Франции в 2000 году для пребывания в нем в течение 3 недель. В остром состоянии пациент направляется в дом любой семьей непосредственно. После консультации или повторно после госпитализации пациенты направляются в дом на несколько дней или несколько недель. Сестринская, социальная и медицинская бригады ответственны за период пребывания пациента в доме. Другая альтернатива госпитализации обеспечивается организацией отделения интенсивной помощи на 10 мест, располагающегося в домах пациентов на период экстренной ситуации в целях оказания гарантированной непрерывной помощи. Бригады занятости обеспечивают работу пациентов в лечебных мастерских, тренинги по программам занятости, схемы поддержки в трудоустройстве и трудовую реабилитацию. Специальная бригада организует включение пациентов в лечебную деятельность на художественных, спортивных и культурных площадках различных обществ, социальных центров, библиотек, домов пенсионеров, спортивных комплексов. (De Almeida J.M.C. et al., 2011).

Во Франции порядок оказания медицинской помощи лицам с психическими расстройствами установлен статьями L3211-L3223-1 книги второй части третьей Кодекса здравоохранения Французской Республики (Code de la santé publique), которыми регулируются права пациентов, вопросы добровольной и недобровольной госпитализации, принудительного лечения в рамках уголовного процесса, секторизации, структуры учреждений, оказывающих помощь данной категории граждан.

По данным за 2011 год, ежегодно во Франции 16% детей и молодых людей в возрасте до 20 лет, страдающих психическими расстройствами, лечатся в психиатрическом стационаре. Остальные 84% получают амбулаторную помощь или помощь как альтернативу госпитализации, в том числе с участием мобильных бригад, включающих 3 психиатров, 1 интерниста, 2 психологов, 8 меди-

цинских сестер и 1 социального работника. Мобильная бригада обеспечивает связь между секторами, обслуживающими в среднем 46 тыс. населения указанного возраста. Дневные стационары и разнообразные службы экстренной госпитализации включаются в континуум оказания помощи по мере необходимости. (Pichené C., 2003; Mommerency G. et al., 2011).

Из 36 тыс. французских психологов 5 тыс. работают в психиатрических учреждениях, в основном (80%) в частных (Verdoux H. et al., 2003.). Законом от 25 июля 1985 года статус психолога во Франции определяется только после пяти лет университетского образования и предполагает специализацию по клинической психологии и психопатологии, социальной, экспериментальной психологии, психологии труда. Согласно декрету от 22 мая 2010 года, психотерапевтом может быть только тот, кто зарегистрировался в этом качестве в национальном реестре. Для этого достаточно пройти 400 часов обучения психопатологии и практику в специализированном учреждении.

Происходящие в современном мире изменения в правовой, организационной, этической и иных сферах охраны психического здоровья предполагают проведение кросскультурного анализа факторов, обуславливающих недобровольную психиатрическую госпитализацию. Приведенные данные указывают на потребность комплексного подхода к проведению оценки использования недобровольной госпитализации для улучшения качества психиатрической помощи. Решению этих важных задач посвящены следующие разделы диссертационной работы.

Глава 2. Материалы и методы исследования

Дизайн исследования

Цель и задачи исследования определили необходимость поэтапного его проведения.

I этап.

Создание карты исследования и внесение в неё сведений, полученных в ходе сплошного исследования пациентов, госпитализированных в недобровольном порядке в медицинские организации, оказывающие психиатрическую помощь в стационарных условиях, проживающих в г. Руане, Франция, и г. Москве, Россия.

II этап.

Формирование для сравнительного клинико-эпидемиологического исследования групп пациентов, госпитализированных в недобровольном порядке в медицинские организации, оказывающие психиатрическую помощь в стационарных условиях, проживающих в г. Руане, Франция, и г. Москве, Россия. Единица наблюдения – история болезни.

III этап.

Проведение сравнительной оценки уровня показателей клинического состояния, социального функционирования и их динамических характеристик у лиц, госпитализированных в недобровольном порядке. Методика исследования – клиническое исследование и социологический опрос тестирование. Единица наблюдения – пациент.

IV этап.

Математико-статистический анализ полученных данных.

Материалы и методы исследования

В соответствии с целью и задачами исследования проведен сравнительный клинико-эпидемиологический анализ факторов, обуславливающих недобровольную психиатрическую госпитализацию пациентов в медицинские

организации, оказывающие психиатрическую помощь в стационарных условиях, проживающих в г. Руане, Франция, и г. Москве, Россия. В исследовании участвовали 400 недобровольно госпитализированных пациентов: 200 пациентов Больничного Центра дю Рувре (Руан), недобровольно госпитализированных в 2013-2017 гг. и 200 пациентов Московской городской клинической психиатрической больницы № 3 им. В.А. Гиляровского (Москва), недобровольно госпитализированных в 2016-2017 гг.

Из общего числа недобровольно госпитализированных 400 пациентов у 140 (35,0%) диагностировались шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20-F29), у 89 (22,25%) – органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00-09), у 87 (21,8%) – расстройства настроения (аффективные расстройства) (F30-38), у 29 (7,25%) – психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10-F19), у 26 (6,5%) – расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F60-F69), у 14 (3,5%) - невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-48), у 12 (3,0%) – умственная отсталость (F70-79), у 1 (0,25%) – поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F50-59), у 1 (0,25%) – расстройства психологического развития (F80-89), у 1 (0,25%) – эмоциональные расстройства, расстройства поведения, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте (F90-98).

У 140 недобровольно госпитализированных пациентов с расстройствами, входящими в рубрику *шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства*, диагностировались: параноидная шизофрения в 62 (44,4%), другие формы шизофрении в 24 (17,1%), острое и преходящее психотическое расстройство в 23 (16,4%), неорганический психоз неуточненный в 13 (9,3%), хроническое бредовое расстройство в 9 (6,4%), шизоаффективное расстройство в 6 (4,3%) случаях, другое неорганическое психотическое расстройство в 1 (0,7%) случае, индуцированное бредовое расстройство в 1 (0,7%) случае, шизотипическое расстройство в 1 (0,7%) случае.

У 89 недобровольно госпитализированных пациентов с расстройствами, входящими в рубрику *органические, включая симптоматические, психические расстройства*, диагностировались: деменция при других болезнях, классифицированных вне Класса V МКБ-10, в 57 (64,1%), деменция неуточненная в 8 (9,0%), психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга в 7 (7,9%), сосудистая деменция в 6 (6,7%), деменция при болезни Альцгеймера в 6 (6,7%), расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга, в 3 (3,4%) случаях, делирий на фоне деменции в 1 (1,1%), неуточненный органический психоз в 1 (1,1%) случае.

У 87 недобровольно госпитализированных пациентов с расстройствами, входящими в рубрику *расстройства настроения (аффективные расстройства)*, диагностировались: депрессивный эпизод в 29 (33,3%), биполярное аффективное расстройство в 26 (29,8%), маниакальный эпизод в 22 (25,2%), рекуррентное депрессивное расстройство в 5 (5,8%), неуточненный аффективный психоз в 3 (3,5%) случаях, другое аффективное расстройство в 1 (1,2%) случае, циклотимия в 1 (1,2%) случае.

Из числа 29 случаев недобровольной госпитализации пациентов, *злоупотребляющих психоактивными веществами*, в 14 (48,3%) случаях причиной госпитализации являлся алкогольный делирий, в 5 (17,2%) случаях - острая алкогольная интоксикация, в 4 (13,8%) случаях - отсроченный психотический эпизод, в 1 (3,4%) случае был диагностирован алкогольный галлюциноз. В 3 (10,3%) случаях недобровольная госпитализация была связана с употреблением нескольких наркотических средств, в 2 (6,0%) случаях – с употреблением каннабиноидов.

Из числа 26 случаев недобровольной госпитализации пациентов с *расстройствами личности и поведения в зрелом возрасте* в 19 (73,1%) случаях причиной госпитализации являлось неуточненное расстройство личности и поведения, в 4 (15,4%) случаях эмоционально неустойчивое расстройство лично-

сти, в 2 (7,7%) случаях истерическое расстройство личности, в 1 (3,8%) случае тревожное расстройство личности.

Из 14 случаев недобровольной госпитализации по поводу *невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств* в 7 (50,0%) случаях в качестве причин госпитализации были отмечены расстройства приспособительных реакций, в 2 (14,3%) случаях острая реакция на стресс, в 2 (14,3%) случаях неуточненное тревожное расстройство. В 1 (7,1%) случае причиной госпитализации было паническое расстройство, в 1 (7,1%) случае диссоциативная fuga, в 1 (7,1%) случае недифференцированное соматоформное расстройство.

Из остальных 3 случаев причинами недобровольной госпитализации явились: в 1 случае нервная анорексия, в 1 случае общее расстройство психологического развития, в 1 случае смешанное расстройство поведения и эмоций.

К традиционным предпосылкам оценки качества психиатрической помощи в обеих странах относятся структура и кадровое обеспечение учреждений и подразделений, достаточные для обслуживания населения, проживающего на определенной территории, с целью максимального сокращения сроков начала оказания помощи.

С развитием полипрофессионального подхода к организации помощи все большее значение приобретает критерий использования инновационных технологий.

Соответственно возрастает роль использования модульного принципа проектирования во всех аспектах организации помощи, включая строительство и реконструкцию зданий и помещений, разработку номенклатуры и оснащения учреждений и подразделений, планирование лечебных и реабилитационных мероприятий.

Из истории Больничного Центра дю Рувре

В 1820 году по указу Людовика XVII в Доме Святого Ионы в предместье Руана основан приют для душевнобольных. С 1822 по 1825 годы ведется строительство нового приюта, который уже в 1828 году принимает 400 больных. Число пациентов растет, и с 1845 по 1854 год строится еще один,

административно независимый от Дома Святого Ионы, приют отдельно для пациентов-мужчин. В 1920 году решением генерального совета Департамента Приморской Сены оба учреждения объединяются в Департаментский дом здоровья, который в 1938 году переименован в Департаментскую психиатрическую больницу, в которой накануне Второй мировой войны находятся от 2600 до 2800 больных. С 1942 по 1944 больница подвергается бомбежкам. Самый смертоносный год, как для пациентов, так и для персонала – 1943. В 1946 году начинаются восстановительные работы, и учреждение вновь принимает пациентов. С начала 1960-х годов, гораздо раньше, чем другие психиатрические больницы, учреждение принимает на себя обязательства активного вхождения в новую политику – так называемую секторизацию психиатрической помощи, ставящую целью максимально сократить сроки начала помощи и географически максимально приблизить ее к месту проживания пациента. За последние 20 лет большинство помещений Департаментской психиатрической больницы полностью реконструированы: 78% койко-мест (438 из 557, по данным 2011 года) переоборудованы с целью максимального приближения к условиям обычной жизни. Внутрибольничное лечение складывается из консультативной помощи, полной или частичной (дневной стационар, ночная госпитализация) госпитализации.

Созданы внебольничные структуры. К ним относятся консультационные центры, лечебные мастерские, центры семейной терапии, терапевтические квартиры для лиц с тяжелыми психическими расстройствами на ограниченный период времени и под медицинским наблюдением, госпитализация на дому, центры лечения зависимости. Перечисленные структуры территориально рассредоточены в обслуживаемой городской и сельской местности в 70 пунктах, что значительно облегчает проведение профилактических мероприятий, лечения и реабилитации пациентов. Добровольная госпитализация осуществляется в 85%, недобровольная – в 15% случаев (13% – в порядке неотложной госпитализации по заявлению третьего лица, 2% - на

основании административного решения главного врача учреждения или Префекта).

Из истории Московской городской клинической психиатрической больницы № 3 им. В.А. Гиляровского

В декабре 1804 года Александром I подписан указ на строительство Московского Доллгауза «для помещения инвалидов и ума лишенных» при Екатерининской богадельне, которое было завершено к июню 1808 года. В течение почти столетия государственная психиатрическая служба в Москве и Московской губернии была представлена только этой больницей. Она планировалась для размещения в отдельных комнатах 80 пациентов. С 1828 по 1838 годы при больнице заведены мастерские, сад, огород, для больных приобретены книги и журналы, музыкальные инструменты. В 1833 году больница отделилась от Екатерининской богадельни и стала самостоятельным учреждением. В 1838 году учреждение переименовано в Преображенскую больницу с тремя отделениями: для излечимых, неизлечимых и выздоравливающих пациентов. В 1877-1878, 1889 и 1904 велось дополнительное строительство зданий больницы. В 1906 году на базе больницы организована кафедра психиатрии Высших женских курсов. В 1933 году при больнице открыты дневной стационар и лечебно-трудовые мастерские. С начала Великой отечественной войны пациенты и часть персонала были эвакуированы и в больнице был открыт госпиталь для раненых. В октябре 1942 года больница возобновила свою работу.

В связи с реорганизацией психиатрической помощи в Москве за период с 2012 по 2015 годы число койко-мест в больнице сократилось с 1015 до 550. Наряду с дневным стационаром в 2013 году организованы: круглосуточная выездная служба неотложной психиатрической помощи, которая работает по принципу скорой помощи с использованием диспетчерской и вызовом бригады по телефону, кабинеты активного диспансерного наблюдения и амбулаторного принудительного лечения, психотерапевтические кабинеты, отделения

интенсивного оказания психиатрической помощи (на дому), реабилитационные отделения.

Особое значение придается психообразованию пациентов и членов их семей. Действовавшие ранее на городской территории обслуживания больницы (1,359 млн. населения) психоневрологические диспансеры реорганизованы в филиалы больницы, оказывающие амбулаторную психиатрическую помощь, распределяемую по участковому принципу по месту проживания пациентов. В течение двух лет на средства благотворительного фонда осуществляется пилотный проект по трудоустройству инвалидов.

В Больничном Центре дю Рувре (Руан, Франция) с целью сравнительного анализа данных об удовлетворенности организацией работы приемного отделения и отделений, предназначенных для проведения лечения, а также об удовлетворенности отношениями с медицинским и обслуживающим персоналом проведено анкетирование 165 добровольно и 132 недобровольно госпитализированных в 2008 г. и 2014 г.

В Городской клинической психиатрической больнице №3 им. В.А. Гиляровского (Москва, Россия) подобное анкетирование 187 добровольно и 73 недобровольно госпитализированных пациентов было проведено в 2016 г и 2017 г.

В Больничном Центре дю Рувре с 2015 года для добровольно и недобровольно госпитализированных больных шизофренией используется психообразовательная программа «Моя болезнь и мое лечение», которая проводится в *закрытых* группах в течение 2,5 месяцев бригадой подготовленных специалистов в период пребывания пациентов в стационаре и амбулаторно после их выписки из стационара.

Программа осуществляется на добровольной для пациентов основе, состоит из 21 сеанса и включает:

информацию о шизофрении (эпидемиология, диагноз, причины, развитие, формы, симптомы, формы помощи, отношения в семье);

информацию о нейролептиках (цели лечения, различия между нейролептиками первого и второго поколения, механизмы влияния на серотонинергическую и дофаминергическую систему, способы применения);

информацию о влиянии лечения на негативные, позитивные и когнитивные симптомы болезни, о рисках, связанных с прекращением лечения;

ролевые игры (пациенты играют роль врача, а представители медицинского персонала играют роль пациента, в ходе игры обсуждается получаемое лечение);

обсуждение времени приема лечения, необходимости его регулярного проведения, соблюдения рецептурных предписаний врача;

обсуждение отрицательных (побочных) эффектов лечения и необходимости продолжения лечения независимо от этих эффектов;

дискуссии с обсуждением негативных эффектов нейролептиков;

обсуждение симптомов болезни и ее предвестников, в том числе перед обострением (тревога, изменение длительности сна, наличие галлюцинаций и др.) с ежедневным заполнением опросника;

научение навыкам обсуждения эффекта лечения с медицинским персоналом;

заполнение опросника для выявления остаточных симптомов;

выбор пациентом из своего окружения доверенного лица (необязательно кого-то из семьи пациента, это может быть друг, просто знакомый, человек, которому пациент доверяет и кто дает своё согласие на эту роль);

обсуждение со своим доверенным лицом и психиатром своих симптомов и адаптации к ним (проводится в виде ролевой игры);

занятие с психиатром об умении обнаружения симптомов, которые указывают на необходимость срочного обращения к врачу, особенно пациентами, принимающих лечение нейролептиками (высокая температура, затянувшиеся запоры и др.), о роли доверенного лица в обеспечении оказания срочной помощи.

В конце каждого сеанса проводится индивидуальное анкетирование удовлетворенности пациентов проведенным занятием. Через 6 месяцев после окончания психообразовательной программы пациенты приглашаются для обсуждения влияния программы на их способность сосуществования с болезнью в повседневной жизни.

В Московской городской клинической психиатрической больнице №3 им. В.А. Гиляровского с 2016 года для добровольно и недобровольно госпитализированных больных шизофренией на добровольной основе используется психообразовательная программа, которая состоит из двух циклов. Первый цикл рассчитан на пациентов стационара и включает 5 *открытых* групповых сессий, которые проводятся три раза в неделю. Второй цикл рассчитан на пациентов дневного стационара, включая прошедших стационарное лечение, и состоит из 7 *открытых* групповых сессий, которые проводятся два раза в неделю. Общая продолжительность психообразования 5 недель. Родственники проходят занятия один раз в неделю.

Программа для пациентов и родственников пациентов включает 5 базовых тем:

причины психических заболеваний; генетическая предрасположенность; представление о системе нейромедиаторов головного мозга как основы регуляции психических процессов; биологические факторы, психологические факторы, социальные факторы и возможность их контроля с помощью лекарственной терапии, психотерапии, психосоциальных и реабилитационных мероприятий;

симптомы психических расстройств: расстройства настроения, расстройства сна и аппетита, изменения восприятия и поведения, изменения мышления; обучение ведению дневника самонаблюдения и распознавания признаков болезни; обмен личным опытом;

роль лекарственной и психосоциальной терапии в избавлении от симптомов, их предупреждении, недопущении повторных и частых госпитализаций; информация о различных классах лекарственных препаратов,

применяемых в психиатрии (нейролептики, корректоры, антидепрессанты, нормотимики); информация о способах приема лекарств (таблетки, инъекции, пролонги); информация о целях лечения (восстановление социального функционирования, избавление от симптомов заболевания, профилактика рецидива; необходимость длительного приема препаратов; побочные эффекты и способы их преодоления; ролевые модели обмена личным опытом);

информация о способах совладания с болезнью: о получении навыков преодоления стойких симптомов; о стратегии поведения в случае обострения болезни (незамедлительное обращение к врачу; обучение четкому формулированию вопросов к врачу; ответственность пациента за прохождение лечения, соблюдение режима лечения и выполнение повседневных социальных требований; формирование представления о самоконтроле, о важности делиться с врачом не только симптомами ухудшения самочувствия, но и признаками улучшения состояния, личными успехами);

формирование представления о видах психиатрической помощи, об этапах лечения, о длительности лечения, о возможностях получения помощи в случае изменения психического состояния (этап активного лечения в стационаре, продолжение лечения в дневном стационаре, этап поддерживающего лечения в диспансере); отделение интенсивного оказания психиатрической помощи; отделение Телефон доверия.

При переходе в дневной стационар пациенты включаются в программу психообразования, где повторяются те же самые темы, однако занятия проходят с учетом наличия у пациентов базовых знаний. Занятия проводятся в более интерактивной форме.

К 5 базовым темам добавляются дополнительные 2 темы:

психотические расстройства, бред и галлюцинации, выявление и совладание, работа с травматическим психотическим опытом, обмен опытом между участниками группы;

формирование представления о важности социального окружения в процессе выздоровления; анализ собственных социальных связей; формирова-

ние поддерживающего социального окружения (близкие, профессионалы, сообщества, группы самопомощи).

В конце каждого сеанса проводится индивидуальное анкетирование удовлетворенности пациентов проведенным занятием. После окончания базового цикла проводится оценка знаний с помощью тестов, содержащих по два вопроса из обсуждаемых тем.

В Московской городской клинической психиатрической больнице №3 им. В.А. Гиляровского с 2016 года используется психообразовательная программа для родственников пациентов. В программу ключаются родственники пациентов, проходящих психообразование. Программа представляет собой цикл из 5 занятий, длительностью 90 минут каждое. Периодичность занятий в *открытых* группах один раз в неделю. Рекомендуемое число участников от 6 до 15 человек. Родственники посещают занятия в течение всей госпитализации пациента, даже если темы занятий повторяются. В конце каждого занятия заполняется анкета обратной связи. Задачи: формирование общего представления о целях и возможностях лечения психических расстройств; уменьшение эмоционального напряжения в связи с госпитализацией; формирование комплаенса, обозначение роли семьи в процессе лечения.

Темы занятий:

психиатрический диагноз; симптомы психических расстройств; шизофрения: проявления заболевания, возможности лечения, последствия заболевания; возможности лекарственной терапии;

современные подходы к лечению психических расстройств;

этапы лечения психического расстройства: стационар, дневной стационар, диспансерные службы. Правильная организация врачебного наблюдения пациентом;

юридические и социальные вопросы;

жизнь семьи в условиях психической болезни; правильное общение с заболевшим родственником.

В качестве основного *инструмента исследования* использована «Базисная карта эпидемиологического исследования», разработанная в ФГУ ФМИЦПН им. В.П.Сербского Минздрава России и включающая социально-демографические (пол, возраст, образование, занятость, наличие инвалидности, семейное положение) и клинические данные (длительность психического расстройства до обращения к психиатру, диагноз по критериям МКБ-10, данные о динамическом наблюдении у психиатра).

В ходе исследования разработаны анкеты для пациентов и их родственников, участвующих в психообразовательной программе, и анкеты для изучения отношения пациентов к проводимому лечению и участию в психообразовании.

Для оценки эффективности психообразовательной программы в Больничном Центре дю Рувре было проведено 6 циклов программы психообразования под названием «Моя болезнь и моё лечение». Программа адресована пациентам с шизофренией в стадии стабилизации процесса. В каждом цикле программы принимали участие 10 пациентов. Каждый цикл программы включал 21 сеанс. Из 60 пациентов, участвовавших в программе, 25 были госпитализированы недобровольно, 10 были госпитализированы добровольно и 25 находились на амбулаторном лечении.

Уровень осознания болезни определялся до начала и по окончании психообразовательного цикла. С этой целью на основе шкалы Insight Q8 Bourgeois, валидность и надежность которой в 2002 г. были доказаны Bourgeois M.L. et al. на материале изучения 121 пациента, устанавливался так называемый психообразовательный диагноз.

Шкала включала 8 вопросов:

1. «Что Вас привело сюда?»;
2. «Какой болезнью Вы страдаете?»;
3. «Считаете ли Вы себя больным?»;
4. «С чем это связано?»;
5. «Страдаете ли Вы физически или морально?»;
6. «Чем мы можем Вам помочь?»;
7. «Думаете ли Вы, что выздоровление возможно?»;
8. «Влияет ли Ваша болезнь на Вашу профессиональную, семейную и социальную жизнь?».

Психообразовательный диагноз устанавливался в зависимости от больной оценки по шкале: 0-3 - нет осознания болезни; 4-6 - среднее осознание болезни; 7-8-хорошее осознание болезни.

Для оценки эффективности психообразовательной программы в Психиатрической клинической больнице № 3 им. В.А. Гиляровского г. Москвы проводилось анкетирование пациентов до начала и после окончания каждого занятия. Из 115 пациентов, участвовавших в программе, 38 были госпитализированы недобровольно, 77 были госпитализированы добровольно.

Для получения обратной связи от пациентов, и для последующей возможности осуществления качественной и количественной оценки проведенной программы «Психообразование», осуществляемой в *открытых* психообразовательных группах, были разработаны анкеты, которые включали следующие четыре вопроса.

Какое у Вас настроение?

Получили ли Вы на занятии новую, полезную информацию?

Прозвучали ли на занятии идеи, которые Вы могли бы применять на практике?

Получили ли Вы информацию, которая могла бы Вам помочь в будущем?

Статистическая значимость различий между сравниваемыми показателями устанавливалась с применением программы MedCalc. Для расчета использовался метод хи-квадрат (Richardson J.T., 2011) и критерий Стьюдента (различия считались статистически значимыми при $t > 2$ при критическом значении уровня значимости, равным 0,05).

Глава 3. Сравнительный анализ клинических и социальных факторов, оказывающих влияние на принятие решения о недобровольной госпитализации при оказании психиатрической помощи

Задачей настоящей главы явилось определение сходства и различий в национальных подходах к частоте диагностики наиболее распространенных психических расстройств: органических, расстройств шизофренического спектра и аффективных расстройств у пациентов, госпитализируемых в психиатрический стационар в недобровольном порядке.

3.1. Структура и тяжесть психических расстройств у пациентов при решении вопроса о недобровольной психиатрической госпитализации

Данные, приведенные в Таблице 1, указывают на наличие *сходства* в сравниваемых странах диагностической структуры случаев недобровольной госпитализации психиатрический стационар.

Статистически значимые национальные *различия* установлены по частоте диагностики при недобровольной психиатрической госпитализации органических, включая симптоматические, психических расстройств, по частоте диагностики расстройств настроения (аффективных расстройств) и по частоте диагностики расстройств личности и поведения в зрелом возрасте.

Органические психические расстройства в ситуации решения вопроса о недобровольной госпитализации в психиатрический стационар статистически значимо чаще диагностируются в России, аффективные расстройства и расстройства личности – во Франции. (Рисунок 1).

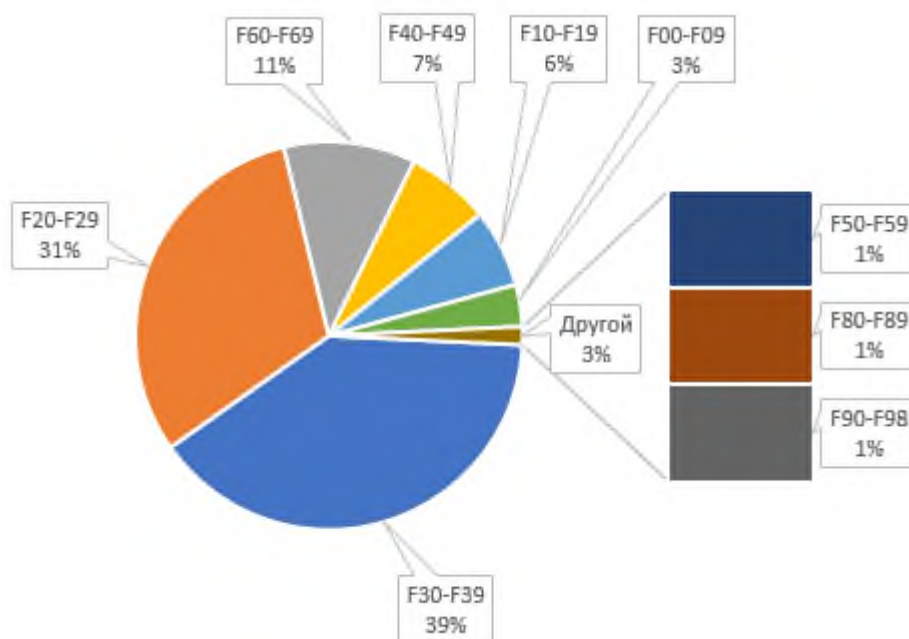
Таблица 1. Психическое расстройство и наличие инвалидности на период недобровольной госпитализации и в прошлом

Показатели	Руан 2013-2017		Москва 2016-2017	
	n	%	n	%
Диагноз психического расстройства по критериям МКБ-10				
F00-F09 Органические, включая симптоматические, психические расстройства	7	3,5	82	41,0*
F10-F19 Психические расстройства и	13	6,5	16	8,0

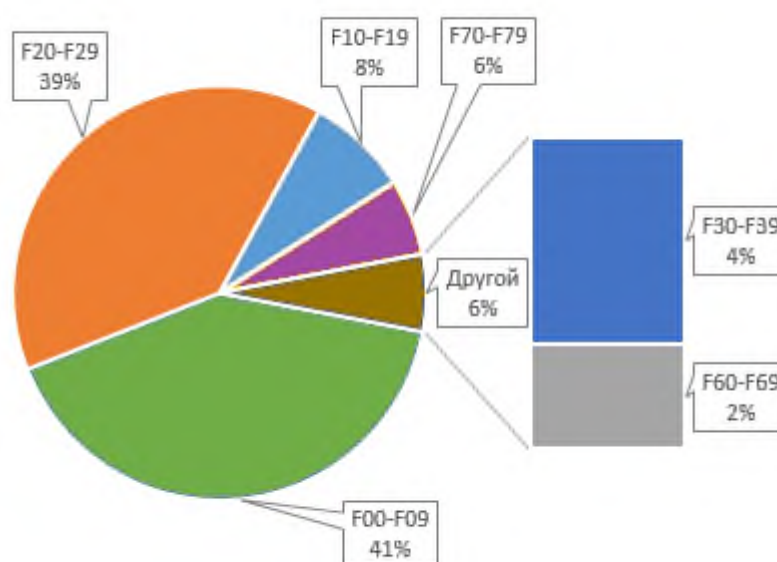
расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ				
F20-F29 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	62	31,0	78	39,0
F30-F39 Расстройства настроения (аффективные расстройства)	79	39,5	8	4,0*
F40-F49 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	14	7,0	0	0
F50-F59 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами	1	0,5	0	0
F60-F69 Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте	22	11,0	4	2,0*
F70-F79 Умственная отсталость	0	0	12	6,0
F80-F89 Расстройства психологического развития	1	0,5	0	0
F90-F98 Эмоциональные расстройства, расстройства поведения, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте	1	0,5	0	0
<i>Все недобровольные госпитализации</i>	200	100	200	100
<i>Инвалидность</i>				
Инвалидность вследствие психического расстройства на период недобровольной госпитализации	23	11,5	39	19,5*
Инвалидность вследствие психического расстройства в прошлом	47	23,5	83	41,5*
Инвалидность вследствие соматического расстройства в прошлом	6	3,0	39	19,5*
<i>Все недобровольные госпитализации</i>	200	100	200	100

* Сравнение по критерию хи-квадрат. Статистически значимо на уровне $p < 0,05$.

На большую тяжесть клинических проявлений у пациентов в России могут указывать статистически значимые различия в установлении инвалидности вследствие психических расстройств, как в период анализируемой недобровольной психиатрической госпитализации, так и в прошлом. При этом отмечено, что у пациентов в России в прошлом инвалидность статистически значимо чаще устанавливалась как вследствие психических, так и соматических расстройств.



А



Б

Рисунок 1. Структура психических расстройств у пациентов в период их недобровольной госпитализации: А — в Руане (2013-2017); Б — в Москве (2016-2017).

Данные, приведенные в Таблице 2, указывают на наличие сходства и различий среди лиц, недобровольно госпитализированных в психиатрический стационар, по статистическим данным, относящимся к продолжительности недобровольной госпитализации, к длительности периода с момента первичной диагностики психического расстройства и длительности периода динамического наблюдения у психиатра до момента недобровольной госпитализации.

Таблица 2. Продолжительность данной госпитализации, продолжительность периода с момента первичной диагностики психического расстройства и продолжительность общего периода наблюдения у психиатра

Показатели	Руан 2013-2017		Москва 2016-2017	
	n	%	n	%
Продолжительность данной госпитализации от 1 до 15 дней	108	54,0	65	32,5*
Продолжительность данной госпитализации от 16 до 30 дней	52	26,0	58	29,0
Продолжительность данной госпитализации более 30 дней	40	20,0	77	38,5*
<i>Все недобровольные госпитализации</i>	200	100	200	100
Заболевание впервые было диагностировано от 0 до 5 лет назад	126	63,0	130	65,0
Заболевание впервые было диагностировано от 6 до 10 лет назад	49	24,5	19	9,5*
Заболевание впервые было диагностировано от 11 до 15 лет назад	14	7,0	15	7,5
Заболевание впервые было диагностировано более 15 лет назад	11	5,5	36	18,0*
<i>Все недобровольные госпитализации</i>	200	100	200	100
Общая продолжительность наблюдения у психиатра от 0 до 5 лет	126	63,0	145	72,5
Общая продолжительность наблюдения у психиатра от 6 до 10 лет	57	28,5	17	8,5*
Общая продолжительность наблюдения у психиатра от 11 до 15 лет	5	2,5	11	5,5
Общая продолжительность наблюдения у психиатра более 15 лет	12	6,0	27	13,5*
<i>Все недобровольные госпитализации</i>	200	100	200	100

* Сравнение по критерию хи-квадрат. Статистически значимо на уровне $p < 0,05$.

Сходства между двумя странами отмечены по частоте недобровольной психиатрической госпитализации, продолжительностью от 16 до 30 дней и по частоте первичного диагностирования психического расстройства, состоявшегося от 0 до 5 лет и от 11 до 15 лет тому назад. Сходства отмечены также по показателям продолжительности психиатрического наблюдения до момента недобровольной госпитализации от 0 до 5 лет и от 11 до 15 лет.

Статистически значимые различия проявились по показателю давности первичного диагностирования у пациентов психического расстройства. Чаще впервые психическое расстройство диагностировалось у пациентов во Франции

от 6 до 10 лет, в России - более 15 лет до госпитализации. Аналогичные различия отмечены по показателю общей продолжительности периода предшествующего динамического психиатрического наблюдения.

Данные, приведенные в Таблице 3, характеризуют отношение пациентов к наличию и тяжести имеющихся у них психических расстройств. Они различаются между двумя странами по всем перечисленным показателям.

Если во Франции пациенты при заполнении анкеты при выписке из стационара после недобровольной госпитализации придерживаются позиции «Я действительно нуждался в лечении, но не понимал этого» в 12% случаев, то в России таких случаев не отмечено ни одного.

Таблица 3. Отношение пациентов к своим психическим расстройствам

Показатели	Руан 2013-2017		Москва 2016-2017	
	n	%	n	%
Отношение пациента к данной недобровольной госпитализации при выписке				
Я действительно нуждался в лечении, но не понимал этого	24	12,0	0	0
Я не нуждался в больничной помощи, но был госпитализирован	27	13,5	135	67,5*
Затрудняюсь ответить	53	26,5	31	15,5*
Нет ответа	96	48,0	34	17,0*
<i>Все недобровольные госпитализации</i>	200	100	200	100
Были ли у Вас ранее психические срывы?				
Да	116	58,0	72	36,0*
Нет	68	34,0	76	38,0
Затрудняюсь ответить	16	8,0	52	26,0*
<i>Все недобровольные госпитализации</i>	200	100	200	100

* Сравнение по критерию хи-квадрат. Статистически значимо на уровне $p < 0,05$.

В России при выписке из стационара у пациентов статистически значимо преобладает позиция «Я не нуждался в больничной помощи, но был госпитализирован», что может указывать на наличие известного критического отношения к самому факту существования у них психического расстройства при недооценке его тяжести.

Во Франции при выписке из стационара у пациентов статистически значимо чаще имеет место неопределенная позиция «Затрудняюсь ответить», либо пациенты статистически значимо чаще не дают никакого ответа на вопрос об их отношении к их недобровольной госпитализации.

На вопрос о том, бывали ли у них ранее «психические срывы» положительный ответ статистически значимо чаще дают пациенты во Франции, а ответ «Затрудняюсь ответить» - в России. Вместе с тем между количеством отрицательных ответов на указанный вопрос статистически значимых различий не установлено.

Более подробно данные об отношении пациентов к своей недобровольной госпитализации и к своему заболеванию, с распределением по преобладающим для анализируемого контингента лиц диагностическим рубрикам МКБ-10, представлены в Таблице 4.

Таблица 4. Распределение показателей отношения пациентов к своим психическим расстройствам по диагностическим рубрикам

Показатели	Руан 2013-2017		Москва 2016-2017	
	n	%	n	%
<i>F00-F09. Отношение пациента к данной недобровольной госпитализации при выписке</i>				
Я действительно нуждался в лечении, но не понимал этого	0	0	0	0
Я не нуждался в больничной помощи, но был госпитализирован (п. 15)	1	25,0	51	62,2*
Затрудняюсь ответить			14	17,1
Нет ответа	3	75,0	17	20,7*
<i>Всего</i>	4	100	82	100
<i>F20-F29. Отношение пациента к данной недобровольной госпитализации при выписке</i>				
Я действительно нуждался в лечении, но не понимал этого	8	12,9	0	0
Я не нуждался в больничной помощи, но был госпитализирован	9	14,5	58	74,4*
Затрудняюсь ответить	19	30,6	10	12,8*
Нет ответа	26	42,0	10	12,8*

<i>Всего</i>	62	100	78	100
<i>F30-F39. Отношение пациента к данной недобровольной госпитализации при выписке</i>				
Я действительно нуждался в лечении, но не понимал этого	12	15,2	0	0
Я не нуждался в больничной помощи, но был госпитализирован	11	13,9	8	100
Затрудняюсь ответить	19	24,0	0	0
Нет ответа	37	46,9	0	0
<i>Всего</i>	79	100	8	100
<i>F00-F09. Были ли у Вас ранее психические срывы?</i>				
Да	1	14,3	19	23,8*
Нет	6	85,7	37	46,2*
Затрудняюсь ответить	0	0	24	30,0
<i>Всего</i>	7	100	80	100
<i>F20-F29. Были ли у Вас ранее психические срывы?</i>				
Да	43	69,4	40	51,3*
Нет	16	25,8	27	34,6
Затрудняюсь ответить	3	4,8	11	14,1*
<i>Всего</i>	62	100	78	100
<i>F30-F39. Были ли у Вас ранее психические срывы?</i>				
Да	48	60,8	2	25,0*
Нет	26	32,9	4	50,0*
Затрудняюсь ответить	5	6,3	2	25,0*
<i>Всего</i>	79	100	8	100

* Сравнение по критерию хи-квадрат. Статистически значимо на уровне $p < 0,05$.

Рубрика «F00-F09. Органические, включая симптоматические, психические расстройства»

Установлено, что позиция «Я действительно нуждался в лечении, но не понимал этого» в равной мере не свойственна пациентам в обеих странах, что, по-видимому, может объясняться единообразием подходов со стороны психиатров к клинической оценке тяжести диагностируемых психических расстройств, негативно отражающейся на сохранности у пациентов критических функций.

Позиции «Я не нуждался в больничной помощи, но был госпитализирован» и «Затрудняюсь ответить» более характерны для пациентов в России, а позиция «Нет ответа» для пациентов во Франции. С учетом отрицания необходимости лечения вообще, все эти три позиции могут указывать на значительное снижение или отсутствие у пациентов критического отношения к самому факту существования у них психического расстройства.

На это же может указывать характер ответов пациентов на вопросы о том, отмечали ли они у себя «психические срывы» в прошлом. Положительный или неопределенный ответ был более характерен для пациентов в России, отрицательный – для пациентов во Франции.

Рубрики «F20-F29. Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» и «F30-F39. Расстройства настроения (аффективные расстройства)»

Определенная позиция «Я действительно нуждался в лечении, но не понимал этого» или неопределенная позиция «Затрудняюсь ответить» или «Нет ответа», более свойственны пациентам во Франции, что, возможно, обусловлено большей в стране ориентацией психообразовательной работы с больными на информирование и обучение. Об этом может свидетельствовать преобладающая не менее определенная, но с отрицательным знаком, позиция пациентов в России «Я не нуждался в больничной помощи, но был госпитализирован». Об этом же может свидетельствовать характер ответов пациентов во Франции и в России на вопросы о том, отмечали ли они у себя «психические срывы» в прошлом.

3.2. Социально-демографические характеристики пациентов, недобровольно госпитализированных в психиатрический стационар

В свете полученных в предыдущем разделе настоящей главы клинических данных представляет интерес провести кросскультурный анализ пола, возраста, образования, занятости и семейного положения пациентов,

недобровольно госпитализированных в психиатрический стационар (Таблица 5).

Статистически значимых количественных различий относительно пола и возрастной подгруппы пациентов до 35 лет между двумя странами не установлено. Вместе с тем во Франции по численности статистически значимо преобладает подгруппа пациентов в возрасте от 36 до 60 лет, а в России количественно преобладает возрастная подгруппа пациентов старше 60 лет.

Эти данные соответствуют отмеченной в Таблице 1 большей частоте в России случаев диагностики у недобровольно госпитализированных пациентов органических психических расстройств.

Таблица 5. Социально-демографические характеристики пациентов

Показатели	Руан 2013-2017		Москва 2016-2017	
	n	%	n	%
Пол				
Женщины	94	47,0	114	57,0
Мужчины	106	53,0	86	43,0
<i>Все недобровольные госпитализации</i>	200	100	200	100
Возраст на момент недобровольной госпитализации				
До 35 лет	66	33,0	56	28,0
От 36 до 60 лет	92	46,0	60	30,0*
Старше 60 лет	42	21,0	84	42,0*
<i>Все недобровольные госпитализации</i>	200	100	200	100
Образование				
Без образования	30	15,0	38	19,0
Среднее	79	39,5	24	12,0*
Среднее профессиональное	30	15,0	35	17,5
Незаконченное высшее	25	12,5	7	3,5*
Высшее	24	12,0	48	24,0
Информация отсутствует	12	6,0	48	24,0*
<i>Все недобровольные госпитализации</i>	200	100	200	100

<i>Занятость</i>				
Работающий/ая	53	26,5	18	9,0*
Безработный/ая	75	37,5	61	30,5
Студент/ка	11	5,5	3	1,5*
На пенсии по инвалидности	25	12,5	40	20,0*
На пенсии по возрасту	30	15,0	68	34,0*
Информация отсутствует	6	3,0	10	5,0
<i>Все недобровольные госпитализации</i>	200	100	200	100
<i>Семейное положение</i>				
Холост/ не замужем	85	42,5	84	42,0
Женат/ замужем	50	25,0	25	12,5*
Гражданский брак	23	11,5	0	0
Вдовец/ вдова	13	6,5	43	21,5*
Разведен/а	20	10,0	32	16,0
В стадии развода	9	4,5	0	0
Затрудняюсь ответить	0	0	16	8,0
<i>Все недобровольные госпитализации</i>	200	100	200	100

* Сравнение по критерию хи-квадрат. Статистически значимо на уровне $p < 0,05$.

Особый интерес для кросскультурного исследования представляют данные, относящиеся к образованию, занятости и семейному положению пациентов.

Между двумя странами не установлено статистически значимых различий в численности подгрупп пациентов без образования и подгрупп пациентов, получивших среднее профессиональное и высшее образование. Вместе с тем во Франции численность подгрупп пациентов со средним и незаконченным высшим образованием оказалась статистически значимо большей, чем в России.

Между двумя странами не было выявлено статистически значимых различий по количественному составу только в подгруппе безработных пациентов. Работающих и обучающихся пациентов было больше во Франции, чем в России,

Перечисленные особенности социальной адаптации могут быть объяснены отмеченными выше возрастными различиями. Возрастными различиями и большей тяжестью клинических проявлений за счет органических психических расстройств можно объяснить и большее в России среди пациентов число пенсионеров по возрасту и по инвалидности.

Сходства и различия были отмечены в части, относящейся к семейному положению пациентов. Сходными для двух стран оказались данные по числу холостых и незамужних, а также по числу разведенных пациентов. В силу более молодого возраста пациентов, во Франции статистически значимо более высокой была численность пациентов, состоящих в браке и в гражданском браке. Соответственно по той же возрастной причине среди пациентов в России была большей численность вдов и вдовцов.

Глава 4. Сравнительный анализ организации психиатрической помощи

Внедрение новых технологических модулей способствует решению кадровых вопросов, включая подготовку врачей-психиатров, врачей-психотерапевтов, медицинских сестер, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников.

Принцип модульности используется в организации просветительской работы и психообразования, при проведении тренингов, при трудоустройстве, при оказании социальной и инструментальной помощи.

Опыт Франции демонстративен в плане продуктивного использования принципа модульности в организации психиатрической помощи.

4.1. Структура стационарной и амбулаторной психиатрической помощи

На протяжении десятилетий во Франции при наличии кадровых ресурсов, превышающих средний по Европе уровень, применяется секторальное распределение психиатрической помощи, имеющее сходство с участковым распределением психиатрической помощи в России (Таблица 6).

Таблица 6. Сравнительная характеристика деятельности учреждений за 8 месяцев 2016 г.

Обслуживаемое население География Ресурсы Активность	Руан	Москва
Обслуживаемое население	730 тыс.	1359 тыс.
Число географических зон обслуживания	4	4
Число коек для полной (круглосуточной) госпитализации	563	510
- в том числе:		

-- в геронтологических/ паллиативной помощи отделениях	20	50
-- в детских отделениях	10	
-- в острых отделениях	249	460
-- в отделении для лиц с зависимостью	8	
-- в отделении для осужденных по ст. Уголовного Кодекса	8	
Число постов в отделении круглосуточной неотложной помощи на дому		3
Число мест в дневных стационарах (с пребыванием не менее 3 часов)	299	250
Число мест в терапевтических центрах частичного приема	34	
Число мест в стационарах на дому	8	90
Число мест в семейных терапевтических центрах	111	
Число мест в медико-реабилитационных отделениях		150
Число амбулаторных центров медико-психологической консультации/ психиатрических участков	34	41
Проведено в течение 8 мес. 2016 г. <i>консультаций</i> :		
- - врачей	114759	94743
- - психологов	57195	5427
- - медицинских сестер	32676	
Проведено в течение 8 мес. 2016 г. <i>терапевтических групповых сессий</i> :	12715	1355
Доля недобровольных госпитализаций в общем числе госпитализаций в психиатрический стационар	22,3%	25,4%

По данным, представленным в Таблице 6, численность обслуживаемого Психиатрической больницей № 3 им. Гиляровского (ПБиГ) населения в Москве в 1,8 раза превышает численность населения, обслуживаемого Больничным центром дю Рувре (БЦДР) в Руане.

Число обслуживаемых указанными учреждениями географических зон совпадает и по каждому из них равно 4.

В расчете на 1000 населения:

число психиатрических коек для полной (круглосуточной) госпитализации в ПБиГ в два раза ниже, чем в БЦДР;

число *геронтологических коек* в БЦДР и коек паллиативной помощи в ПБиГ соотносится как 0,03 и 0,04, т.е. в ПБиГ оно в 1,3 раза выше, чем в БЦДР;

число коек для ведения пациентов с острыми психическими расстройствами совпадает и составляет 0,34.

Детские койки и койки для лечения пациентов с зависимостью и осужденных развернуты в БЦДР и отсутствуют в ПБиГ.

В расчете на 1000 населения:

число мест в дневных стационарах с продолжительностью ежедневного пребывания пациентов не менее 3 часов соотносится как 0,41 и 0,18, т.е. в 2,3 раза выше в БЦДР;

число мест в стационарах на дому в ПБиГ в 7 раз выше, чем в БЦДР.

Отделение круглосуточной неотложной помощи на дому развернуто в ПБиГ и отсутствует в БЦДР.

В расчете на 1000 населения:

число мест в семейных терапевтических центрах в БЦДР (0,15) в 1,4 раза выше числа мест в медико-реабилитационных отделениях в ПБиГ (0,11);

число амбулаторных центров медико-психологической консультации в БЦДР в 1,7 раза выше числа психиатрических участков в ПБиГ (соответственно 0,05 и 0,03). Однако с учетом большей плотности населения в Москве и того, что БЦДР обслуживает городские и сельские районы, это может указывать на примерно одинаковую приближенность амбулаторной помощи к месту жительства пациентов.

Вместе с тем активность деятельности подразделений, обеспечивающих амбулаторную психиатрическую помощь, явно выше в БЦДР, чем в ПБиГ. В расчете на 1000 населения:

за 8 месяцев 2016 года число проведенных консультаций врачей в БЦДР в 2,7 раза превышает таковое в ПБиГ (соответственно 157,2 и 57,4), число консультаций, проведенных психологами, в БЦДР выше в 19,6 раза, чем в ПБиГ (соответственно 78,3 и 4,0);

за 8 месяцев 2016 года терапевтических групп в БЦДР проведено в 17,4 раза больше, чем в ПБиГ.

Число учтенных сестринских консультаций в БЦДР за указанный период составляет 32676, в то время как в отчетности ПБиГ подобной строки не существует.

Не установлено существенных количественных различий между двумя учреждениями по величине показателей недобровольной психиатрической госпитализации на обслуживаемых территориях.

Таким образом, установлено значительное сходство между сравниваемыми психиатрическими учреждениями двух стран в подходах к достижению показателей, свидетельствующих о сбалансированном территориальном распределении стационарных, полустационарных и амбулаторных форм помощи.

Приведенные данные о различиях в подходах к модульной организации психиатрической помощи, оказываемой двумя сравниваемыми учреждениями, могут использоваться каждым из них для корректировки своей деятельности и уточнения критериев оценки качества психиатрической помощи.

4.2. Удовлетворенность пациентов качеством оказания помощи в психиатрическом стационаре

Изучение удовлетворенности пациентов организацией оказания стационарной психиатрической помощи в Больничном Центре дю Рувре было начато в 2008 году и продолжено в 2010, 2013 и 2014 годах. В Таблице 7 для сравнения приведены данные за 2008 и 2014 годы.

Подобное исследование в Московской городской клинической психиатрической больнице № 3 им. В.А. Гиляровского начато в 2016 году и продолжено в 2017 году. В Таблице 8 приведены сравнительные данные.

Таблица 7. Данные опроса пациентов, выписанных из Больничного Центра дю Рувре в 2008 и 2014 гг.

Вид госпитализации	2008		2014		Критерий Стьюдента
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Добровольная	70	54,7	95	56,2	<2

<i>Недобровольная</i>	58	45,3	74	43,8	<2
<i>Всего ответов</i>	128	100	169	100	
<i>1. Что Вы думаете о приеме, который оказали Вам и/или Вашим близким при Вашем поступлении при оформлении документов?</i>					
<i>Отличный</i>	10	13,5	39	35,4	<2
<i>Хороший</i>	57	77,0	56	50,9	
<i>Плохой</i>	7	9,5	15	13,7	
<i>Всего ответов</i>	74	100	110	100	
<i>2. Что Вы думаете о приеме, который оказали Вам и/или Вашим близким при Вашем поступлении в приемном отделении при первичном осмотре и выборе отделения для лечения?</i>					
<i>Отличный</i>	15	15,7	51	44,0	>2
<i>Хороший</i>	58	61,0	52	44,8	
<i>Плохой</i>	22	23,3	13	11,2	
<i>Всего ответов</i>	95	100	116	100	
<i>3. Что Вы думаете о приеме, который оказали Вам и/или Вашим близким при Вашем поступлении в отделение, в которое Вас направили на лечение?</i>					
<i>Отличный</i>	44	26,5	72	39,1	<2
<i>Хороший</i>	94	56,6	94	51,1	
<i>Плохой</i>	28	16,9	18	9,8	
<i>Всего ответов</i>	166	100	184	100	
<i>4. После оформления документов время ожидания врача при поступлении было для Вас:</i>					
<i>Коротким</i>	32	34,0	48	39,7	<2
<i>Приемлемым</i>	33	35,1	25	20,7	
<i>Долгим</i>	29	30,9	48	39,6	
<i>Всего ответов</i>	94	100	121	100	
<i>5. Дали ли Вам объяснения о виде Вашей госпитализации (добровольная, недобровольная)?</i>					
<i>Да</i>	99	64,3	153	75,0	<2
<i>Нет</i>	55	35,7	51	25,0	<2
<i>Всего ответов</i>	154	100	204	100	
<i>6. Достаточно ли уважительно относился к Вам персонал в отделении?</i>					
<i>Очень уважительно</i>	75	42,8	121	57,3	<2
<i>Достаточно уважительно</i>	82	46,8	75	35,5	
<i>Малоуважительно или неуважительно</i>	18	10,4	15	7,2	
<i>Всего ответов</i>	175	100	211	100	
<i>7. Дали ли Вам объяснения о Вашем состоянии здоровья?</i>					
<i>В полной мере</i>	48	29,1	97	46,6	>2
<i>Частично</i>	47	28,5	46	22,1	<2
<i>Скорее нет</i>	29	17,6	40	19,2	<2
<i>Ничего не объяснили</i>	41	24,8	25	12,1	
<i>Всего ответов</i>	165	100	208	100	
<i>8. Дали ли Вам объяснения о виде Вашего лечения?</i>					
<i>В полной мере</i>	65	38,2	106	51,0	<2
<i>Частично</i>	43	25,3	44	21,2	<2
<i>Скорее нет</i>	23	13,5	32	15,4	<2
<i>Ничего не объяснили</i>	39	23,0	26	12,4	
<i>Всего ответов</i>	170	100	208	100	
<i>9. Разъяснили ли Вам особенности режима пребывания в больнице?</i>					
<i>В полной мере</i>	69	46,3	118	58,4	>2

Частично	24	16,1	38	18,8	
Скорее нет	22	14,8	29	14,4	
Ничего не разъяснили	34	22,8	20	8,4	<2
Всего ответов	149	100	202	100	
<i>10. Удовлетворены ли Вы отношениями, сложившимися с врачами?</i>					
Да, очень	54	31,6	75	36,6	
Удовлетворен	75	43,8	89	43,4	<2
Скорее нет	21	12,3	29	14,1	
Недоволен	21	12,3	12	5,9	<2
Всего ответов	171	100	205	100	
<i>11. Удовлетворены ли Вы отношениями, сложившимися с лечащим персоналом?</i>					
Да, очень	61	35,3	90	42,8	
Удовлетворен	90	52,0	97	46,2	<2
Скорее нет	18	10,4	17	8,1	
Недоволен	4	2,3	6	2,9	
Всего ответов	173	100	210	100	
<i>12. Удовлетворены ли Вы отношениями, сложившимися с обслуживающим персоналом?</i>					
Да, очень	63	38,9	79	40,3	
Удовлетворен	81	50,0	97	49,5	<2
Скорее нет	12	7,4	16	8,2	
Недоволен	6	3,7	4	2,0	
Всего ответов	162	100	196	100	
<i>13. Насколько внимательно персонал прислушивался к Вашим просьбам?</i>					
Очень внимательно	55	32,9	67	33,2	
Достаточно внимательно	71	42,5	104	51,5	<2
Скорее нет	30	18,0	21	10,4	
Просьбы остались без внимания	11	6,6	10	4,9	<2
Всего ответов	167	100	202	100	
<i>14. Как Вы оцениваете качество медицинского ухода в целом?</i>					
Отличное	33	19,9	65	32,2	
Хорошее	91	54,8	92	45,5	<2
Удовлетворительное	27	16,3	34	16,8	
Плохое	15	9,0	11	5,5	<2
Всего ответов	166	100	202	100	
<i>15. Ваше мнение о комфортабельности палаты:</i>					
Отличное	38	22,0	73	35,1	<2
Хорошее	82	47,4	90	43,3	<2
Удовлетворительное	38	22,0	35	16,8	<2
Плохое	15	8,6	10	4,8	
Всего ответов	173	100	208	100	
<i>16. Когда Вы находились в палате, мешал ли Вам шум снаружи?</i>					
Совершенно не мешал	92	52,9	119	58,0	
Практически не мешал	36	20,7	34	16,6	<2
Достаточно мешал	30	17,2	37	18,0	
Очень мешал	16	9,2	15	7,4	<2
Всего ответов	174	100	205	100	

<i>17. Что Вы думаете о питании?</i>					
<i>Очень удовлетворен</i>	67	41,1	44	21,4	>2
<i>Удовлетворен</i>	62	38,0	82	39,8	
<i>Скорее не удовлетворен</i>	13	8,0	53	25,7	>2
<i>Недоволен</i>	21	12,9	27	13,1	
<i>Всего ответов</i>	163	100	206	100	
<i>18. Что Вы думаете о белье?</i>					
<i>Очень удовлетворен</i>	112	70,0	72	37,3	<2
<i>Удовлетворен</i>	35	21,9	93	48,2	
<i>Скорее не удовлетворен</i>	4	2,5	17	8,8	
<i>Недоволен</i>	9	5,6	11	5,7	
<i>Всего ответов</i>	160	100	193	100	
<i>19. Что Вы думаете об уборке?</i>					
<i>Очень удовлетворен</i>	121	74,7	120	58,2	<2
<i>Удовлетворен</i>	26	16,0	80	38,8	
<i>Скорее не удовлетворен</i>	7	4,3	5	2,4	
<i>Недоволен</i>	8	5,0	1	0,6	
<i>Всего ответов</i>	162	100	206	100	
<i>20. Какое у Вас сложилось общее впечатление о пребывании в нашем стационаре?</i>					
<i>Очень удовлетворен</i>	33	18,8	48	23,8	>2
<i>Удовлетворен</i>	87	49,7	114	56,4	
<i>Скорее не удовлетворен</i>	26	14,8	26	12,9	>2
<i>Недоволен</i>	29	16,7	14	6,9	
<i>Всего ответов</i>	175	100	202	100	

Из приведенных данных (Таблица 7) следует, что в Больничном Центре дю Рувре в период с 2008 по 2014 годы обслуживание добровольно и недобровольно госпитализированных пациентов по структуре и динамике большинства показателей характеризовалось стабильным преобладанием ($p < 0,05$) положительных оценок со стороны пациентов. Это относится к большинству поставленных в анкете вопросов, включая организацию работы приемного отделения, отделений, в которые первично направляется пациент для проведения лечения и всем последующим этапам в плане отношения к пациентам со стороны медицинского и обслуживающего персонала. Единственным исключением явилась оценка организации питания. За указанный период ряд показателей, в том числе таких как общее впечатление пациентов о пребывании в стационаре, оценка пациентом работы приемного

отделения при первичном осмотре и выборе отделения, оценка пациентом даваемых врачами объяснений, относящихся к состоянию здоровья, оценка пациентом разъяснений, относящихся к особенностям режима пребывания в больнице, имели тенденцию к росту. Особое внимание в больнице уделяется организации комфортного содержания пациентов в палатах.

Таблица 8. Данные опроса пациентов, выписанных из Московской городской клинической психиатрической больницы № 3 им. В.А. Гиляровского в 2016 и 2017 гг.

Вид госпитализации	Ноябрь 2016		Апрель-май 2017		Критерий Стьюдента
	n	%	n	%	
Добровольная	72	69,2	115	73,7	<2
Недобровольная	32	30,8	41	26,3	<2
Всего ответов	104	100	156	100	
1. Довольны ли Вы отношением лечащего врача (5 баллов - максимально, 1 - минимально)?					
5	85	81,7	132	84,6	<2
4	16	15,4	18	11,5	
3-1	3	2,9	6	3,9	
Всего ответов	104	100	156	100	
2. Довольны ли вы отношением медицинских сестер (5 баллов - максимально, 1 - минимально)?					
5	89	85,6	125	80,1	<2
4	9	8,6	19	12,2	
3-1	6	5,8	12	7,7	
Всего ответов	104	100	156	100	
3. Довольны ли Вы отношением санитаров (санитарок) (5 баллов - максимально, 1 - минимально)?					
5	78	75,0	129	82,7	<2
4	23	22,1	22	14,1	
3-1	3	2,9	5	3,2	
Всего ответов	104	100	156	100	
4. Вы удовлетворены чистотой, порядком, бытовыми условиями (5 баллов - максимально, 1 - минимально)?					
5	88	84,6	114	73,1	<2
4	15	14,4	36	23,1	
3-1	1	1,0	6	3,8	
Всего ответов	104	100	156	100	
5. Оцените полноту и качество информации о Вашем заболевании, лечении, приеме лекарств и др. (5 баллов - максимально, 1 - минимально)					
5	63	61,2	99	63,5	<2
4	30	29,1	41	26,3	<2
3-1	10	9,7	16	10,2	
Всего ответов	103	100	156	100	
6. Оцените полноту и качество представленной на сайте больницы информации (5 баллов – максимально, 1 - минимально)					
5	50	54,3	103	66,0	<2
4	26	28,3	25	16,0	
3-1	16	17,4	28	18,0	

<i>Всего ответов</i>	92	100	156	100	
<i>7. Довольны ли Вы качеством предлагаемого питания (5 баллов - максимально, 1 - минимально)?</i>					
5	55	52,9	80	51,3	<2
4	36	34,7	40	25,6	<2
3-1	13	12,4	36	23,1	<2
<i>Всего ответов</i>	104	100	156	100	

В Московской городской клинической психиатрической больнице № 3 им. В.А. Гиляровского приуроченное к проводимой в г. Москве реформе здравоохранения изучение удовлетворенности пациентов пребыванием и лечением в стационаре находится в начальной стадии. По представленным данным, также статистически значимо преобладают положительные оценки пациентов и их родственников, относящиеся к качеству проводимого лечения и условиям пребывания в стационаре, к предоставлению информации о заболевании, лечении, приеме лекарственных препаратов. Общим для анализируемых подходов к изучению удовлетворенности пациентов стационарным лечением является преобладание в анкетах двух сравниваемых учреждений позиций, относящихся к так называемой медицинской модели психиатрической помощи.

Проведенное исследование позволило выявить значительные сходства между двумя больничными учреждениями двух стран в историческом, законодательном, географическом, демографическом и организационном аспектах. Эти сходства в значительной мере определяют единство направлений деятельности учреждений в плане совершенствования гуманистического подхода к оказанию психиатрической помощи.

Для условий работы указанных учреждений в равной мере характерна высокая доступность помощи обслуживаемому населению, отмечается сходство в подходах к территориальному распределению стационарных и амбулаторных форм психиатрической помощи.

Полученные результаты могут быть использованы при разработке приемлемых для указанных учреждений рекомендаций по совершенствованию практики анкетирования пациентов для изучения и оценки качества психиатрической помощи.

Одной из таких рекомендаций может быть доработка анкеты удовлетворенности пациентов и их родственников стационарным лечением, используемой Московской городской клинической психиатрической больницей № 3 им. В.А. Гиляровского, в плане более подробного изложения вопросов, связанных с началом пребывания пациента в стационаре. Практика показывает, что первые впечатления пациента нередко имеют решающее значение для формирования его дальнейшего отношения к учреждению и его персоналу. Общей для обоих учреждений рекомендацией может быть включение в анкету вопросов, направленных на формирование у пациента установки на продолжение поддерживающей лекарственной и психосоциальной терапии в амбулаторных условиях.

4.3. Организация и методические особенности проведения психообразовательной работы

Работа по совершенствованию законодательного и нормативно-правового регулирования в сфере терапевтического просвещения и психообразования пациентов и их семей во Франции и России сопровождается активным использованием в обеих странах ресурса партнерского взаимодействия пациентов и персонала психиатрических служб.

Кросскультурные исследования в области организации психообразовательной работы, проводимые в структурно-динамическом аспекте, представляют интерес для специалистов обеих стран в плане обмена практическим опытом и в теоретическом отношении.

Предпосылками к обеспечению качества психообразовательной работы в обеих странах являются структура и кадровое обеспечение учреждений и подразделений, достаточные для обслуживания населения, проживающего на определенной территории.

С развитием полипрофессионального подхода к организации психообразования все большее значение приобретает критерий использования и развития инновационных технологий.

Соответственно возрастает роль методического обоснования, разработки и реализации психообразовательных программ.

Внедрение новых технологических модулей способствует решению кадровых вопросов, включая подготовку в области психообразовательной работы врачей-психиатров, врачей-психотерапевтов, медицинских сестер, психологов.

Нормативно-правовое обеспечение психообразовательной деятельности

Во Франции, согласно статье L111-4 Кодекса народного здравоохранения, являясь разновидностью терапевтического просвещения, программа психообразования может быть не принята пациентом. В соответствии с рекомендациями Министерства здравоохранения Франции от сентября 2008 г., терапевтическое просвещение рассматривается как процесс усиления способностей пациента и/или его окружения по восприятию его заболевания, основанный на комплексе мероприятий, являющихся частью плана лечения.

В ст. 79 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» прямые указания на терапевтическое просвещение и психообразование отсутствуют. Но при этом как на обязанность медицинских организаций, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, указывается на проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение факторов риска развития заболеваний и на раннее их выявление, а также на проведение пропаганды здорового образа жизни и санитарно-гигиенического просвещения населения. В Порядке оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденном приказом Министерства

здравоохранения Российской Федерации от 17.05.2012 № 566н, проведение психообразовательных программ входит в число основных функций психотерапевтических подразделений и отделений интенсивного оказания психиатрической помощи.

Принципиальное сходство законодательных и нормативно-правовых положений в обеих странах может быть отмечено в формулировании задач терапевтического просвещения и психообразования, в формулировании прав пациента на информацию об имеющихся у него психических расстройствах и на информацию о предлагаемых методах лечения, а также в формулировании права пациента на отказ от участия в психообразовании.

На уровне Министерства здравоохранения Франции установлено, что процесс психообразования пациента является обязательной частью плана лечения. При формулировании задач психообразования во Франции сделан акцент на формирование у пациента активной позиции, самостоятельности и дисциплинированности в отношении лечения. В России на уровне Учебно-методического объединения образовательных организаций подобная позиция выражена менее определенно. Приобретение пациентом соответствующих знаний и навыков связывается главным образом с надеждой на то, что они *могут* оказать влияние на становление пациента активным субъектом изменения своего поведения. (Таблица 9).

Таблица 9. Сравнительная характеристика нормативно-правового регулирования психообразовательной деятельности

№ п.п.	Наименование	Франция	Россия
1.	Определение	-терапевтическое просвещение пациента - процесс усиления способностей пациента и/или его окружения по восприятию его заболевания, основанный на комплексе мероприятий, являющихся частью плана лечения (Рекомендации Министерства здравоохранения Франции от сентября 2008 года)	-психообразование — осуществляемый поэтапно процесс обучения психиатрических пациентов в области психических заболеваний и оказания психиатрической помощи, что обеспечивает их необходимыми знаниями и оказывает влияние на их установки и поведение в отношении собственного здоровья (Рекомендации Учебно-методического объединения по медицинскому и фармацевтиче-

			скому образованию ВУЗов России, 2009)
2	Задачи	<p>Рекомендация № 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> -формирование у пациента самостоятельности путем приобретения знаний и навыков для того, чтобы стать активным субъектом изменения своего поведения, в частности, при изменениях формы лечения (в начале курса лечения, при изменении лечения, при случайных событиях), а также на протяжении всего процесса лечения; -обеспечение качества жизни, приемлемого для пациента; -обеспечение большей дисциплинированности пациента в плане лечения 	<ul style="list-style-type: none"> -информирование пациентов о психическом заболевании с целью понимания и изучения своего состояния для своевременного распознавания и контроля отдельных болезненных проявлений и симптомов; -обеспечение создания терапевтической среды, в которой пациенты могут вырабатывать адекватные навыки поведения и общения, совладания со сложными ситуациями; -обеспечение преемственности и непрерывности лечебного и реабилитационного процесса
3	Право на отказ	<p>Рекомендация № 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> -отказ пациента от программы терапевтического просвещения не может вызвать финансовые санкции медицинских страховых компаний в отношении застрахованного лица – пациента <p>Рекомендация № 5:</p> <p>терапевтическое просвещение:</p> <ul style="list-style-type: none"> -должно быть признано законодательно в отношении любого лица, имеющего хроническое заболевание и состояние которого этого требует -должно являться неотъемлемой частью скоординированного плана лечения медицинскими специалистами <p>Рекомендация № 7(основана на статье L111-4 Кодекса народного здравоохранения):</p> <ul style="list-style-type: none"> -пациент вправе не принять программу терапевтического просвещения, которая ему будет предложена 	<ul style="list-style-type: none"> -наличие информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство (за исключением случаев, предусмотренных Законом Российской Федерации о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании)
4	Необходимые условия	<ul style="list-style-type: none"> -информирование пациента о заболевании и об альтернативных формах терапии, предлагаемых наукой на данный момент (Закон от 4 марта 2002 г. «О правах пациентов и качестве системы здравоохранения» 	<ul style="list-style-type: none"> -информирование пациента о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения (Закон Российской Федерации о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании)

Методическое обеспечение организации психообразовательной деятельности в регионе

В обеих странах на уровне региональных органов управления здравоохранением вопросы организации психообразовательной деятельности разрабатываются достаточно активно.

По данным, представленным в Таблице 10, Региональный отдел здравоохранения Нормандии и Департамент здравоохранения г. Москвы в равной мере рассматривают психообразование в качестве приоритетного направления профилактической деятельности. При этом психообразовательная деятельность в равной мере относится к стационарным и амбулаторным пациентам независимо от стадии течения заболевания.

Отличительные особенности приоритетов региональных органов управления здравоохранением заключаются в следующем.

Департамент здравоохранения г. Москвы к стратегическим направлениям работы учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, относит полный охват программами психообразования первичных (с первым психотическим эпизодом) пациентов. Принципиальной установкой Департамента является ориентация на признание учреждениями равного значения психообразования пациентов и психообразования их родственников.

Региональный отдел здравоохранения Нормандии основополагающим принципом совершенствования психообразовательной деятельности в регионе в целях коррекции критериев ее эффективности считает осуществление периодического контроля за накоплением и использованием соответствующего положительного опыта работы участников психообразовательного процесса.

Различаются составы бригады специалистов, осуществляющих психообразовательную деятельность. В Нормандии психообразовательные программы реализуются врачом психиатром и тремя медицинскими сестрами, в Москве - врачом психиатром или врачом психотерапевтом и медицинским психологом.

Различается формат работы психообразовательных групп: *закрытых* в Нормандии и *открытых* в Москве. Участие в *открытых* группах позволяет пациенту или его родственнику не только присоединиться к их работе на любом этапе, но также, по желанию, повторять посещение психообразовательного цикла или отдельного занятия. В Москве в организации психообразовательных занятий с родственниками пациентов больше внимания уделяется вопросам организации психиатрической помощи и связанным с нею юридическим и социальным вопросам.

Таблица 10. Сравнительная характеристика методического обеспечения организации психообразовательной деятельности в регионе

№ п.п.	Наименование	Региональный отдел здравоохранения Нормандии	Департамент здравоохранения г. Москвы
1	Задачи психообразования пациентов	-терапевтическое просвещение (психообразование) пациента является одним из приоритетных направлений профилактической деятельности в регионе; -пациенты должны иметь возможность быть активными участниками их лечения; -специалисты должны включать новые формы работы в повседневную практику	-в стратегии развития психиатрической помощи в г. Москве в качестве одного из показателей ее эффективности заявлен 100% охват программами психообразования первичных (с первичным психотическим эпизодом) пациентов -разработаны рекомендации по психообразованию больных шизофренией с частыми обострениями (Оптимизация..) - программа психообразования включает информацию о болезни, ее причинах, течении, прогнозе, роли и характере медикаментозной терапии (Оптимизация..)
2	Задачи психообразования родственников пациентов		-информирование с целью формирования общего представления о целях и возможностях лечения психических расстройств -уменьшение эмоционального напряжения в семье в связи с госпитализацией пациента -участие в формировании комплаенса через обозначение роли семьи в процессе лечения (Ривкина Н.М., 2015)
3	Правила использования	-продолжительность исполь-	-пациент направляется на груп-

	<p>ния программы, утверждаемой региональным отделом здравоохранения</p>	<p>зования 4 года. По окончании данного срока необходимо новое разрешение регионального отдела здравоохранения</p> <ul style="list-style-type: none"> -критерии эффективности программы ежегодно уточняются бригадой во главе с координатором программы (врачом психиатром). В 2016 г. перечень критериев был дополнен критерием удовлетворенности и критерием коммуникации. Анкетирование удовлетворенности пациента проводится после каждого сеанса -эффективность программы обсуждается с участниками психообразовательного процесса 	<p>повые занятия заведующим отделения или лечащим врачом</p> <ul style="list-style-type: none"> -одновременно один из родственников приглашается на групповое психообразование для родственников пациентов -после каждого занятия пациент заполняет анкету обратной связи
4	<p>Состав и квалификация специалистов бригады, осуществляющей психообразовательную программу</p>	<ul style="list-style-type: none"> -члены бригады имеют необходимую специализацию в данной области -в состав бригады входит врач психиатр и три медицинских сестры -до начала цикла каждый пациент проходит консультацию с координатором программы (врачом психиатром) -на некоторые сеансы могут быть приглашены психолог, фармацевт и другие специалисты -учитывается мнение лечащего врача 	<ul style="list-style-type: none"> -в состав бригады входит врач психиатр или врач психотерапевт, медицинский психолог -занятие проводят два специалиста - врач психиатр или врач психотерапевт и медицинский психолог -врач психиатр или врач психотерапевт осуществляют информацию о болезни, роли и характере медикаментозной терапии и стимулируют пациента и его родственников к получению информации -медицинский психолог обеспечивает поддерживающую среду в группе, перед включением в программу проводит индивидуальное собеседование с целью оценки соответствия пациента критериям включения
5	<p>Характеристика участников психообразования</p>	<ul style="list-style-type: none"> -пациенты, участвующие в программе, могут быть госпитализированы в добровольном и недобровольном порядке, а также находиться на амбулаторном лечении -программа открыта для всех пациентов, независимо от географического сектора, а также для пациентов, нахо- 	<ul style="list-style-type: none"> -госпитализированные пациенты -амбулаторные пациенты -родственники пациентов

		дящихся под наблюдением негосударственного медицинского сектора	
6	Темы занятий с пациентами		-психическое заболевание. Причины. Механизмы. Развитие -распознавание ранних признаков обострения болезни -лекарственная терапия -способы совладания с болезнью - принцип преемственности в психиатрической помощи
7	Темы занятий с родственниками пациентов		- психиатрический диагноз. Симптомы психических расстройств. Шизофрения: проявления заболевания, возможности лечения, последствия заболевания -современные подходы к лечению психических расстройств. Возможности лекарственной терапии -этапы лечения психического расстройства: стационар, дневной стационар, диспансерные службы. Организация врачебного наблюдения за пациентом -юридические и социальные вопросы -жизнь семьи в условиях психической болезни. Правильное общение с заболевшим родственником

Организация психообразовательной деятельности в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь

При изучении работы двух учреждений в Нормандии и в г. Москве, имеющих много сходных характеристик, относящихся к организации оказания амбулаторной, полустационарной и стационарной психиатрической помощи, существенных различий по критериям включения пациентов в психообразовательные группы не установлено. Оба учреждения в равной степени ориентированы на проведение психообразования пациентов с эндогенными психическими расстройствами вне обострения и с достаточной способностью контролировать свое поведение. (Таблица 11).

Больничный Центр де Рювре в г. Руане придерживается практики более строгой регламентации проведения психообразовательных циклов с их большей ориентацией на медикаментозную терапию, большей продолжительностью и *закрытостью*, а также с более строго ограниченным числом участников занятий, по сравнению с Психиатрической клинической больницей № 3 им. В.А. Гиляровского в г. Москве.

В практике осуществления психообразовательной деятельности для Психиатрической клинической больницы № 3 им. В.А. Гиляровского характерна ориентация на адаптивную перестройку поведения пациента и с этой целью стремление предоставить пациентам и их родственникам возможность использовать не только повторное посещение того или иного занятия, но и повторение уже пройденного материала в структуре последующего занятия. Заслуживает изучения также практика проведения занятий с родственниками пациентов в период проведения занятий с пациентами.

Таблица 11. Сравнительная характеристика организации психообразовательной деятельности в учреждении

№ п.п.	Наименование	Больничный Центр де Рювре, г. Руан	Психиатрическая клиническая больница № 3 им. В.А. Гиляровского, г. Москва
1	Ориентация психообразовательных программ	-программа, адресованная пациентам с шизофренией в стадии стабилизации процесса	-программа, адресованная пациентам с первым психотическим эпизодом расстройств шизофренического спектра и давностью заболевания до 5 лет
2	Критерии исключения	-обострение психического расстройства	-острое психотическое состояние; интеллектуальное снижение; неспособность контролировать свое поведение; органические психозы
3.	Задачи и структура занятий	-улучшение знаний пациента о болезни и ее лечении -лучшее понимание симптомов болезни и того, как с ними справляться в повседневной жизни и как предотвращать осложнения	-знакомство, установление терапевтического альянса, создание атмосферы доверия и сотрудничества -обсуждение целей и правил поведения в группе -физическая разминка -когнитивная разминка (фонетическая и семантическая)

		<ul style="list-style-type: none"> -снижение количества госпитализаций -улучшение качества жизни пациента 	<ul style="list-style-type: none"> беглость) -краткое обсуждение тем предыдущих занятий -обсуждение основной темы занимает половину рабочего времени занятия -заполнение анкеты обратной связи
4	Максимальное число пациентов в группе	-10	-от 6 до 15
5	Характеристика психообразовательного процесса в работе с пациентами	<ul style="list-style-type: none"> -продолжительность цикла 2,5-3 месяца -в течение одного года предусмотрено проведение двух циклов -каждый цикл включает характеристику начального психообразовательного диагноза, описание 21 сеанса и характеристику заключительного психообразовательного диагноза -сеансы проводятся в отделении реабилитации два раза в неделю -занятия проводятся в <i>закрытых</i> группах (после начала программы новые участники не принимаются) 	<ul style="list-style-type: none"> -программа представляет собой цикл из 5 занятий. Цикл повторяются через каждые 3 месяца в течение года -периодичность занятий 1-2 раза в неделю, продолжительность занятия 45-60 минут -группы открытые (пациент может начать участвовать в программе на любом из ее этапов) -пациент посещает занятия в течение всей госпитализации, даже если темы занятий повторяются -пациенты могут несколько раз посетить цикл занятий, что способствует закреплению полученной информации -группы разделяются в зависимости от тяжести состояния пациентов. По мере улучшения состояния пациент может перейти в другую группу
6	Характеристика психообразовательного процесса в работе с родственниками пациентов		<ul style="list-style-type: none"> -включаются родственники пациентов, проходящих психообразование -программа представляет собой цикл из 5 занятий, длительностью 90 минут каждое -периодичность занятий: один раз в неделю -группы открытые -рекомендуемое число участников от 6 до 15 -родственники посещают занятия в течение всей гос-

			питализации, даже если те- мы занятий повторяются -занятие проводится врачом и психологом - конце каждого занятия за- полняется анкета обратной связи
--	--	--	---

Таким образом, приведенные данные о сходстве и различиях в подходах к организации психообразовательной деятельности в двух странах могут использоваться специалистами каждой из них для использования в своей работе, в том числе в целях уточнения критериев оценки качества психиатрической помощи.

Подходы к оценке эффективности используемых психообразовательных программ

С декабря 2015 года по июль 2017 года в Больничном Центре дю Рувре было проведено 6 циклов программы психообразования под названием «Моя болезнь и моё лечение». Программа адресована пациентам с шизофренией в стадии стабилизации процесса. В каждом цикле программы принимали участие 10 пациентов. Каждый цикл программы включал 21 сеанс.

Как уже было отмечено в главе 2, в психообразовательной программе представлены два основных направления:

через проведение ролевых игр (больные играют роль врача, а представители медицинского персонала играют роль пациента) изучаются распространённость, этиология, патогенез, симптоматика и лечение шизофрении с акцентом на усвоение пациентами возможностей медикаментозной терапии;

со своим доверенным лицом и психиатром в виде ролевой игры проводится обсуждение своих симптомов и адаптации к ним, обсуждается умение обнаруживать симптомы, указывающие на необходимость срочного обращения к врачу, особенно пациентами, принимающими нейролептики, обсуждается роль доверенного лица в обеспечении оказания срочной помощи.

Из 60 пациентов, участвовавших в программе, 25 были госпитализированы недобровольно, 10 были госпитализированы добровольно и 25 находились на амбулаторном лечении.

С целью улучшения качества проведения психообразовательной программы и для получения обратной связи от пациентов, были использованы анкеты. Анкета содержала следующие три вопроса, на которые пациенты должны были ответить после завершения цикла программы.

Удовлетворены ли Вы проведенным циклом программы?

Ваши положительные замечания по проведенному циклу программы?

Какие моменты, по Вашему мнению, необходимо улучшить?

В анкетировании приняли участие 50 пациентов, 10 пациентов предпочли не участвовать в анкетировании.

На предложение оценить свою удовлетворенность занятиями по 4-х балльной системе (Рис. 2) в 31 случае (62%) ответ был «очень удовлетворен»; в 13 случаях (26%) – «удовлетворен»; в 4 случаях (8%) – «не очень удовлетворен»; в 2 случаях (4%) – «не удовлетворен».

На вопрос анкеты «*Ваши положительные замечания по проведенному циклу программы?*» 20 (40%) пациентов ответили, что они удовлетворены полученной информацией со следующими замечаниями:

программа способствует интересному обмену информацией с участниками занятий – 5 (10%) пациентов;

программа помогает лучше понять заболевание – 10 (20%) пациентов;

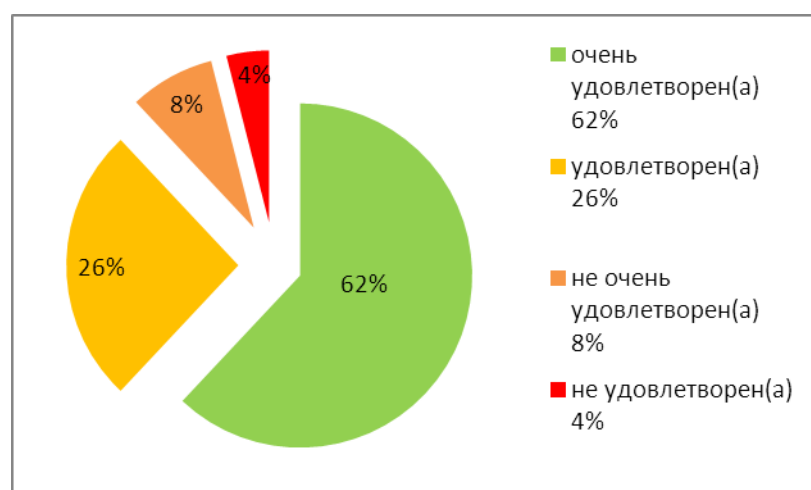
программа способствует лучшему пониманию симптомов болезни - 10 (20%) пациентов;

интересна информация по нейролептикам - 5 (10%) пациентов;

интересна информация по побочным эффектам лечения - 10 (20%) пациентов;

понравилось качество проводимых занятий - 20 (40%) пациентов.

Рис. 2. Удовлетворенность пациентов психообразовательной программой



На вопрос анкеты: «Какие моменты необходимо, по Вашему мнению, улучшить?» получены только два пожелания:

пригласить на занятие фармацевта (что было сделано в последующем) - 5 (10%) пациентов;

подробнее объяснять побочные эффекты нейролептиков - 20 (40%) пациентов.

Для оценки эффективности психообразовательной программы в Больничном Центре дю Рувре определялся уровень осознания болезни до начала и по окончании психообразовательного цикла. С этой целью на основе шкалы Insight Q8 Bourgeois, включающей восемь вопросов (Глава 2) устанавливался так называемый психообразовательный диагноз.

Психообразовательный диагноз устанавливался в зависимости от балльной оценки по шкале: 0-3 – «нет осознания болезни»; 4-6 – «среднее осознание болезни»; 7-8 – «хорошее осознание болезни» (Таблица 12).

Таблица 12. Оценка эффективности психообразовательной программы, направленной на информирование и обучение (число пациентов, участвующих в анкетировании)

Психообразовательный диагноз в баллах по шкале Insight Q8 Bourgeois	До начала цикла программы		По окончании цикла программы		Критерий Стьюдента
	n	%	n	%	
Нет осознания болезни (0-3)	10	16,7	2	3,3	
Среднее (4-6) и хорошее (7-8) осознание	50	83,3	58	96,7	2,31*

болезни					
Всего	60	100,0	60	100,0	

* Сравнение по критерию Стьюдента. Статистически значимо на уровне $p < 0,05$.

С сентября 2016 года по май 2017 года в Психиатрической клинической больнице № 3 им. В.А. Гиляровского г. Москвы в психообразовательную программу были включены 115 стационарных пациентов с первым психотическим эпизодом расстройств шизофренического спектра и давностью заболевания до 5 лет. Из указанного числа пациентов 38 были госпитализированы недобровольно, 77 - добровольно.

Как уже было отмечено в главе 2, в психообразовательная программа включает три основных направления:

наряду с получением сведений об этиологии, патогенезе, симптоматике и лечении психических расстройств пациенты и их родственники усваивают приемы предупреждения рецидива и восстановления социального функционирования, одновременно усваиваются модели обмена личным опытом;

пациенты приобретают навыки четкого формулирования вопросов к врачу, ответственности за соблюдение режима лечения и выполнение повседневных социальных обязанностей, контроля признаков ухудшения и улучшения своего состояния, оценки личных успехов;

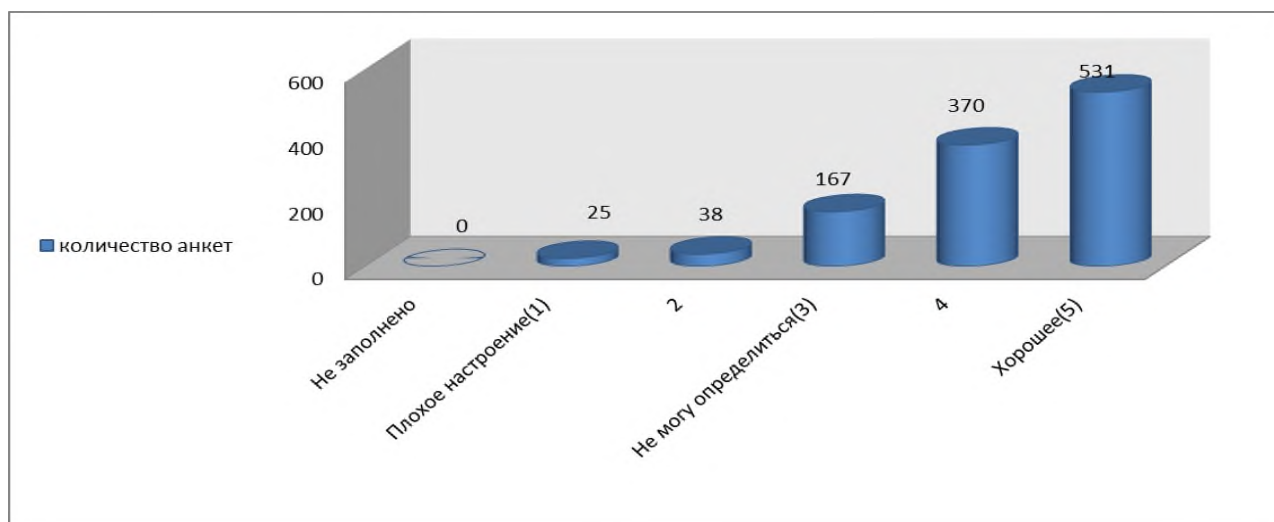
у пациентов формируется представление об этапах и длительности лечения (этап активного лечения в стационаре, этап продолжения лечения в дневном стационаре, этап поддерживающего лечения в диспансере, в отделении интенсивного оказания психиатрической помощи, по телефону доверия).

Для получения обратной связи от пациентов, и для последующего осуществления качественной и количественной оценки эффективности проведенной программы «Психообразование» были разработаны анкеты, содержащие четыре вопроса (Глава 2).

Отвечая на вопрос «*Какое у Вас настроение?*», пациенты оценивали свое настроение по 5 балльной шкале. Была заполнена 1131 анкета (Рис. 3). Результаты были следующими:

в 531 случае (46,9%) ответ был: «хорошее настроение (5 баллов)»; в 370 случаях (32,7%) – «4 балла»; в 167 случаях (14,8%) – «не могу определиться (3 балла)»; в 38 случаях (3,4%) – «2 балла», в 25 случаях (2,2%) – «плохое настроение (1 балл)».

Рис. 3. Оценка своего настроения



Отвечая на вопрос «*Получили ли Вы на занятии новую, полезную информацию?*», пациенты оценивали новизну и полезность полученной информации по 5 балльной шкале. Было заполнено 1128 анкет (Рис. 4):

в 532 случаях (47,2%) ответ был: «узнал достаточно (5 баллов)»; в 338 случаях (30,0%) – «4 балла»; в 170 случаях (15,1%) – «узнал, но недостаточно (3 балла)»; в 43 случаях (3,8%) – «2 балла», в 45 случаях (3,9%) – «нет, не узнал (1 балл)».

Отвечая на вопрос «*Прозвучали ли на занятии идеи, которые Вы могли бы применять на практике?*», пациенты оценивали практическую пользу и возможность практического воплощения материала занятия по 5 балльной шкале. Было заполнено 1126 анкет (Рис. 5): в 573 случаях (50,9%) ответ был: «положительным (5 баллов)»; в 296 случаях (26,3%) – «4 балла»; в 162 случаях (14,4%) – «не уверен (3 балла)»; в 33 случаях (2,9%) – «2 балла», в 62 случаях (5,5%) – «отрицательным (1 балл)».

Рис. 4. Оценка полезности полученной информации

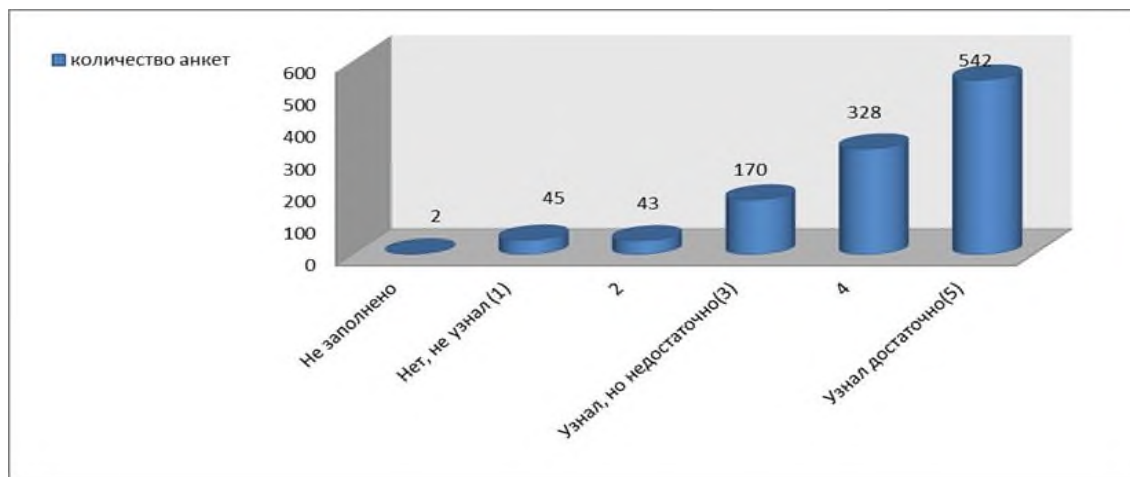
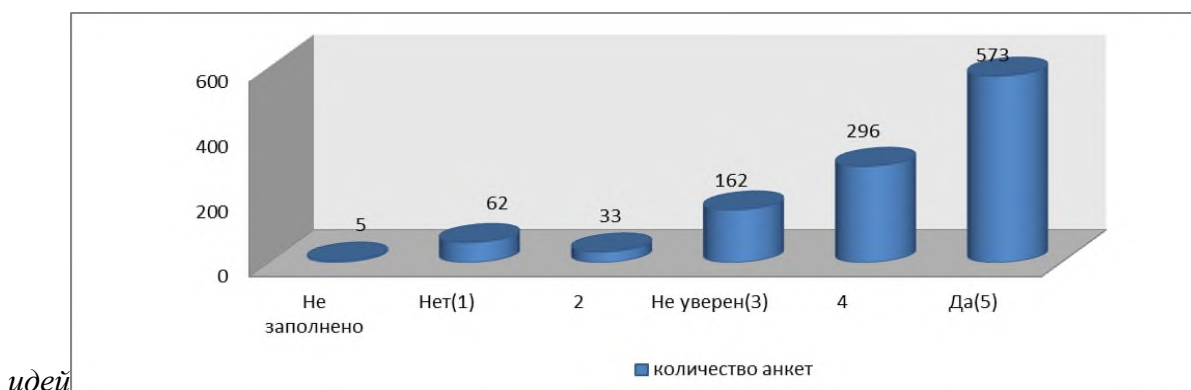


Рис. 5. Оценка практического значения услышанных идей



идей

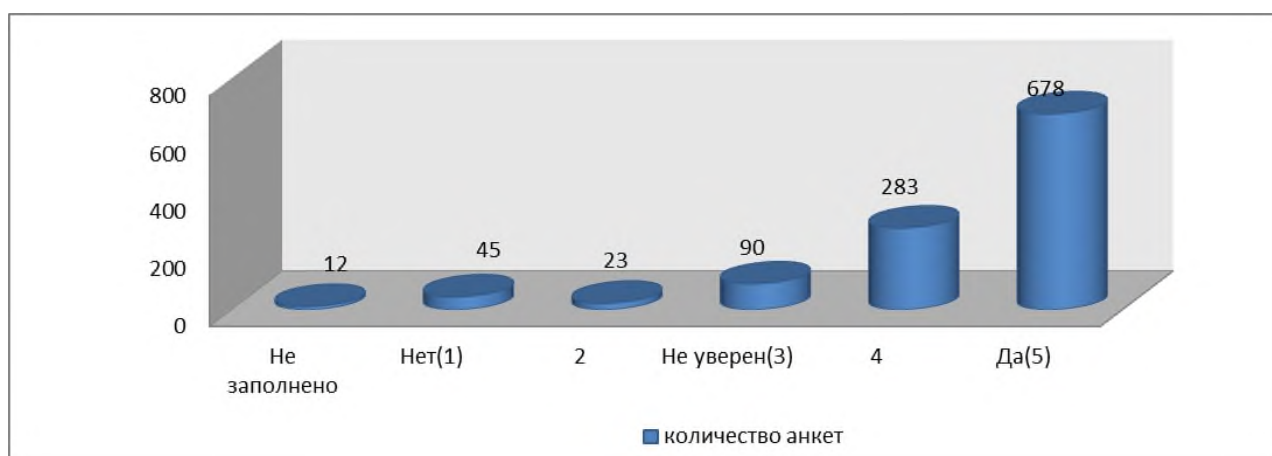
Отвечая на вопрос «Получили ли Вы информацию, которая могла бы Вам помочь в будущем?», пациенты оценивали материал занятия с точки зрения его полезности в будущем по 5 балльной шкале. Было заполнено 1119 анкет (Рис. б):

в 678 случаях (60,6%) ответ был: «положительным (5 баллов)»; в 283 случаях (25,3%) – «4 балла»; в 90 случаях (8,0%) – «не уверен (3 балла)»; в 23 случаях (2,1%) – «2 балла», в 45 случаях (4,0%) – «отрицательным (1 балл)».

На основе опросника обратной связи сотрудниками Психиатрической клинической больницы № 3 им. В.А. Гиляровского были разработаны следующие категории оценки. Если пациент набирал близкое к максимальному количество баллов (от 25 до 21 балла, по 5 баллов для каждого вопроса), то раскрытие и реализация темы занятия оценивались на «отлично»; от 20 до 15 баллов – «хорошо», от 14 до 10 баллов – «удовлетворительно», от 9 до 0 баллов – «неудовлетворительно» (Таблица 13).

В отличие от Франции, в России работа при реализации темы занятия была направлена не столько на информирование и обучение (Таблица 12), сколько на адаптивную перестройку поведения пациента (Таблица 13). Такая работа ориентируется, в частности, на развитие социальных навыков и приобретение пациентом навыков активного использования служб психиатрической помощи.

Рис. 6. Оценка получения информации, которая могла бы быть полезной в будущем



Особенно это относится к пациентам с первым психотическим эпизодом при расстройствах шизофренического спектра. Разработка эффективной помощи таким больным является приоритетным направлением, поскольку здесь было важно выстроить линию дальнейшей комплексной фармако- и психосоциальной терапии. Одной из ключевых задач при этом являлась работа с родственниками пациента, так как даже после успешного лечения риск рецидива заболевания во многом зависит от обстановки в семье. Как уже было отмечено (Таблица 11), родственники посещали занятия в течение всего времени госпитализации пациента.

Известно, что значительная часть больных с первым психотическим эпизодом может получать лечение во внебольничных условиях, вне отрыва от привычного социального окружения – поэтому в России большое значение придается именно семейному окружению, которое должно быть врачующим, саногенным, благоприятно влияющим на терапевтический процесс. Этим и

было обусловлено проведение параллельно идущих психообразовательных групп, пациентов и их родственников.

Таблица 13. Оценка эффективности психообразовательной программы, направленной на адаптивную перестройку поведения пациента (количество анкет)

Оценки	Отлично, хорошо, удовлетворительно		Неудовлетворительно		Критерий Стьюдента
	п	%	п	%	
Настроение	1068	94,5	63	5,5	24,4*
Полезность полученной информации	1041	92	90	8	30,5*
Практическое значение	1031	91,2	100	8,8	34,9*
Полезность в будущем	1051	93	80	7	35,7*
Всего	4191	100	333	100	

* Сравнение по критерию Стьюдента. Статистически значимо на уровне $p=0,001$.

Таким образом, в организации психообразовательной деятельности во Франции и России установлены сходства и различия в плане используемых подходов к проведению психообразовательной работы на уровне региональных учреждений, оказывающих психиатрическую помощь.

Тот факт, что в обеих странах вмешательства коротки и недороги – делает их привлекательными в плане внедрения в широкую клиническую сеть.

Приведенные данные о сходстве и различиях в подходах к организации психообразовательной деятельности в двух странах могут использоваться специалистами каждой из них в своей работе для уточнения структурных, процессуальных и связанных с конечным результатом критериев оценки качества психиатрической помощи.

Заключение

Представленные в главе 1 данные свидетельствуют о том, что в отличие от России, во Франции законодательные положения, регулирующие вопросы недобровольной психиатрической госпитализации, входят в структуру общего для здравоохранения закона.

В России указанные положения, представленные в законе, специально регулирующем вопросы оказания психиатрической помощи, их формулировки более детализированы: наряду с критерием непосредственной опасности лица используются критерий его беспомощности и критерий утяжеления состояния, если лицу своевременно не будет оказана психиатрическая помощь.

Во Франции больше внимания уделяется исполнению последовательно реализуемой, с указанием сроков и исполнителей процедуры недобровольной госпитализации. В России сроки рассмотрения вопроса о необходимости недобровольной госпитализации в судебном порядке вдвое короче, чем во Франции.

Представленные в главах 1, 3 и 4 данные указывают на актуальность и целесообразность исследований, направленных на разработку комплексного подхода к проведению кросскультурного сравнительного анализа законодательных, организационных и клинико-эпидемиологических факторов, способных оказывать влияние на показатели недобровольной госпитализации при оказании психиатрической помощи.

Для разработки указанного подхода необходимо:

определить сходства и различия между странами в законодательном и организационном регулировании вопросов недобровольной госпитализации;

изучить сходства и различия между странами в структуре и динамике клинико-эпидемиологических и организационных факторов, способных оказать влияние на оптимизацию процесса недобровольной госпитализации;

определить сходства и различия между странами по частоте диагностики у пациентов, госпитализированных в недобровольном порядке, органических психических расстройств, расстройств шизофренического спектра и аффективных расстройств;

определить сходства и различия между странами факторов, оказывающих влияние на показатели удовлетворенности пациентов и их семей решением вопросов недобровольной госпитализации при оказании психиатрической помощи.

Представленные в главе 3 клинические, демографические и психосоциальные данные, полученные в результате сплошного исследования психиатрических пациентов, госпитализируемых в недобровольном порядке, свидетельствуют о наличии сходства и различий между сравниваемыми странами по частоте диагностики наиболее распространенных психических расстройств у лиц, нуждающихся в подобного рода госпитализации.

В двух сравниваемых, отобранных по указанному единому принципу когортах пациентов установлено сходство по частоте диагностики двух групп расстройств: расстройств шизофренического спектра и психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ.

Установлены статистически значимые различия по частоте диагностики органических, включая симптоматические, психических расстройств, расстройств настроения (аффективных расстройств) и расстройств личности и поведения в зрелом возрасте. В диагностической структуре недобровольно госпитализируемых в России преобладают органические расстройства, а во Франции – аффективные расстройства и р-ва личности.

На большую тяжесть клинических проявлений у пациентов в России, нередко в соответствии с законодательством недобровольно госпитализируемых в психиатрический стационар не только по критерию непосредственной опасности для себя и окружающих, но также по критерию возможного утяжеления состояния здоровья и беспомощности, указывают статистически значимые различия в установлении инвалидности вследствие психических расстройств. Это равным образом имело место как в период анализируемой недобровольной психиатрической госпитализации, так и в прошлом. Отмечено, что в России у

пациентов в прошлом инвалидность статистически значимо чаще устанавливалась как вследствие психических, так и вследствие соматических расстройств.

Между двумя странами установлено сходство по продолжительности недобровольной психиатрической госпитализации на период от 16 до 30 дней, а также сходство по частоте первичного диагностирования психического расстройства в периоды от 0 до 5 лет и от 11 до 15 лет до даты недобровольной психиатрической госпитализации. Сходство отмечено также по показателям продолжительности динамического психиатрического наблюдения до момента недобровольной госпитализации от 0 до 5 лет и от 11 до 15 лет. Эти данные свидетельствуют о сходстве соответствующих групп пациентов по остроте психопатологических расстройств в указанные временные периоды.

Вместе с тем на большую в целом тяжесть клинических проявлений у недобровольно госпитализируемых пациентов в России могут указывать статистически значимые различия, установленные по случаям с наименьшей продолжительностью госпитализации (от 1 до 15 дней) во Франции и случаям с наибольшей продолжительностью госпитализации (более 30 дней) в России.

Статистически значимые различия установлены по длительности периода с момента первичного диагностирования у пациентов психического расстройства. Чаще впервые психическое расстройство диагностировалось у пациентов во Франции от 6 до 10 лет назад, в России - более 15 лет назад. Аналогичные различия отмечены по общей продолжительности периода динамического психиатрического наблюдения.

Данные, характеризующие отношение недобровольно госпитализированных пациентов к факту существования имеющихся у них психических расстройств, и, соответственно, наличие или отсутствие осознания психического расстройства и его тяжести, значительно различаются между двумя странами. Если во Франции пациенты при выписке из стационара в 12% случаев заявляют «Я действительно нуждался в лечении, но не понимал этого», то в России таких случаев не отмечено ни одного. Это может быть связано с ориентацией во Франции психообразовательной работы на более детальное ознакомление па-

циентов с клиническими проявлениями шизофрении и вопросами медикаментозной терапии при данном заболевании.

В России при выписке из стационара среди общего числа пациентов статистически значимо преобладает позиция «Я не нуждался в больничной помощи, но был госпитализирован».

Во Франции среди общего числа пациентов статистически значимо чаще имеет место неопределенная позиция «Затрудняюсь ответить», либо пациенты статистически значимо чаще не дают никакого ответа на вопрос об их отношении к их недобровольной госпитализации.

Определенная позиция пациентов с расстройствами шизофренического спектра и с аффективными расстройствами «Я действительно нуждался в лечении, но не понимал этого» или неопределенные позиции «Затрудняюсь ответить» или «Нет ответа», более характерна для Франции. Определенная, но с отрицательным знаком, позиция «Я не нуждался в больничной помощи, но был госпитализирован» преобладает у такого рода пациентов в России.

На вопрос о том, бывали ли у них ранее «психические срывы», положительный ответ статистически значимо чаще дают пациенты с расстройствами шизофренического спектра во Франции, а ответ «Затрудняюсь ответить» - в России.

В данной связи следует отметить, что не свойственная пациентам с органическими психическими расстройствами позиция «Я действительно нуждался в лечении, но не понимал этого» в равной мере проявляется в учреждениях обеих странах.

Позиции «Я не нуждался в больничной помощи, но был госпитализирован» и «Затрудняюсь ответить» более характерны для пациентов с органическими психическими расстройствами в России, а позиция «Нет ответа» для пациентов во Франции. Положительный или неопределенный ответ на вопросы о том, отмечали ли они у себя «психические срывы» в прошлом был более характерен для таких пациентов в России, отрицательный – для пациентов во Франции.

Кросскультурный анализ пола, возраста, образования, занятости и семейного положения пациентов, недобровольно госпитализированных в психиатрический стационар, показал следующее.

Статистически значимых количественных различий по полу и возрастной подгруппе пациентов до 35 лет между двумя странами не установлено. Вместе с тем во Франции статистически значимо преобладает по численности подгруппа пациентов в возрасте от 36 до 60 лет, а в России - возрастная подгруппа пациентов старше 60 лет, что соответствует более частой в России недобровольной госпитализацией в психиатрический стационар пациентов по поводу органических психических расстройств в пожилом возрасте.

Особый интерес для кросскультурного исследования представляют данные, относящиеся к образованию пациентов. Между двумя странами не установлено статистически значимых различий в численности подгрупп пациентов без образования и подгрупп пациентов, получивших среднее профессиональное и высшее образование. Вместе с тем во Франции численность подгрупп пациентов со средним и незаконченным высшим образованием оказалась статистически значимо большей, чем в России, что может объясняться более частой во Франции недобровольной госпитализацией в психиатрический стационар пациентов в более молодом возрасте с менее тяжелыми в прогностическом отношении психическими расстройствами.

Что касается занятости пациентов, то между двумя странами не было выявлено статистически значимых различий по количественному составу только в подгруппе безработных пациентов. Работающих и обучающихся пациентов было больше во Франции, чем в России, что может быть объяснено отмеченными выше возрастными различиями. Возрастными различиями и большей тяжестью клинических проявлений за счет органических психических расстройств можно объяснить и большее в России среди пациентов число пенсионеров по возрасту и по инвалидности.

Определенные сходства и различия были отмечены в части, относящейся к семейному положению пациентов. Сходными для двух стран оказались дан-

ные по числу холостых и незамужних, а также по числу разведенных пациентов. В силу более молодого возраста пациентов, во Франции статистически значимо более высокой была численность пациентов, состоящих в браке и в гражданском браке. Соответственно по причине более старшего возраста среди пациентов в России была большей численность вдов и вдовцов.

По представленным в главе 4 результатам исследования, характеризующим организацию взаимодействия и взаимовлияния стационарных и амбулаторных служб психического здоровья, установлено значительное сходство между сравниваемыми региональными психиатрическими учреждениями двух стран в распределении на обслуживаемой территории стационарных, полустационарных и амбулаторных форм помощи.

Между двумя учреждениями на обслуживаемых ими территориях не установлено существенных различий по величине показателей недобровольной психиатрической госпитализации.

К традиционным предпосылкам к оценке качества психиатрической помощи в обеих странах относятся структура и кадровое обеспечение учреждений и подразделений, достаточные для обслуживания населения, проживающего на определенной территории, с целью максимального сокращения сроков начала оказания помощи.

С развитием полипрофессионального подхода к организации помощи все большее значение для обеих стран приобретает критерий использования инновационных технологий.

Опыт Франции демонстративен в плане продуктивного использования принципа модульности в организации психиатрической помощи.

На протяжении десятилетий в стране при наличии кадровых ресурсов, превышающих средний по Европе уровень, применяется секторальное распределение психиатрической помощи, имеющее сходство с участковым распределением психиатрической помощи в России.

Вместе с тем, как показывают данные, представленные в главе 4, амбулаторная психиатрическая помощь во Франции оказывается более активно, чем в России.

За сопоставимый период число консультаций, проведенных врачами-психиатрами в Руане, в 2,7 раза превышает таковое в Москве, психологами - в 19,6 раза. В то время как в отчетности амбулаторных подразделений в Руане наибольшую распространенность, по сравнению с указанными специалистами, имеют сестринские консультации, в Москве консультативная деятельность психиатрических медицинских сестер не учитывается вообще.

Приведенные данные о различиях в подходах к модульной организации психиатрической помощи, оказываемой двумя сравниваемыми учреждениями, могут использоваться каждым из них для корректировки своей деятельности и уточнения критериев оценки качества психиатрической помощи.

По представленным в главе 4 результатам исследования, работа по совершенствованию нормативно-правового регулирования в сфере терапевтического просвещения и психообразования пациентов и их семей во Франции и России сопровождается активным использованием в обеих странах ресурса партнерского взаимодействия пациентов и персонала психиатрических служб.

Кросскультурные исследования в области организации психообразовательной работы, проводимых в структурно-динамическом аспекте, представляют интерес для специалистов обеих стран в плане обмена практическим опытом и в теоретическом отношении.

Принципиальное сходство нормативно-правовых положений в обеих странах может быть отмечено в формулировании задач терапевтического просвещения и психообразования, в формулировании прав пациента на информацию об имеющихся у него психических расстройствах и на информацию о предлагаемых методах лечения, а также в формулировании права пациента на отказ от участия в психообразовании.

Региональный отдел здравоохранения Нормандии и Департамент здравоохранения г. Москвы рассматривают психообразование в качестве приоритетного направления профилактической деятельности. При этом психообразовательная деятельность в равной мере относится к стационарным и амбулаторным пациентам независимо от стадии течения заболевания.

Отличительные особенности приоритетов названных региональных органов управления здравоохранением в сфере психообразования заключаются в следующем.

Департамент здравоохранения г. Москвы к стратегическим направлениям работы учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, относит полный охват программами психообразования первичных (с первым психотическим эпизодом) пациентов. Принципиальной установкой Департамента является ориентация на признание учреждениями равного значения психообразования пациентов и психообразования их родственников.

Региональный отдел здравоохранения Нормандии основополагающим принципом совершенствования психообразовательной деятельности в регионе в целях коррекции критериев ее эффективности считает осуществление периодического контроля за накоплением и использованием соответствующего положительного опыта работы участников психообразовательного процесса.

Различаются составы бригады специалистов, осуществляющих психообразовательную деятельность. В Нормандии психообразовательные программы реализуются врачом психиатром и тремя медицинскими сестрами, в Москве - врачом психиатром или врачом психотерапевтом и медицинским психологом.

Различается формат работы психообразовательных групп: *закрытых* в Нормандии и *открытых* в Москве. Участие в *открытых* группах позволяет пациенту или его родственнику не только присоединиться к их работе на любом этапе, но также, по желанию, повторять посещение психообразовательного цикла или отдельного занятия. В Москве в организации психообразовательных занятий с родственниками пациентов больше внимания уделяется вопросам

организации психиатрической помощи и связанным с нею юридическим и социальным вопросам.

При изучении работы двух учреждений в Нормандии и в г. Москве, имеющих много сходных характеристик, относящихся к организации оказания амбулаторной, полустационарной и стационарной психиатрической помощи, существенных различий по задачам психообразовательных занятий и по критериям включения пациентов в психообразовательные группы не установлено. Оба учреждения в равной степени ориентированы на проведение психообразования пациентов с эндогенными психическими расстройствами вне обострения и с достаточной способностью контролировать свое поведение.

В Больничном Центре де Рювре имеет место более строгая регламентация психообразовательных циклов, выражающаяся в их большей продолжительности и *закрытом* характере, в более ограниченном числе участников занятий, по сравнению с Психиатрической клинической больницей № 3 им. В.А. Гиляровского.

В Психиатрической клинической больнице № 3 им. В.А. Гиляровского пациентам и их родственникам дана возможность не только повторно посещать то или иное занятие, но и повторять пройденный материал на последующем занятии. Заслуживает внимания также практика параллельного во времени проведения занятий с родственниками и с пациентами.

Во Франции психообразовательная программа в большей мере ориентирована на обучение пациентов по вопросам, связанным с распознаванием симптомов шизофрении и ее медикаментозным лечением. В результате большей информированности имеет место большее осознание болезни и большая комплаентность пациентов.

В России работа психообразовательная программа направлена не только на информирование и обучение, но прежде всего на адаптивную перестройку поведения пациента, на развитие социальных навыков и формирование у пациента чувства удовлетворенности всем комплексом участвующих служб психиатрической помощи.

Практические рекомендации

Разработанный в ходе настоящего исследования комплексный подход к кросскультурному анализу нормативно-правовых, организационных и клинико-эпидемиологических данных в качестве методологической основы может быть использован для проведения международных, этнокультурных, межрегиональных и межучрежденческих сравнительных исследований в области оказания психиатрической помощи.

Обмен опытом между региональными и муниципальными органами управления здравоохранением и учреждениями, участвующими в оказании психиатрической помощи, особенно необходим в тех случаях, когда при равных или близких медико-географических, демографических, организационных и клинико-эпидемиологических условиях имеют место различия в показателях качества организации психиатрической помощи.

Как показали данные проведенного исследования, эффективность использования недобровольной психиатрической госпитализации может зависеть не только от организации лечебно-реабилитационной и психообразовательной деятельности специалистов психиатрических служб, но также от участия в организации психиатрической помощи законодательных и исполнительных органов власти страны и региона.

Выводы

1. Законодательные положения, регулирующие оказание психиатрической помощи в части недобровольной психиатрической госпитализации, в России более детализированы, чем во Франции. В отличие от Франции, в России наряду с критерием непосредственной опасности лица используются критерий беспомощности и критерий утяжеления состояния, если лицу своевременно не будет оказана психиатрическая помощь.

2. Между двумя странами не установлено статистически значимых различий по частоте диагностики в случаях недобровольной психиатрической госпитализации расстройств шизофренического спектра (31% во Франции и 39% в России), а также психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ (6,5% во Франции и 8% в России).

Законодательно предусмотренное использование в России критерия тяжести психического расстройства объясняет различия в частоте диагностики органических психических расстройств (3,5% во Франции и 41% в России; $p < 0,05$), аффективных расстройств (39,5% во Франции и 4% в России; $p < 0,05$) и расстройств личности (11% во Франции и 2% в России; $p < 0,05$). Тяжестью клинических проявлений обусловлены статистически значимые различия ($p < 0,05$) в продолжительности недобровольной госпитализации, в длительности периода диагностики психического расстройства и в возрастных характеристиках пациентов. Соответственно среди недобровольно госпитализируемых пациентов во Франции статистически значимо больше, чем в России ($p < 0,05$), лиц со средним и незаконченным высшим образованием, работающих и обучающихся, состоящих в браке. В России среди недобровольно госпитализируемых пациентов преобладают ($p < 0,05$) пенсионеры по возрасту и по инвалидности, значимо больше число вдов и вдовцов.

3. Различной тяжестью клинических проявлений и различными подходами к организации психообразовательной работы объясняются данные, характе-

ризующие различия между контингентами недобровольно госпитализируемых пациентов в двух странах в осознания пациентами факта заболевания.

Во Франции при выписке из стационара пациенты в 12% случаев заявляют о том, что они нуждались в лечении, но не понимали этого. В России таких случаев не было отмечено ни одного.

При органических психических расстройствах с характерным для пациентов выраженным снижением критических функций позиция «Я не нуждался в больничной помощи, но был госпитализирован» и «Затрудняюсь ответить» более характерна для пациентов в России, а позиция «Нет ответа» - для пациентов во Франции. Положительный или неопределенный ответ на вопрос о том, отмечали ли они у себя «психические срывы» в прошлом, более характерен для пациентов в России, отрицательный – для пациентов во Франции.

При расстройствах шизофренического спектра и аффективных расстройствах определенная позиция «Я действительно нуждался в лечении, но не понимал этого» или неопределенные позиции «Затрудняюсь ответить» или «Нет ответа», более характерны для пациентов во Франции.

4. В аспекте организации психиатрической помощи значительное сходство между двумя странами отмечено в подходах к достижению сбалансированного территориального распределения стационарных, полустационарных и амбулаторных консультативных форм помощи. Между сравниваемыми учреждениями двух стран не установлено существенных различий по величине показателей недобровольной психиатрической госпитализации (22,3% во Франции и 25,4% в России).

4.1. К традиционным предпосылкам к оценке качества психиатрической помощи в обеих странах относятся структура и кадровое обеспечение учреждений и подразделений, достаточные для своевременного обслуживания населения, проживающего на определенной территории. Вместе с тем число консультаций, амбулаторно проводимых врачами-психиатрами и психологами в Руане, многократно превышает таковое в Москве; в отчетности амбулаторных подразделений в Руане наибольшую распространенность имеют сестринские

консультации, в Москве консультативная деятельность психиатрических медицинских сестер не учитывается вообще.

4.2. Региональные органы управления здравоохранением в обеих странах в равной мере рассматривают психообразование и партнерское взаимодействие пациентов и персонала психиатрических служб в качестве основных направлений профилактической деятельности.

Отличительные особенности приоритетов региональных органов управления здравоохранением в области психообразования заключаются в следующем.

В России принципиальной установкой является ориентация на признание равного значения психообразования пациентов и их родственников. Во Франции основополагающим принципом совершенствования психообразовательной деятельности является осуществление региональным органом управления здравоохранением контроля за накоплением и использованием положительного опыта работы участников психообразовательного процесса.

4.3. Различается формат работы психообразовательных групп: *закрытых* во Франции и *открытых* в России.

Во Франции строгая регламентация проведения *закрытых* психообразовательных групп, включая большую продолжительность психообразовательных циклов, ограниченное число участников занятий, ориентация пациентов на распознавание ее симптомов шизофрении и ее медикаментозное лечение обеспечивает их большую комплаентность.

В России участие в *открытых* группах позволяет пациентам и их родственникам участвовать в психообразовании на любом этапе программы, повторять посещение психообразовательного цикла или отдельного занятия. При проведении занятий больше внимания уделяется вопросам организации психиатрической помощи. Психообразовательная программа главным образом направлена на перестройку поведения пациента и на развитие социальных навыков.

В обеих странах необходимо проведение сравнительных исследований недобровольных госпитализаций в целях оценки эффективности указанных двух моделей психообразования с использованием тестирования отношения пациентов к медикаментозному и психосоциальному лечению, изучения копинг-стратегий, оценки мотивации участия в психообразовательных программах.

Литература

1. Ангелова-Барболова, Н.С. Правовые аспекты недобровольной госпитализации в психиатрический стационар в Республике Болгария и Российской Федерации / Н.С. Ангелова-Барболова, А.Ю. Березанцев // Российский психиатрический журнал. – 2007. - №4. – С. 47-52.
2. Ангелова-Барболова, Н.С. Недобровольная госпитализация в психиатрический стационар в Республике Болгария и Российской Федерации / Н.С. Ангелова-Барболова, А.Ю. Березанцев // Правовые и этические проблемы психиатрической помощи. Материалы научно-практической конференции 30 ноября 2009 г. - М., 2007. – С. 13-18.
3. Анисимова, Н.А. Терапия и психосоциальная реабилитация больных шизофренией, госпитализированных в недобровольном порядке: Автореф. дис. канд. мед. наук / Н.А. Анисимова. - Белгород, 2008. 16 с.
4. Аппельбаум, П.С. Почти революция: международная ситуация с законом о недобровольной госпитализации / П.С. Аппельбаум // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. - №9(1). С. 49-56.
5. Бабушкина, Е.И. Применение недобровольных форм психиатрической помощи в городах и сельской местности Свердловской области / Е.И. Бабушкина // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. - №8(4). – С. 117-120.
6. Бахшыев, Х.А.. Опыт внедрения интегрированной системы менеджмента в Нижневартовском психоневрологическом диспансере / Х.А. Бахшыев, О.Н. Гринченко // Вестник Росздравнадзора. 2013. - №3. – С. 61-67.
7. Белорже, Ж.-М. Госпитализация без согласия: Какая практика и какое законодательство необходимо для психиатрии XXI века? / Ж.-М. Белорже, М. Лукомская // Социальная и клиническая психиатрия. - 2006. - №16(1). - С.75-79.
8. Былим, И.А. Пациенты и их близкие: оценка качества психиатрической помощи / И.А. Былим, Е.Б. Любов // Психическое здоровье. 2010. - №8. – С. 56-71.
9. Варавин, А.П. Программы психосоциальной реабилитации и субъективная удовлетворенность лечением пациентов психиатрического стационара /

А.П. Варавин А.П. // Тезисы Общероссийской конференции 19-21 сентября 2013 г. «Трансляционная медицина - инновационный путь развития современной психиатрии». - Самара, 2013. – С. 58-59.

10. Вид, В.Д. Оценка субъективной удовлетворенности больного лечением в психиатрическом стационаре: разработка измерительного инструмента. Сообщение 2 / В.Д. Вид, Н.Б. Лутова и соавт. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2007. - №4(2). – С. 8-10.

11. ВОЗ. Европейская декларация по охране психического здоровья «Проблемы и пути их решения» / ВОЗ // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2005. - №9. - С. 81-85.

12. ВОЗ. Европейский план действий по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения / ВОЗ // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2005. - №10. - С. 75-82.

13. Гурович, И.Я. Отделение интенсивного оказания психиатрической помощи во внебольничных условиях / И.Я.Гурович // Психиатрия: Национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 117-118.

14. Гурович, И.Я. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: Современные тенденции / И.Я. Гурович, Н.Д. Семенова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. - №4. – С. 78-86.

15. Гурович, И.Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Я.А. Сторожакова. - М.: ИД МЕДПРАКТИКА, 2004.

16. Гурович, И.Я. Недобровольная госпитализация/ И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, В.Б. Голланд, Н.М. Зайченко // Психиатрическая служба в России в 2006-2011 гг. (динамика показателей и анализ процессов развития). - М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2012. - С. 196-216.

17. Гурович, И.Я. Отдельные виды психосоциальных воздействий / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Е.Б. Любов // Психиатрия: Национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 474.

18. Гурович, И.Я. Организация отделения интенсивного (настойчивого) лечения в сообществе: содержание психиатрической помощи и ее эффективность / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, А.А. Уткин, О.Н. Степанова, А.Д. Шеллер, Н.Б. Турушева // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. - М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2007. - С. 204-216.
19. Данилова, С.В. Роль психообразования в улучшении качества психиатрической помощи / С.В. Данилова // Российский психиатрический журнал. – 2011. - №4. – С 36-40.
20. Дженкинс, Р. Вопросы разработки национальной политики в области психического здоровья / Р. Дженкинс, Э. МакКаллок, Л. Фридли, К. Паркер. - М.: ИД МЕДПРАКТИКА, 2005. – 228 с.
21. Еричев, А.Н. Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией / А.Н. Еричев // Социальная и клиническая психиатрия. - 2007. - №3. – С. 43–47.
22. Жаркова, М.Л. Психологическая консультация и поддержка, психотерапия / М.Л. Жаркова // http://www.psytherapies.com/psytherapies/Kto_est_kto.html
23. Закон Республики Молдова от 16.12.1997 №1402-ХІІІ «О психическом здоровье».
24. Закон Российской Федерации от 2 июля 1992 года № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях граждан при её оказании».
25. Институт государства и права Российской академии наук и Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. «Законодательство Российской Федерации в области психиатрии. Комментарий к Закону Российской Федерации о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». - М.: Спарк, 2002.
26. Кабанова, Т.Н. Связь субъективных оценок пациентов, находящихся на принудительном лечении, с выраженностью негативной симптоматики и уровнем когнитивного функционирования / Т.Н. Кабанова, Б.А. Казаковцев // Психология и право. – 2014. - №3. – С. 32-40. http://psyjournals.ru/psyandlaw/2014/n3/72713_full.shtml

27. Казаковцев, Б.А. О реформе психиатрической помощи / Б.А. Казаковцев // Независимый психиатрический журнал. – 2004. - №4. – С. 28-31.
28. Казаковцев, Б.А. Развитие служб психического здоровья: Руководство для врачей / Б.А. Казаковцев // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 672 с.
29. Казаковцев, Б.А. Значение психосоциальной работы для профилактики первичной инвалидности при психических расстройствах / Б.А. Казаковцев, В.Г. Булыгина, Н.К. Демчева // Психическое здоровье. – 2013. - №9. – С. 19-25.
30. Казаковцев, Б.А. Обеспеченность психиатрических служб специалистами с немедицинским образованием / Б.А. Казаковцев, Н.К. Демчева и соавт. // Психическое здоровье. – 2015. - №2. – С. 11-20.
31. Казаковцев, Б.А. Обеспеченность амбулаторных служб должностями врачей психиатров и психотерапевтов / Б.А. Казаковцев, Н.К. Демчева, А.В. Яздовская // Психическое здоровье. – 2014. - №3. - С. 3-8.
32. Казаковцев, Б.А. Профилактика суицидов и психосоциальная реабилитация как основные критерии оценки деятельности амбулаторных психиатрических и психотерапевтических служб / Б.А. Казаковцев, Н.К. Демчева, В.Г. Булыгина // Клинико-организационные и социальные вопросы психиатрии. Материалы научно-практической конференции, посвященной 120-летию Психиатрической клинической больницы № 1 им. Н.А. Алексеева. - М., 2014. - С. 35-40.
33. Казаковцев, Б.А. Организация и проектирование психиатрических стационаров в регионах России / Б.А. Казаковцев, Л.Ф. Сидоркова, А.П. Моисеенко // - М.: Минздрав России, 1997. – 297 с.
34. Казаковцев, Б.А. Организация и проектирование внебольничных учреждений и подразделений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь в регионах России. Реконструкция крупных психиатрических стационаров / Б.А. Казаковцев, Л.Ф. Сидоркова, Е.И. Мурашова, А.П. Моисеенко, М.В. Толмачева // - М.: Минздрав России, 1999. - 304 с.
35. Калинина, Е.В. Факторы, оказывающие влияние на первичную обращаемость пациентов к врачу-психиатру / Е.В. Калинина // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2014. - №10. – С. 66

36. Кодекс профессиональной этики психиатра. Принят на Пленуме Правления Российского общества психиатров 19 апреля 1994 г.
37. Коллектив авторов. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99) (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации) - Под общей редакцией Б.А. Казаковцева, В.Б. Голланда // - М.: Минздрав России, 1998. - 512 с.
38. Королькова, И.И. Агрессивное поведение больных шизофренией (конституционально-личностные, клинико-динамические и адаптационные аспекты): Автореф. дис. канд. мед. наук / И.И. Королькова - Томск, 2001. - 20 с.
39. Костюк, Г.П. Современная внебольничная психиатрическая помощь в Москве / Г.П. Костюк // Внебольничная психиатрическая помощь в Москве (история и современность). - М.: Галерея, 2016. – С. 33-50.
40. Левина, Н.Б. Оценка качества психиатрической помощи пациентами и их близкими / Н.Б. Левина, Е.Б. Любов // Материалы Общероссийской конференции «Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах». - М.: РОП, 2009. – С. 160-161.
41. Леонтьев, И.Л. Научное обоснование основных направлений совершенствования региональной службы психического здоровья (на примере Свердловской области): Автореф. дис. докт. мед. наук / И.Л. Леонтьев - М., 2004.
42. Лутова, Н.Б. Структура комплаенса у больных с эндогенными психическими расстройствами: Автореф. дис. докт. мед. наук / Н.Б. Лутова - СПб, 2013.
43. Любов, Е.Б. Оценка больничными пациентами своих потребностей и удовлетворенности психиатрической помощью / Е.Б. Любов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. - №22(4). – С. 51-56.
44. Мазур, М.А. Об опыте работы Кемеровской областной психиатрической больницы по улучшению организации и повышению качества психиатрической помощи населению: Методические рекомендации / М.А. Мазур - Кемерово, 1981.
45. Мак-Дайд, Д. Реферат: Психиатрическая помощь, часть I. Основные вопросы организации психиатрической помощи в Европе / Д. Мак-Дайд, Г. Тор-

никрофт. – ВОЗ: Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2005.

46. Мак-Дайд, Д. Реферат: Психиатрическая помощь, часть II. Реорганизация психиатрической помощи: роль стационаров и служб по месту жительства / Д. Мак-Дайд, Г. Торникрофт. – ВОЗ: Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2005.

47. Мак-Дайд, Д. Реферат: Психиатрическая помощь, часть III. Финансирование психиатрической помощи: в Европе / Д. Мак-Дайд, М. Напп, К. Карран - ВОЗ: Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2005.

48. Малыгин, Я.В. Валидизация опросника «Уровень активности пациента» в психиатрической практике / Я.В. Малыгин, Б.Д. Цыганков // Психическое здоровье. – 2015 - №2. – С. 3—10.

49. Менделевич, В. Анализ понятия тяжести психических расстройств при наркомании с позиции обоснованности процедуры недобровольной госпитализации / В. Менделевич // <http://www.narcom.ru/publ/info/961>

50. Методические рекомендации Минздравсоцразвития России от 22.02.2005 «Модели межведомственной мультидисциплинарной бригадной работы при оказании психиатрической помощи». - Москва-Екатеринбург, 2005. - 42 с.

51. Мировая статистика здравоохранения – 2013. - ВОЗ, 2013.

52. Мовина Л.Г. Психосоциальная терапия больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами: Автореф. дис. канд. мед. наук. / Л.Г. Мовина - М., 2005. - 24 с.

53. Мовина, Л.Г. Групповая работа с психически больными по психообразовательной программе: Методические рекомендации / Мовина Л.Г., Сальникова Л.И. Сальникова, Н.Д. Семенова и соавт. - М., 2002. - 20 с.

54. Моисеенко, А.П. Альбом проектных решений блок-модулей для строительства и реконструкции подразделений и учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь / А.П. Моисеенко, Л.Ф. Сидоркова, П.А. Панов, Б.А. Казаковцев - М.: Минздрав России, 1999. - 113 с.

55. Москаль, И.В. Недобровольная госпитализация психически больных: Автореф. дис. канд. мед. наук / И.В. Москаль - М., 1994. - 26 с.
56. Незнанов, Н.Г. Организационная эволюция системы психиатрической помощи / Н.Г. Незнанов, Л.В. Кочорова, Н.И. Вишняков, А.В. Борцов - Спб, 2006.
57. Новак, Е.С. Социальная работа за рубежом / Е.С. Новак, Е.Г. Лозовская, М.А. Кузнецова - Волгоград: Издательство ВолГУ, 2001. - 172 с.
58. Оптимизация амбулаторной помощи больным параноидной шизофренией с частыми обострениями с помощью комплексного психообразовательного подхода: Методические рекомендации № м13 Департамента здравоохранения Правительства г. Москвы / Составители: Мосолов С.Н. и др. - М., 2010. - 31 с.
59. Осокина, О.И. Диагностика и психотерапевтическая коррекция нарушения осознания психической болезни при шизофрении на этапе госпитализации в психиатрический стационар. / О.И. Осокина //Медицина психологія. – 2011. - №1. – С. 49-52.
60. Полубинская С.В. Опасность лиц, страдающих психическими расстройствами, в исследованиях и практике / Полубинская С.В. // Независимый психиатрический журнал. – 2008. - №1. – С. 19-24.
61. Постановление Правительства Российской Федерации от 10.05.2007 № 280 «О федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007-2012 годы».
62. Приказ Минздрава России от 27.03.2002 № 98 «Об отраслевой программе «Реорганизация сети психиатрической помощи в Российской Федерации (2003-2008 годы)».
63. Приказ Минздрава России от 26.11.1996 № 391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь».
64. Приказ Минздрава России от 28.07.1997 № 226 «О подготовке специалистов по социальной работе и социальных работников, участвующих в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи».

65. Приказ Минздрава России от 08.04.1998 № 108 «О скорой психиатрической помощи».
66. Приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 N 566н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».
67. Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи. Резолюция 46/119 от 17.12.1991 // Резолюции и решения, принятые Генеральной Ассамблеей на 46 сессии ООН. – 1991. - №1. – С. 264-270.
68. Ривкина, Н.М. Психосоциальная работа (модуль) по «комплаенс-терапии» с родственниками больных шизофренией с первым психотическим эпизодом / Н.М. Ривкина // Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных: Практическое руководство - М.: ИД «Медпрактика-М», 2015. – С. 288-304.
69. Родина, А. Здравоохранение Франции: устройство, положительный опыт и результаты реформирования / А. Родина // <http://xn--90asehmeeq.xn--p1ai/pub-fr.htm>
70. Роднева, И. Организация психиатрической помощи во Франции / И. Роднева // *НейроNews. Психоневрология и нейропсихиатрия.* – 2012. №10.
71. Руженков, В.А. Проблемы недобровольной госпитализации и лечения больных шизофренией / В.А. Руженков, Н.А. Щербак // *Успехи современного естествознания.* – 2006. - №6. – С. 12-15.
72. Сальникова, Л.И. Групповая работа с психически больными по психологической образовательной программе: Пособие для врачей / Л.И. Сальникова, Л.Г. Мовина - М., 2002. - 39 с.
73. Сальникова, Л.И. Работа с семьями в системе психосоциальной терапии больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами / Л.И. Сальникова, Н.М. Ривкина // *Социальная и клиническая психиатрия.* - 2009. - №19(1). – С. 65-75.
74. Самсонова, Н.А. Метод оценки и контроля качества медицинской помощи в системе управления деятельностью учреждений здравоохранения / Н.А.

Самсонова, А.И. Артамонова // Материалы Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием 13-14 сентября 2007 г. «Современные подходы к управлению качеством медицинской помощи». - Новосибирск, 2007. – С. 63-65.

75. Сандье, С. Системы здравоохранения: время перемен. Франция. 2004 / С. Сандье, В. Пари и соавт. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

76. Свиридов, И.Г. Организация психообразования пациентов и их родственников: Методические рекомендации / И.Г. Свиридов. - Рязань, 2013. - 16 с.

77. Семенова, Н.Д. Повышение уровня мотивации при шизофрении: использование внутренних подкрепляющих свойств когнитивной стимуляции / Н.Д. Семенова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. - №1. – С. 80-87.

78. Семенова, Н.Д. Психообразование: проблемы и направления исследований / Н.Д. Семенова, А.Ю. Кузьменко, Г.П. Костюк // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. – 2016. - №4. – С. 22-32.

79. Семенова, Н.Д. Проблема образования психически больных / Н.Д. Семенова, Л.И. Сальникова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. - №8(4). – С. 30–39.

80. Семенова, Н.Д. К вопросу о группах самопомощи психически больных / Н.Д. Семенова, Н.В. Чернов, М.В. Созинова // Современная терапия в психиатрии и неврологии. - 2017. - №3. – С. 13–18.

81. Сиабра-Диниш, Т. История развития концепции шизофрении и понимание ее в СССР и во Франции: Автореф. дис. канд. мед. наук / Т. Сиабра-Диниш - М., 1978. - 19 с.

82. Солохина, Т.А. Качество психиатрической помощи (организационные и экономические аспекты): Автореф. дис. докт. мед. наук. / Т.А. Солохина - М., 2003.

83. Солохина, Т.А. Нарушения психического здоровья: в помощь семье. Под редакцией проф. В.С. Ястребова. 3-е издание / Т.А. Солохина, Э.Г. Рытик,

Ю.В. Сейку, Л.С. Шевченко, В.В. Балабанова, Л.С. Иншина. - М.: МАКС Пресс, 2008. - 100 с.

84. Солохина, Т.А. Оценка качества психиатрической помощи: технология социологического опроса пациентов, членов их семей, работников психиатрических учреждений: Методическое пособие / Т.А. Солохина, В.С. Ястребов, Л.С. Шевченко - М.: МАКС Пресс, 2014. - 80 с.

85. Сосновский, Ф.Ю. Удовлетворенность пациентов психиатрической помощью как критерий ее качества (клинико-социологическое исследование): Автореф. дис. канд. мед. наук / Ф.Ю. Сосновский. - М., 1995.

86. Степанова, О.Н. Комплексная полипрофессиональная помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в отделении стойкого (интенсивного) лечения в сообществе: Дис канд. мед. наук / О.Н. Степанова. - М., 2009. - 174 с.

87. Усов, Г.М. Недобровольная госпитализация в психиатрический стационар (клинические и организационные аспекты): Автореф. дис. канд. мед. наук / Г.М. Усов - Новосибирск, 2002. - 19 с.

88. Усов, Г.М. Общественная опасность лиц, страдающих психическими расстройствами (клинико-патогенетический и реабилитационный аспекты): Автореф. дис. докт. мед. наук / Г.М. Усов - Томск, 2008. - 45 с.

89. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

90. Шадрина, Л. Психиатрия и право: взгляд изнутри / Л. Шадрина // Наша газета «Личное дело». – 2003. - №9. <http://www.prpc.ru/gazeta/66/psychiatry.shtml>

91. Шендеров, К.В. Отделение интенсивного оказания психиатрической помощи: особенности контингента и оценка эффективности комплексного лечения / К.В. Шендеров, Н.Г. Шашкова, А.О. Лапшин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. - №24(2). – С. 33-39.

92. Ястребов, В.С. Основные положения концепции обеспечения качества психиатрической помощи / В.С. Ястребов, Т.А. Солохина // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2003. - №5. – С. 4-10.

93. Ястребов, В.С. Экономическая оценка последствий психических заболеваний: Методические рекомендации для врачей-психиатров и организаторов здравоохранения / В.С. Ястребов, Т.А. Солохина, Л.С. Шевченко, Н.А. Творогова, Т.Л. Харькова, В.Г. Митихин - М.: МАКС Пресс, 2009. - 32 с.
94. Adair, C.E. Continuity of Care and Health outcomes among persons with severe mental illness / C.E. Adair, McDougall et al. // *Psychiatr. Serv.* – 2005. - Vol. 56(9). - P 1061-1069.
95. Anfang, S.A. Civil commitment – the American experience / S.A. Anfang, P.S. Appelbaum // *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.* – 2006. - Vol. 43(3). – P. 209-218.
96. Antoniotti, S., Baumstarck-Barrau K. et al. Validation of a French hospitalized patients' satisfaction questionnaire: the QSH-45 / S. Antoniotti, K. Baumstarck-Barrau et al. // *Int. J. Qual. Health Care.* – 2009. - Vol. 21(4). – P. 243-252.
97. Attkisson, C.C. The client satisfaction questionnaire. Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome / C.C. Attkisson, R. Zwick // *Eval. Program Plan.* – 1982. - Vol. (3). – P. 233-237.
98. Aviram, U. Screening services in civil commitment of the mentally ill: an attempt to balance individual liberties with needs for treatment / U. Aviram // *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law.* – 1993. - Vol. 21(2). – P. 195-211.
99. Baranowski, P. The circumstances of using physical restraint in psychiatric services / P. Baranowski, T. Pawlowski // *Psychiatr. Pol.* – 2006. -.Vol. 40(4). – P. 657-669.
100. Barker, D.A. The Psychiatric Care Satisfaction Questionnaire: a reliability and validity study / D.A. Barker, M.W. Orrell. // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 1999. - Vol. 34(2). – P. 111-116.
101. Bechdolf, A. A randomized comparison of group cognitive- behavioural therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia / A Bechdolf et al. // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* – 2004. - Vol. 110(1). – P. 21-28.
102. Bellhouse, J. Decision-making Capacity in Adults: Its Assessment in Clinical Practice / J. Bellhouse, A. Holland et al. // *Advances in Psychiatric Treatment.* – 2001. – S. 7. – P. 294-301.

103. Bener, A. Gender difference on patients' satisfaction and expectation towards mental health care / A. Bener, S. Ghuloum // *Niger J. Clin. Pract.* – 2013. Vol. 16(3). – P. 285-291.
104. Bengtsson-Tops, A. Clinical and social changes in severely mentally ill individuals admitted to an outpatient psychosis team: an 18-month follow-up study / A. Bengtsson-Tops, L. Hansson // *Scand. J. Caring Sci.* – 2003. Vol. 17(1). – P. 3-11.
105. Berghofer, G. The Vienna Patient Satisfaction Inventory development of a patient satisfaction instrument for psychiatric outpatient services / G. Berghofer, F. Schmidl et al. // *Wien. Med. Wochenschr.* – 2006. Vol. 156(7-8). – P. 189-199.
106. Bindman, J. Poverty, poor services, and compulsory psychiatric admission in England / J. Bindman, J. Tighe, G. Thornicroft et al. // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2002. – Vol. 37(7). – P. 341-345.
107. Bourgeois, M.L. Validation of the insight Q8 scale and evaluation of the awareness of disorder in 121 psychiatric inpatients / M.L. Bourgeois et al. // *Annales medico-psychologique.* – 2002. – Vol. 160(7). – P. 512-517.
108. Bowersox, N.W. Inpatient psychiatric care experience and its relationship to posthospitalization treatment participation / N.W. Bowersox, A.S. Bohnert et al. // *Psychiat. Serv.* – 2013. – Vol. 64(6). – P. 554-562.
109. Boyer, L. Assessment of psychiatric inpatient satisfaction: a systematic review of self-reported instruments / L. Boyer, K. Baumstarck-Barrau et al. // *Eur. Psychiatry.* – 2009. – Vol. 24(8). – P. 540-549.
110. Brabrand, J. Involuntary admissions in emergency psychiatric institutions. A comparison between the county of Hedmark and the Ullevål sector in Oslo / J. Brabrand, S. Friis // *Tidsskr. Nor. Laegeforen.* – 1997. – Vol. 117(12). – P. 1737-1739.
111. Braitman, A. La décision d'hospitalisation sans consentement aux urgences: approche dimensionnelle ou catégorielle? / A. Braitman et al. // *L'Encephale.* – 2014. – Vol. 40(3). – P. 247-254.

112. Brieger, P. Involuntary psychiatric hospital admissions: a comparison between five hospitals in three German federal states / P. Brieger, P. Kling Lourenço et al. // *Nervenarzt*. – 2014. - Vol. 85(5). – P. 606-613.
113. Briot, M. Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes. Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé (OPERS) / Briot M. - 2006.
114. Brouillette, M.J. The dangerousness criterion for civil commitment: the problem and a possible solution / M.J. Brouillette, J. Paris. // *Can. J. Psychiatry*. – 1991. - Vol. 36(4). – P. 285-289.
115. Burns, T. Continuity of care in mental health: understanding and measuring a complex phenomenon / T. Burns, J. Catty et al. // *Psychol. Med.* – 2009. - Vol. 39(2). – P. 313-323.
116. Catalano, R. Unemployment and civil commitment: a test of intolerance hypothesis / R. Catalano, L. Snowden et al. // *Aggress. Behav.* - 2007. - Vol. 33(3). – P. 272-280.
117. Chapiro, F. Old and new long stay patients in French psychiatric institutions: results from a national random survey with two-year follow-up / F. Chapiro // *Encephale*. – 2005. - Vol. 31. – P. 466-476.
118. Christodoulou, C. Voluntary and involuntary admissions on a general hospital psychiatric unit / C. Christodoulou, K. Syraky et al. // *Annals of General Hospital Psychiatry*. – 2003. - Vol. 2(1). – P. 120.
119. Code de la santé publique. Version consolidée du code au 16 octobre 2014. Edition: 2014-10-26.
120. Coldefy, M. Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France / M. Coldefy // Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques – Etudes et Résultats. - 2005. – 443 p.
121. Craw, J. Characteristics associated with involuntary versus voluntary legal status at admission and discharge among psychiatric inpatients / J. Craw, M.T. Compton // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2006. - Vol. 41(12). – P. 981-988.

122. De Almeida, J.M.C. Long-term mental health care for people with severe mental disorders / J.M.C. De Almeida, H. Killaspy // European Union. – 2011. - Vol. 1. – P. 9-10.
123. Deraas, T.S., Hansen V. et al. Acute psychiatric admissions from an out-of-hours Casualty Clinic; how do referring doctors and admitting specialists agree? / T.S. Deraas, V. Hansen et al. // BMC. – 2006. - Vol. 6. – P. 41.
124. De Vitton ,I. Are acute involuntary hospitalization related to anxiety disorders? / I. De Vitton, H. Delavenne et al. // Eur. Psychiatry. – 2011. - Vol. 26(1). – P. 154.
125. Dixon, L. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities / L. Dixon, W.R. McFarlane, H. Lefley et al. // Psychiatric Services. – 2001. - Vol. 52. – P. 903–910.
126. Douzenis, A. Involuntary admission in Greece: a prospective national study of police involvement and client characteristics affecting emergency assessment / A. Douzenis, I. Michopoulos et al. // Int. J. Soc. Psychiatry. – 2012. - Vol. 58(2). – P. 172-177.
127. Dressing, H. Compulsory admission of mentally ill patients in European Union Member States / H. Dressing, H.J. Salize // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. – 2004. - Vol. 39(10). – P. 797-803.
128. Falloon, I.R.H. Family care of schizophrenia / I.R.H. Falloon, J.L. Boyd, C.W. McGill - New York: Guilford Press, 1984. - 307 p.
129. Feldmann, R. Timing of psychoeducational psychotherapeutic interventions in schizophrenic patients / R. Feldmann, W.P. Hornung, B. Prein et al. // Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. – 2002. - Vol. 252(3). – P. 115-119.
130. Fiorillo, A. How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: suggestions from EUNOMIA study / A. Fiorillo, C. De Rosa et al. // Eur. Psychiatry. – 2011. - Vol. 26(4). – P. 201-207.
131. Gjerden, P. Patient satisfaction and ward atmosphere during a crisis in a open psychiatric ward / P. Gjerden, H. Moen // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. – 2001. - Vol. 36(11). – P. 529-532.

132. Gråwe, R.W. Alternative emergency interventions in adult mental health care / R.W. Gråwe, T. Ruud et al. // Tidsskr. Nor. Laegeforen. – 2005. - Vol. 125(23). – P. 3265-3268.
133. Greenberg, G.A. Continuity of care and clinical outcomes in a national health system / G.A. Greenberg, Rosenheck R.A. Rosenheck // Psychiatr. Serv. – 2005. - Vol. 56(4). – P. 427-433.
134. Greenwood, N. Satisfaction with in-patient psychiatric services. Relationship to patient and treatment factors / N. Greenwood, A. Key et al. // Br. J. Psychiatry. – 1999. - Vol. 174. – P. 159-163.
135. Hall, R.S. Guns, schools, and mental illness: potential concerns for physicians and mental health professionals / R.S. Hall, S.H. Friedman // Mayo Clin. Proc. – 2013. - Vol. 88(11). – P. 1272-1283.
136. Henderson, C. Cross-cultural differences in the conceptualisation of patients' satisfaction with psychiatric services-content validity of the English version of the Verona Service Satisfaction Scale / C. Henderson, H. Hales et al. // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. – 2003. - Vol. 38(3). – P. 142-148.
137. Henderson, R.C. Mistrust of mental health services: hospital admission and unfair treatment / R.C. Henderson, P. Williams et al. // Epidemiol. Psychiatr. Sci. – 2014. – Vol. 17. – P. 1-8.
138. Henkes N. From chronicity to “psychiatric disability”: French psychiatry and the normalization of long-term mental illness. Paper presented at the annual meeting / N. Henkes - Campus, University of Tokyo. - 2014.
139. Henry, J.M. Mental disorders among homeless people admitted to a French psychiatric emergence service / J.M. Henry, L. Boyer et al. // Psychiatr. Serv. – 2010. - Vol. 61(3). – P. 264-271.
140. Holikatti, P.C. A study on patient satisfaction with psychiatric services / Holikatti P.C., Kar N. et al. // Indian J. Psychiatry. - 2012. - Vol. 54(4). – P. 327-332.
141. Hogarty, G.E. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II. Two-year effects of a

- controlled study on relapse and adjustment / G.E. Hogarty, C.M. Anderson, D.J. Reiss et al. // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1991. - Vol. 48. – P. 340–347.
142. Isohanni, M. Relationship between involuntary admission and the therapeutic process in a closed ward functioning as therapeutic community / M. Isohanni, P. Nieminen // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1990. - Vol. 81(3). – P. 240-244.
143. Iversen, K.I. Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway / K.I. Iversen, G. Høyer et al. // *Nord. J. Psychiatry.* - 2002. - Vol. 56(6) – P. 433-439.
144. Iversen, K.I. Rates for civil commitment to psychiatric hospitals in Norway. Are registry data accurate? / K.I. Iversen, G. Høyer et al. // *Nord. J. Psychiatry.* – 2009. - Vol. 63(4). - P. 301-307.
145. Jacobsen, T.B. Involuntary treatment in Europe: different countries, different practices / T.B. Jacobsen // *Curr. Opin. Psychiatry.* – 2012. - Vol. 25(4). – P. 307-310.
146. Jarrett, M. Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature re-view / M. Jarrett, L. Bowers et al. // *J. Adv. Nurs.* – 2008. - Vol. 64(6). – P. 538-548.
147. Jayaprakash, N. Crowding and delivery of healthcare in emergency departments: the European perspective / N. Jayaprakash, R. O’Sullivan et al. // *West J. Emerg. Med.* - 2009. - Vol. 10(4). – P. 233-239.
148. Jendreyschak, J. Voluntary versus involuntary hospital admission in child and adolescent psychiatry: a German sample / J. Jendreyschak, F. Illes et al. // *Eur. Child. Adolesc. Psychiatry.* – 2014. - Vol. 23(3). – P. 151-161.
149. Jones, I.R. Illness careers and continuity of care in mental health services: a qualitative study of service users and carers / I.R. Jones, N. Ahmed et al. // *Soc. Sci. Med.* – 2009. - Vol. 69(4). – P. 632-639.
150. Kalisová, L. Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results from the EUNOMIA international study / L. Kalisová, J. Raboch et al. // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2014. - Vol. 49(10). – P. 1619-1629.

151. Kallert, T.W. Coercion in psychiatry / T.W. Kallert // *Curr. Opin. Psychiatry.* – 2008. - Vol. 21(5). – P. 485-489.
152. Kallert, T.W. Involuntary vs. voluntary hospital admission. A systematic literature review on outcome diversity / T.W. Kallert, M. Glöckner et al. // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* – 2008. - Vol. 258(4). – P. 195-209.
153. Kallert, T.W. Coerced hospital admission and symptom change—a prospective observational multi-centre study / T.W. Kallert, C. Katsakou et al. // *PLoS One.* – 2011 - Vol. 6(11). - e28191.
154. Katsakou, C. Coercion and treatment satisfaction among involuntary patients / C. Katsakou, L. Bowers et al. // *Psychiatr. Serv.* – 2010. - Vol. 61(3). – P. 286-292.
155. Katsakou, C. Outcomes of involuntary hospital admission—a review / C. Katsakou, S. Priebe // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2006. - Vol. 114(4). – P. 232-241.
156. Kelly, M. Assisted admissions? A national survey of general practitioner experience of involuntary admissions / M. Kelly, K. O’Sullivan et al. // *Ir. Med. J.* – 2011. - Vol. 104(9). – P. 273-275.
157. Keown, P. Association between provision of mental illness beds and rate of involuntary admissions in the NHS in England 1988-2008: ecological study / P Keown, G. Mercer et al. // *BMJ* 2011; Jul 5; 343:d3736.
158. Keown P., Weich S. et al. Retrospective analysis of Hospital episode statistics, involuntary admissions under the Mental Health Act 1983, and number of psychiatric beds in England 1996-2006 / P. Keown, S. Weich et al. // *BMJ* 2008. Oct 9; 337:a1837.
159. Kisely, S. Randomised and non-randomised evidence for the effect of compulsory community and involuntary out-patient treatment on health service use: systematic review and meta-analysis / S. Kisely, L.A. Campbell et al. // *Psychol. Med.* – 2007. - Vol. 37(1). – P. 3-14.
160. Kjellin, L. Differences in perceived coercion at admission to psychiatric hospitals in the Nordic countries / L. Kjellin, G. Høyer et al. // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2006. - Vol. 41(3). – P. 241-247.

161. Koike, J. Actual condition of involuntary admission by order of the prefectural governor: focus on the effects of the Medical Treatment and Supervision Act / J. Koike, N. Morita et al. // *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. – 2009. - Vol. 111(11). – P. 1345-1382.
162. Kolbjørnsrud, O.B. Can psychiatric acute teams reduce acute admissions to psychiatric wards? / O.B. Kolbjørnsrud, F. Larsen et al. // *Tidsskr. Nor. Laegeforen.* – 2009. - Vol. 129(19). – P. 1991-1994.
163. Kortrijk, H.E. Involuntary admission may support treatment outcome and motivation in patients receiving assertive community treatment / H.E. Kortrijk, A.B. Staring et al. // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2010. - Vol. 45(2). – P. 245-252.
164. Legemaate, J. Compulsory admission: developments in the Netherlands / J. Legemaate // *Tijdschr. Psychiatr.* – 2008. - Vol. 50(Spec. no.). – P. 49-53.
165. Lelliott, P. Acute inpatient psychiatry in England: an old problem and a new priority / P. Lelliott // *Epidemiol. Psychiatr. Soc.* – 2006. - Vol. 15(2). – P. 91-94.
166. Lepping, P. Attitudes of mental health professionals and lay people towards involuntary admission and treatment in England and Germany – a questionnaire analysis / P. Lepping, T. Steinert et al. // *Eur. Psychiatry*/ - 2004. - Vol. 19(2). – P. 91-95.
167. Lidz, C.W. Perceived coercion in mental hospital admission. Pressures and process / C.W. Lidz, S.K. Hoge et al. // *Archives of General Psychiatry*. – 1995. - Vol. 52. – P. 1034-1039.
168. Lovell, A.M. Psychiatry with Teeth: Notes on Coercion and Control in France and the United States / A.M. Lovell, L.A. Rhodes // *Culture, Medicine, and Psychiatry. An International Journal Cross-Cultural Health Research*. - 2014; Doi: 10.1007/s11013-014-9420-9.
169. Maître, E. Advanced directives in psychiatry: A review of the qualitative literature, a state-of-the-art and viewpoints / E. Maître et al. // *Encephale*. – 2013. - Vol. 39(4). – P. 244-251.
170. Marshall, M. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational

- rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care / M. Marshall, R. Crowther et al. // *Health Technol. Assess.* – 2001. - S. 5(21). - P. 1-75.
171. Markel, H. I swear by Apollo – On Taking the Hippocratic Oath / H. Markel // *N. Engl. J. Med.* – 2004. – S. 350. – P. 2028-2029.
172. McFarlane, W.R. Psychoeducational multiple family groups: Four-year relapse outcome in schizophrenia / W.R. McFarlane, B. Link, R. Dushay et al. // *Family Processes.* – 1995. - Vol. 34. – P. 127–144.
173. McNiel, D.E. Violence, civil commitment, and hospitalization / D.E. McNiel, R.L. Binder // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1986. - Vol. 174(2). - P.107-111.
174. Molodynsky, A. Coercion and compulsion in community mental health care / A. Molodynsky, J. Rugkåsa et al. // *Br. Med. Bull/* - 2010. - Vol. 95. – P. 105-119.
175. Mommerency, G. Organization of child and adolescent mental health care: study of the literature and an international overview. *Health Services Research (HSR)* / G. Mommerency, K. Van den Heede, et al. // Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KSE), 2011. - KSE Reports 170C. D/2011/10.273/78. – P.101-104.
176. Monahan, J. A Jurisprudence of Risk Assessment: Forecasting Harm Among Prisoners, Predators and Patients / J. Monahan // *VA Law Review.* – 2006. - Vol. 92(3). – P. 36-45.
177. Mondoloni, A. The imminent peril in the Law of July the Fifth 2011, two years later: the impact on health? / A. Mondoloni et al. // *Encephale.* – 2014. - Vol. 40(6). – P. 468-473.
178. Mueller, M.J. Patients' satisfaction with psychiatric treatment: comparison between an open and a closed ward / M.J. Mueller, R. Schloesser et al. // *Psychiatr. Q.* – 2002. - Vol. 73(2). – P. 93-107.
179. Mulder, C.L. Emergency psychiatry, compulsory admissions and clinical presentation among immigrants to the Netherlands / C.L. Mulder, G.T. Koopmans et al. // *Br. J. Psychiatry.* – 2006. - Vol. 188. – P. 386-391.

180. Mulder, C.L. Changing patterns in emergency involuntary admissions in the Netherlands in the period 2000-2004 / C.L. Mulder, Uitenbroek et al. // *Int. J. Law Psychiatry*. – 2008. - Vol. 31(4). – P. 331-336.
181. Mundt, A.P. Use of psychiatric inpatient capacities and diagnostic practice in Tashkent/Uzbekistan as compared to Berlin/Germany / A.P. Mundt, S. Fakhriddinov et al. // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2011. - Vol. 46(12). – P. 1295-1302.
182. Munk-Jørgensen P. Has deinstitutionalization gone too far? / P. Munk-Jørgensen // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* – 1999. - Vol. 249(3). – P. 136-143.
183. Myklebust, L.H. Bed utilization in two differently organized community mental health services in Northern Norway: the VELO-project / L.H. Myklebust, K. Sørgaard et al. // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2009. - Vol. 44(7). – P. 550-557.
184. Myklebust, L.H. Local psychiatric beds appear to decrease the use of involuntary admission: a case-registry study / L.H. Myklebust, K. Sørgaard et al. // *BMC Health Serv. Res.* – 2014. - Vol. 14. – P. 64.
185. Nawka, A. Gender differences in coerced patients with schizophrenia / A. Nawka, L. Kalisova et al. // *BMC Psychiatry*. -2013; - Vol. 13. – P. 257.
186. Norton, J. General practitioners are bearing an increasing burden out the care of common mental disorders in France / Norton J. Norton, M. David et al. // *The European Journal of Psychiatry*/ - 2007. - Vol. 21(1).
187. Norton, J. Prevalence of psychiatric disorders in French general practice using the patient health questionnaire: comparison with GP case-recognition and psychotropic medication prescription / J. Norton, G. De Roquefeuil et al. // *L'Encéphale Elsevier*. – 2009. - Vol. 35(6). – P. 560-569.
188. Odawara, T. Use of restraint in a general hospital psychiatric unit in Japan / T. Odawara, H. Narita et al. // *Psychiatry Clin. Neurosci.* – 2005. - Vol. 59(5). – P. 605-609.

189. Orrell, M. Validity and reliability of the Health of the Nation Outcome Scales in psychiatric patients in the Community / M. Orrell, P. Yard et al. // *Br. J. Psychiatry*. – 1999. - Vol. 174. – P. 409-412.
190. Osborn ,D.P. Residential alternatives to acute in-patient care in England: satisfaction, ward atmosphere and service user experiences / D.P. Osborn, B. Lloyd-Evans et al. // *Br. J. Psychiatry*. – 2010. - Vol. 185. – P. 41-45.
191. Ota, J. Involuntary psychiatric intervention in community mental health / J. Ota // *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. – 2013. - Vol. 115(7). – P. 751-758.
192. Pekkala, E. Psychoeducation for schizophrenia / E. Pekkala, L. Merinder // *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2002. – S. 2. – P. 2.
193. Pichené, C. Rules for psychiatric emergency hospitalization / Pichené C. // *Rev. Prat*. – 2003. - Vol. 53(11). – P. 1214-1219.
194. Piel, E. Rapport de Misson. De la Psychiatrie à la Santé Mentale. Ministère de l'Employ et de la Solidarité, Ministère Délégué à la Santé / E. Piel, J. Roeland - 2001.
195. Pitschel-Walz, G. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: a meta-analysis / G. Pitschel-Walz et al. // *Schizophr. Bull*. – 2001. - Vol. 7(1). – P. 73-92.
196. Pokorny L. Dangerousness and disability as predictors of psychiatric patient'legal status / L. Pokorny, R.D. Shull et al. // *Behav. Sci. Law*. – 1999. - Vol. 17(3). – P. 253-267.
197. Preti, F. Patterns of admission to acute psychiatric in-patient facilities: a national survey in Italy / F. Preti, P. Rucci et al. // *Psychol. Med*. – 2009. - Vol. 39(3) – P. 485-496.
198. Priebe, S. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries / S. Priebe, A. Badesconyi et al. // *BMJ*. – 2005. - Jan 15. - Vol. 330(7483). – P. 123-126.
199. Priebe, S. Patients' views and readmission 1 year after involuntary hospitalization / S. Priebe, C. Katsakou et al. // *Br. J. Psychiatry*. – 2009. - Vol. 194(1). – P. 49-54.

200. Priebe, S. Patients' views of involuntary hospital admission after 1 and 3 months: prospective study in 11 European countries / S. Priebe, C. Katsakou et al. // *Br. J. Psychiatry.* – 2010. - Vol. 196(3). – P. 179-185.
201. Priebe, S. Predictors of clinical and social outcomes following involuntary hospital admission: a prospective observational study / S. Priebe, C. Katsakou et al. // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* – 2011. - Vol. 261(5). – P. 377-386.
202. Proposals of the French Federation of Psychiatry for the GREEN PAPER Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. Paris, le 15 mai 2006.
203. Provost, D. Trends and Developments in Public Psychiatry in France since 1975 / D. Provost, A. Bauer // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2001. - Vol. 104(410). – P. 63-68.
204. Raboch, J. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten / J. Raboch, L. Kalisová et al. // *European countries Psychiatr. Serv.* – 2010. - Vol. 61(10). – P. 1012-1017.
205. Ramsay, H. Fiveyears after implementation: a review of the Irish Mental Health Act 2001 / H. Ramsay, Roche E. Roche et al. // *Int. J. Law Psychiatry.* - 2013. - Vol. 36(1). – P. 83-91.
206. Reynaud, M. La politique de santé mentale en France. *Psychiatrie Années 2000. Organisations, Evaluations, Accréditation* (eds V. Kovess, et al.). / M. Reynaud, A. Gallot et al. - Paris: Flammarion Médecine-Sciences. - P. 3-24.
207. Richardson, J.T. The analysis of 2×2 contingency tables – yet again / J.T. Richardson // *Stat. Med.* – 2011. - Apr 15; - Vol. 30(8). – P. 890. - doi: 10.1002/sim.4116.
208. Richardson, M. Association of treatment satisfaction and psychopathological sub-syndromes among involuntary patients with psychotic disorders / M. Richardson, C. Katsakou et al. // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2011. - Vol. 46(8). – P. 695-702.

209. Riecher-Rössler, A. Compulsory admission of psychiatric patients - an international comparison / A. Riecher-Rössler, W. Rössler // *Acta. Psychiatr. Scand.* – 1993. - Vol. 87(4). – P. 231-236.
210. Rocamora, J.F. Schizophrenia diagnostic announcement in a French psychiatric unit / J.F. Rocamora, R. Benadhira et al. // *Encephale.* – 2005. - Vol. 31(4). – P. 449-455.
211. Roche, E. The therapeutic relationship after psychiatric admission / E. Roche, K. Madigan et al. // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 2014. - Vol. 202(3). – P. 186-192.
212. Roche, G. A philosophical investigation into coercive psychiatric practices. 2 V. V. 1. / G. Roche - Submitted to the University of Limerick. February 2012.
213. Rossini, K. Involuntary hospitalization under the Act of July 5th 2011: A study of patients' experience and understanding of their hearing with the judge ruling on civil detention cases / K. Rossini et al. // *Encephale.* – 2015. - Vol. 41(4). – P. 332-338.
214. Ruggeri, M. Satisfaction with community and hospital based emergency services amongst severely mentally ill service users: a comparison study in South-Verona and South-London / M. Ruggeri, G. Salvi et al. // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2006. - Vol. 41(4). – P. 302-309.
215. Saks, E.R. Involuntary outpatient commitment / E.R. Saks // *Psychol. Public Policy Law.* – 2003. - Vol. 9(1-2). – P. 94-106.
216. Salize, H.J. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union / H.J. Salize, H. Dressing // *Br. J. Psychiatry.* – 2004. - Vol. 184. – P. 163-168.
217. Salize, H.J. From the hospital into the community and back again – a trend towards re-institutionalisation in mental health care / H.J. Salize, H. Schanda et al. // *Int. Rev. Psychiatry.* – 2008. - Vol. 20(6). – P. 527-534.
218. Schoevaerts, K. An increase of compulsory admissions in Belgium and the Netherlands: an epidemiological exploration / K Schoevaerts, R. Bruffaerts et al. // *Tijdschr. Psychiatr.* – 2013. Vol. 55(1). – P. 45-55.

219. Schuepbach, D. Voluntary vs. involuntary hospital admission in acute mania of bipolar disorder / D. Schuepbach, I. Goetz et al. // *J. of Affective Disorders*. - 2006. - 90(1). – P. 57-61
220. Schwartz, D.A. Involuntary Psychiatric Hospitalization / D.A. Schwartz, A.T Weiss // *California Medicine*. – 1971. Vol. 115(6). – P. 10-16.
221. Segal, S.P.C. Factors in the use of coercive retention in civil commitment evaluations in psychiatric emergency services / Segal S.P.C. Segal, T.A. Laurie et al. / *Psychiatr. Serv.* – 2001. - Vol. 52(4). – P. 514-520.
222. Shepherd, G. Relation between bed use, social deprivation, and overall bed availability in acute adult psychiatric units, and alternative residential options: a cross sectional survey, one day census data, and staff interviews / G. Shepherd, A. Beadsmoore et al. // *BMJ*. – 1997. - Vol. 314(7076). – P. 262-266.
223. Sherman, M.D. A new engagement strategy in a VA-based family psychoeducation program / M.D. Sherman et al. // *Psychiatric Services*. – 2009. - Vol. 60. – P. 254-257.
224. Sidorowicz, S.K. The comparison of immobilization with isolation / S.K. Sidorowicz // *Psychiatr. Pol.* – 2005. - Vol. 39(6). – P.1093-1102.
225. Sjöström, S. Invocation of coercion context in compliance communication – power dynamics in psychiatric care / S. Sjöström // *Int. J. Law Psychiatry*. – 2006. - Vol. 29(1). – P. 36-47.
226. Smith, D. Satisfaction with services following voluntary and involuntary admission / D. Smith, E. Roche et al. // *J. Ment. Health*. – 2014. - Vol. 23(1). – P. 38-45.
227. Sørgaard, K.W. Treatment needs, diagnoses and use of services for acutely admitted psychiatric patients in northwest Russia and northern Norway / K.W. Sørgaard et al. / *Int. J. Ment. Health Syst.* – 2013. - Vol. 7(4).
228. Spiessl, H. Expectations and satisfaction from relatives of psychiatric patients in inpatient treatment / H. Spiessl, R. Schmid et al. // *Nervenarzt*. – 2004. - Vol. 75(5). – P. 475-482.

229. Spurell, M. Characteristics of patients presenting for emergency psychiatric assessment at an English hospital / M. Spurell, B. Hatfield et al. // *Psychiatr. Serv.* – 2003. - Vol. 54(2). – P. 240-245.
230. Steinert, T. Involuntary medication in psychiatry / T. Steinert, T.W. Kallert // *Psychiatr. Prax.* – 2006. - Vol. 33(4). – P. 160-169.
231. Swartz, M.S. Involuntary outpatient commitment, community treatment orders, and assisted outpatient treatment: what's in the data? / M.S. Swartz, J.W. Swanson // *Can. J. Psychiatry.* – 2004. - Vol. 49(9). – P. 585-591.
232. Theodoridou, A. The concurrent validity and sensitivity of change of the German version of the health of the nation outcome scales in a psychiatric inpatient setting / A. Theodoridou, M. Jaeger et al. // *Psychopathology.* – 2011. - Vol. 44(6). – P. 391-397.
233. Thorup, A. Integrated treatment ameliorates negative symptoms in first episode psychosis — results from the Danish OPUS trial / A. Thorup, L. Petersen, P. Jeppesen et al. // *Schizophr. Res.* – 2005. - Vol. 79. – P. 95-105.
234. Tørrissen, T. Involuntary admissions to an acute Psychiatric ward / T. Tørrissen *Tidsskr. Nor. Laegeforen.* – 2007. - Vol. 127(16). – P. 2086-2089.
235. Tulloch, A.D. Associations of homelessness and residential mobility with length of stay acute psychiatric admission / A.D. Tulloch, M.R. Khondoker et al. // *BMC Psychiatry.* – 2012. - Vol. 12. – P.121.
236. Vacheron ,M.N. LOI N 2011-803 du juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge / M.N. Vacheron // *L'Encephale.* – 2014. - Vol. 40(2). – P. 97-99.
237. Valdes-Stauber, J. German practice of involuntary commitment at both federal and state level after introduction of the Guardianship law (1992-2009) / J. Valdes-Stauber, H. Deinert et al. // *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* - 2012. - Vol. 80(5). – P. 267-275.
238. van Ewijk, W. Emergency psychiatry in Amsterdam: a historical case study / W. van Ewijk, C.M. Gijbbers van Wijk // *Tijdschr. Psychiatr.* – 2008. - Vol. 50(Spec. No). – P. 41-46.

239. van der Post, L. Involuntary admission of emergency psychiatric patients: report from the Amsterdam Study of Acute Psychiatry / L. van der Post, C.L. Mulder et al. // *Psychiatr. Serv.* – 2009. - Vol. 60(11). – P. 1543-1546.
240. Velpry, L. The Practice of Constraint in Psychiatry: Emergent Forms of Care and Control / L. Velpry, P. Brodwin // *Culture, Medicine, and Psychiatry. An International Journal Cross-Cultural Health Research.* – 2014. - Doi: 10.1007/s1 1013-014-9402-y.
241. Velpry, L. Confinement and Psychiatric Care: A Comparison Between High-Security Units for Prisoners and for Difficult Patients in France / L. Velpry, B. Eyraud. *Culture, Medicine, and Psychiatry. An International Journal Cross-Cultural Health Research.* – 2014. - Doi: 10.1007/s1 1013-014-9400-0.
242. Verbrugghe, A. When is psychosis dangerous? Ethical, professional and juridical considerations concerning psychosis and coercion in Belgium / A. Verbrugghe, H. Nys et al. // *Tijdschr. Psychiatr.* – 2008. - Vol. 50(3). – P. 149-158.
243. Verdoux, H. The current state of adult mental health care in France / H. Verdoux // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* – 2007. - Vol. 257(2). – P. 64-70.
244. Verdoux, H. Focus on psychiatry in France / H. Verdoux, J. Tignol // *Br. J. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 183. – P. 466-471.
245. Vickar, G.M. A randomized controlled trial of a private-sector inpatient-initiated psychoeducation program for schizophrenia / G.M. Vickar et al. // *Psychiatric services.* – 2009. - Vol. 60(1). – P. 117–120.
246. Vigneron, E. Quelques coupes à travers le corps médical français / E. Vigneron // *Actualités et Dossiers en Santé Publique.* – 2000. - Vol. 32. – P. 19-21.
247. Wagner, H.R. Does involuntary outpatient commitment lead to more intensive treatment? / H.R. Wagner, M.S. Swartz et al. // *Psychol. Public Policy Law.* – 2003. - Vol. 9(1-2). – P. 145-158.
248. Wallsten, T. Involuntarily and voluntarily admitted patients' experiences of psychiatric admission and treatment – a comparison before and after changed legislation in Sweden / T. Wallsten, L. Kjellin // *Eur. Psychiatry.* – 2004. - Vol. 19(8). – P. 464-468.

249. Wallsten, T. Patients' and next-of-kins' attitudes towards compulsory psychiatric care / T. Wallsten, M. Ostman et al. // *Nord. J. Psychiatry.* – 2008. - Vol. 62(6). – P. 444-449.
250. WHO. Collaboration Within and Between Sectors. Organization of Services for Mental Health. - WHO, 2003.
251. Wierdsma, A.I. Does mental health service integration affect compulsory admissions? / A.I. Wierdsma, C.L. Mulder // *Int. J. Integr. Care.* – 2009. - Vol. 9. - P 90.
252. Wierdsma, A.I. Effects of community-care networks on psychiatric emergency contacts, hospitalization and involuntary admission / A.I. Wierdsma, H.D. Poodt et al. // *J. Epidemiol. Community Health.* – 2007. - Vol. 61(7). – P. 613-618.
253. Wing, J.K. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and Development / J.K. Wing, A.S. Beevor et al. // *Br. J. Psychiatry.* – 1998. - Vol. 172. – P. 11-18.
254. Wolfman, S. Ethical dilemmas of Statutory Committees for involuntary hospitalization of mentally ill patients / S. Wolfman, T. Shaked // *Med. Law.* – 2010. - Vol. 29(2). – P. 193-204.
255. Wynn, R. Coercion in psychiatric care: clinical, legal, and ethical controversies / R. Wynn // *Int. J. Psychiatry Clin. Pract.* – 2006. - Vol. 10(4). – P. 247-251.
256. Zendjidjian, X.Y. The SATISPSY-22: Development and validation of a French hospitalized patients' satisfaction questionnaire in psychiatry / X.Y. Zendjidjian, P. Auquir et al. // *Eur. Psychiatry.* - 2014. - May 19. 19. pii: S0924-9338(14)00049-2.
257. Zendjidjian, X.Y. Satisfaction of hospitalized psychiatry patients: why should clinicians care? / X.Y. Zendjidjian, K. Baumstarck et al. // *Patient Prefer. Adherence.* – 2014. - Vol. 25(8). – P. 575-583.
258. Zinkler, M. Detention of the mentally ill in Europe – a review / M. Zinkler, S. Priebe // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2002. - Vol. 106(1). – P. 3-8.
259. Zygmunt, A. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia / A. Zygmunt, M. Olfson, C.A. Boyer, D. Mechanic // *Am. J. Psychiatry.* – 2002. - Vol. 159. – P. 1653–1664.

Приложения

Приложение 1.

Базисная карта эпидемиологического исследования», разработанная в ФГБУ «НМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России

1. Пол:

- 1. Женщина
- 2. Мужчина

2. Дата поступления в психиатрический стационар.....

Дата выписки из психиатрического стационара.....

3. Вид недобровольной госпитализации:

- 1. Госпитализация недобровольная по ст. 29 Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании с последующим в течение 48 часов согласием на госпитализацию
- 2. Госпитализация недобровольная по ст. 35 Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании (по постановлению судьи)

4. Возраст на момент поступления в психиатрический стационар.....

5. Образование

- 1. Без образования
- 2. Средне-профессиональное
- 3. Среднее
- 4. Незаконченное высшее
- 5. Высшее
- 6. Информация отсутствует

6. Занятость:

- 1. Работающий/ая
- 2. Безработный/ая
- 3. Студент/ка
- 4. На пенсии по инвалидности
- 5. Пенсионер/ка по возрасту
- 6. Информация отсутствует
- 7. Затрудняется ответить

7. Семейное положение:

- 1. Холост / не замужем
- 2. Женат / замужем

Истории болезни

№	Диа-гноз	Больничный Центр де Рювре, г. Руан	Психиатрическая клиническая больница № 3 им. В.А. Гиляровского, г. Москва
1.	Шизофрения	<p>М., 23 лет, госпитализирован по заявлению третьего лица. Направлен в психиатрическую больницу после консультации с психиатром в сопровождении родственников. Поступил 30.01.2017. Выписан 03.02.2017.</p> <p>Причина госпитализации: бредовое состояние. Биографические данные. Не женат. Работает в коммерции. Находится на психиатрическом наблюдении с 2012 года в Центре медико-психологической помощи. Клиническое наблюдение во время госпитализации: вначале высказывает бредовые идеи преследования, тревожен, амбивалентен по отношению к предложенному лечению, отказывается от предложенной госпитализации. На фоне полученного лечения наблюдается уменьшение бредовой симптоматики, улучшение сна. Предварительный диагноз: шизофрения неуточнённая F20.9. Окончательный диагноз: параноидная шизофрения F20.0.</p> <p>Лечение в начале госпитализации: Risperidone 4 мг 2 раза в день, при выписке Risperidone 4 мг 1 раз в день. Рекомендовано продолжение наблюдения в Центре. Пациент во время госпитализации получил информацию по своему диагнозу и лечению. Предложена психообразовательная программа "Моя болезнь и мое лечение", которую согласен пройти после выписки из стационара.</p>	<p>Б., 30 лет. Госпитализирован в психиатрическую больницу по заявлению отца. Причина госпитализации: галлюцинаторно-бредовое состояние. Поступил 24.10.2016. Выписан 04.11.2016.</p> <p>Биографические данные. Не женат. Проживает с родителями. Имеет высшее экономическое образование. По специальности не работал, периодически выполнял малоквалифицированную работу. На психиатрическом наблюдении с 2013 года. Поступает повторно, предыдущая госпитализация в 2013 году. Состояние ухудшилось в течение последних 5 дней. Слышал голоса из оборудования, установленного в церкви. Говорил, что общается с Богом и Иисусом Христом. Клиническое наблюдение во время госпитализации: вначале возбужден, многословен, речь отрывочная, заявляет, что должен немедленно позвонить своим настоящим родителям. Напряжен, подозрителен. Временами агрессивен по отношению к окружающим. Заявляет, что в некоторых помещениях установлено наблюдательное оборудование. Не может определить свое отношение к госпитализации. Перед выпиской состояние улучшилось, стал спокойнее. Продолжает высказывать идеи подмены родителей, считает, что был забран из детского дома, требует позвонить настоящей матери, телефона которой не знает. Для дальнейшего лечения переводится в психиатрическую больницу по месту жительства. Предварительный диагноз: Параноидная шизофрения. Галлюцинаторно-параноидный синдром F20.0. Окончательный диагноз: Параноидная шизофрения Галлюцинаторно-</p>

			<p>параноидный синдром F20.0. Лечение вначале госпитализации: Trihexyphenidyl 2 мг 3 раза в день, Sol. Clopixoli-acufazi 5%-1.0 1 раз в 3 дня. При выписке: Sol. Clopixoli depo 20%-1.0 1 раз в 3 нед., Aminazini 100 мг 3 раза в день, Sol. Neuleptili 4%-10.0 1 1 мг (1 капля) 3 раза в день после еды.</p>
2.	Шизофрения	<p>Л., 25 лет, госпитализирован по заявлению третьего лица. Направлен по консультации с семейным врачом. Прибыл в приемное отделение в сопровождении родственников. Причина госпитализации: изменение поведения дома в связи с прекращением лечения, бредовое состояние и галлюцинационные голоса. Дата поступления: 31.12.2013. Дата выписки: 22.01.2014. Биографические данные: не женат, проживает с родителями, студент коммерческого училища, на психиатрическом наблюдении не находится. Клиническое наблюдение во время госпитализации: вначале высказывает бредовые идеи преследования, настроение подавленное, расстройство сна, суицидальные идеи, не согласен с решением о недобровольной госпитализации. По мере лечения отмечается уменьшение тревожных расстройств, бредовой симптоматики. Предварительный диагноз: неуточнённые психические расстройства F99. Окончательный диагноз: параноидная шизофрения F20.0. Лечение в начале госпитализации: Aripiprazole 15 мг 1 раз в день, при выписке: Aripiprazole 15 мг 1 раз в день. Предложено наблюдение в Центре медико-психологической помощи. Во время госпитализации получил информацию по своему диагнозу и лечению. Во время госпитализации пациенту на добровольной основе была предложена программа психообразования "Моя болезнь и моё лечение", в которой</p>	<p>А., 25 лет. Госпитализирован в связи с ухудшением состояния несколько дней назад. Стал возбужденным, агрессивным. Биографические данные. С 3 лет наблюдается психиатром в связи с отставанием в психомоторном развитии. С 10 лет в психоневрологическом интернате. Инвалид 1 группы с детства. Последняя выписка из психиатрической больницы в августе 2015 года. На фоне проводимой поддерживающей терапии периодически отмечалось психомоторное возбуждение. Предварительный диагноз: детский тип шизофрении, непрерывный тип течения F20.8. Окончательный диагноз: детский тип шизофрении, непрерывный тип течения F20.8. Клиническое наблюдение во время госпитализации: вначале контакту малодоступен. Во время беседы стереотипно раскачивается из стороны в сторону. Дурашлив. На фоне проведенного лечения спокоен, пассивно подчиняем, обслуживается с помощью персонала. Функции тазовых органов контролирует, при необходимости просит отвести его в туалетную комнату. В удовлетворительном состоянии возвращается в интернат. Лечение в начале госпитализации: Carbamazepini по схеме: 200-200-400 мг, Trihexyphenidyl по схеме: 2-2-2 мг, Sol. Clopixoli depo 20% 1 раз в 2 неделю по 200 мг. При выписке: Chlorprotixeni по схеме: 50-50-100 мг. Clopixoli по схеме: 10-10-10 мг.</p>

		согласился участвовать. До выписки из отделения были проведены 2 сеанса данной программы, которую он продолжит на базе дневного стационара.	
3.	Шизофрения	<p>А., 59 лет, госпитализирован по заявлению третьего лица. Причина госпитализации: изменение поведения, неадекватный аффект, бредовые идеи преследования.</p> <p>Дата поступления: 26.02.2017. Дата выписки: 14.03.2017.</p> <p>Биографические данные: Не женат, 3 детей, не работает, находится на психиатрическом наблюдении с 2004 года в Центре медико-психологической помощи. Клиническое наблюдение во время госпитализации: вначале обнаруживает бредовые идеи преследования, слуховые галлюцинации, расстройства мышления, тревожен, не согласен с предложенной недобровольной госпитализацией.</p> <p>По мере лечения отмечается уменьшение тревожной и галлюцинозоподобной симптоматики.</p> <p>Предварительный диагноз: шизофрения неуточнённая 20.9. Окончательный диагноз: шизофрения неуточнённая 20.9.</p> <p>Лечение в начале госпитализации: Aripiprazole 15 мг 1 раз в день, Diazepam 10 мг 4 раза в день, при выписке: Aripiprazole 15 мг 2 раза в день, Diazepam 10 мг 4 раза в день.</p> <p>Предложено наблюдение в Центре медико-психологической помощи. Пациент во время госпитализации получил информацию по своему диагнозу и лечению.</p>	<p>Р., 54 года. Доставлен отделом полиции: приставал на улице к прохожим, проявлял агрессию. Дата поступления: 28.10.2016. Дата выписки: 08.11.2016. Биографические данные. Длительно страдает психическим расстройством. Неоднократно лечился в психиатрических больницах, последний раз выписан 13.10.2016. После выписки лечение не принимал, диспансер не посещал. Клиническое наблюдение во время госпитализации: Представляется адмиралом, другом Путина. Дату называет верно, знает, что находится в больнице. Голос громкий, дистанцию не соблюдает, лежит на кровати, закинув ногу на ногу. В процессе лечения стал спокойнее. Большую часть времени проводит в палате. Предварительный диагноз: шизофрения параноидная, эпизодическое течение, бредовый синдром, эмоционально-волевой дефект F20.0. Окончательный диагноз: шизофрения параноидная, эпизодическое течение, бредовый синдром, эмоционально-волевой дефект F20.0. Для дальнейшего лечения и решения социальных вопросов переводится в психиатрическую больницу по месту жительства. Рекомендовано продолжить лечение: Aminazini по схеме: 25-50-100 мг, Azaleptini по схеме: 25-25-50 мг, Akinetoni по схеме: 2-2-2 мг.</p>
4.	Шизофрения	<p>К., 31 года, госпитализирован по заявлению третьего лица в сопровождении жены. Причина госпитализации: слуховые галлюцинации, агрессивное поведение по отношению к членам семьи. Дата поступления: 10.03.2017. Дата выписки: 15.03.2017.</p> <p>Биографические данные: не женат, не работает, находится на психиат-</p>	<p>К., 35 лет. Госпитализирован из психоневрологического интерната, где проживает с 2005 года. Причина госпитализации: галлюцинозоподобные и бредовые переживания. Дата поступления: 02.11.2016. Дата выписки: 14.11.2016. Биографические данные. Окончил 10 классов и пищевой институт. С 2004 года стал замечать, что за ним следят и прослушивают</p>

		<p>рическом наблюдении с 2015 года в Центре медико-психологической помощи.</p> <p>Клиническое наблюдение во время госпитализации: в начале госпитализации наблюдались расстройства мышления (прерывание мыслей, ощущение отнятия мыслей.), расстройства поведения и слуховые галлюцинации, не согласен с решением о недобровольной госпитализации.</p> <p>На фоне лечения - улучшение состояния. Предварительный диагноз: расстройство приспособительных реакций. F43.2. Окончательный диагноз: шизофрения неуточнённая. F20.9. Лечение в начале госпитализации: Clozapine 100 мг 1 раз в день, при выписке: Clozapine 100 мг 2 раза в день. Предложено наблюдение в Центре медико-психологической помощи. Пациент во время госпитализации получил информацию по своему диагнозу и лечению. Во время госпитализации ему на добровольной основе было предложено участие в программе психообразования "Моя болезнь и моё лечение", в которой он согласился участвовать после выписке из больницы.</p>	<p>его телефон как генерального директора строительной фирмы. Неоднократно госпитализировался в психиатрические больницы. Инвалид 2 группы по психическому заболеванию. Клиническое наблюдение во время госпитализации. Вначале напряжен, испуган, растерян. Не отрицает наличие голосов внутри головы комментирующего характера, преимущественно в утренние часы. На фоне проведенного лечения нормализовался сон, наличие обманов восприятия отрицает. Предварительный диагноз: параноидная шизофрения, непрерывный тип течения F20.0. Окончательный диагноз: параноидная шизофрения, непрерывный тип течения F20.0. В удовлетворительном состоянии возвращается в интернат для дальнейшего проживания. Рекомендовано: Trihexyphenidyl по схеме: 2-0-2 мг, Haloperidoli по схеме: 10-10-10 мг, Sol. Haloperidoli decanoati 100 мг 1 раз в месяц, Aminazini по схеме: 50-50-100 мг.</p>
5.	Аффективные расстройства	<p>Р., 47 лет, госпитализирована по заявлению третьего лица. Причина госпитализации: сильное возбуждение, гиперактивность.</p> <p>Дата поступления: 20.07.2015.</p> <p>Дата выписки: 28.07.2015.</p> <p>Биографические данные: замужем, 2 детей, работает, находится на психиатрическом наблюдении с 2012 года в Центре медико-психологической помощи.</p> <p>Клиническое наблюдение во время госпитализации: вначале напряжена, тревожна, с неадекватными эмоциональными реакциями, высказывает суицидальные угрозы, не согласна с решением о недобровольной госпитализации. На фоне лечения - улучшение состояния. Предварительный</p>	<p>П., 59 лет. Причина госпитализации: психомоторное возбуждение, в метро перевернула урну, проявляла агрессию по отношению к прохожим. Дата поступления: 27.10.2016. Дата выписки: 14.11.2016. Биографические данные. Проживает с дочерью. Инвалид 2 группы с 2015 года. В течение 2 недель делает ненужные покупки, устраивает скандалы в банках. Клиническое наблюдение во время госпитализации. Отказывается зайти в кабинет, быстро озлобляется, требует предоставления врачебного удостоверения. В отделении первое время бранится, оскорбляет окружающих. На фоне лечения настроение выровнялось. Предварительный диагноз: биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании F31.2.</p>

		<p>диагноз: биполярное аффективное расстройство неуточнённое F31.9. Окончательный диагноз: биполярное аффективное расстройство неуточнённое F31.9. В начале госпитализации лечение: Depakine 500 мг 1 раз в день, при выписке: Depakine 500 мг 2 раза в день. Предложено наблюдение в Центре медико-психологической помощи. Во время госпитализации пациентка получила информацию по своему диагнозу и лечению.</p>	<p>Окончательный диагноз: Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании F31.2. Для продолжения лечения переведена в психиатрическую больницу по месту жительства. Рекомендовано: Haloperidoli по схеме: 2,5-2,5-5 мг, Trihexphenidyli 2 мг 3 раза в день, Lithii carbonati 300 мг 3 раза в день, Chlorprothixeni 30 мг на ночь.</p>
б.	Аффективные расстройства	<p>Р., 33 лет, госпитализирована по заявлению третьего лица в сопровождении отца. Причина госпитализации: депрессивная симптоматика, беспокойство с чувством собственной никчёмности и вины. Дата поступления: 21.12.2016. Дата выписки: 04.01.2017. Биографические данные: не замужем, живёт с родителями, работает программистом, находится на психиатрическом наблюдении с 2014 года в Центре медико-психологической помощи. Клиническое наблюдение во время госпитализации: вначале наблюдается пониженное настроение, нарушения сна, снижение аппетита, высказывает идеи, направленные на самоповреждения, не согласна с решением о недобровольной госпитализации. На фоне лечения состояние улучшилось. Предварительный диагноз: биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжёлой депрессии без психотических симптомов. F31.4. Окончательный диагноз: биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжёлой депрессии без психотических симптомов F31.4. В начале госпитализации лечение: Lithium 400 мг 2 раза в день, Лохарине 25 мг 3 раза в день, при выписке: Lithium 400 мг 2 раза в день, Лохарине 25 мг 2 раза в день. Предложено наблюдение в Центре медико-психологической помощи.</p>	<p>С., 35 лет. Госпитализирована в связи с психомоторным возбуждением, агрессивностью по отношению к окружающим. Дата поступления: 14.10.2016. Дата выписки: 24.11.2016. Биографические данные. В школе плохо давались точные науки. В университете часто прогуливала занятия, пересдавала экзамены, была отчислена за неуспеваемость, однако в дальнейшем смогла восстановиться с переводом на другой факультет. Длительно нигде не работала, иногда подрабатывала на фирме у отца или у тети. Разведена, проживает с родителями и сыном. С 1999 года употребляет героин, эпизодически таблетки экстази. Неоднократно госпитализировалась в частные и государственные наркологические центры с временным эффектом от лечения. Клиническое наблюдение во время госпитализации. Первое время возбуждена, подозрительна, злобна. Речь громкая, с угрозами в адрес персонала и обвинениями в адрес своих родителей. На фоне проведенной терапии стала спокойнее, более упорядоченной, выровнялось настроение, нормализовался ночной сон. Большую часть дня проводит в палате за рисованием. Сожалеет о конфликте с родителями. Предварительный диагноз: психотическое маниакальное расстройство в связи с другими заболеваниями. F31.9. Окончательный диагноз: психотическое маниакальное расстройство в связи с</p>

		Пациентка во время госпитализации получила информацию по своему диагнозу и лечению.	другими заболеваниями. F31.9. В удовлетворительном состоянии выписывается в дневной стационар. Рекомендовано продолжить лечение: Sol. Clopixoli depo 20% 400 мг внутримышечно: 1 раз в 3 недели, Trihexphenidyli 2 мг 3 раза в день, Lithii carbonati посхеме: 300-300-600 мг, Clozapini посхеме: 100-100 -200 мг.
7.	Психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ	<p>Р., 51 года, госпитализирован по заявлению третьего лица. Причина госпитализации: суицидальные идеи, выраженная тревожность. Дата поступления: 23.11.2013. Дата выписки: 25.11.2013.</p> <p>Биографические данные: не женат, 2 детей, не работает, находится на психиатрическом наблюдении.</p> <p>Клиническое наблюдение во время госпитализации: в начале госпитализации выраженное беспокойство, расстройства сна, не согласен с решением о недобровольной госпитализации. По мере лечения состояние улучшилось. Предварительный диагноз: абстинентное состояние F10.30. Окончательный диагноз: абстинентное состояние F10.30.</p> <p>Лечение в начале госпитализации: Thiamine, Pyridoxine 250 мг/50 мг 2 раза в день, Diazepam 10 мг 3 раза в день, при выписке: Thiamine, Pyridoxine 250 мг/ 50 мг 2 раза в день, Diazepam 10 мг 3 раза в день. Предложено наблюдение в Центре медико-психологической помощи.</p> <p>Пациент во время госпитализации получил информацию по своему диагнозу и лечению.</p>	<p>П., 51 год. Причина госпитализации: суицидальные мысли. Дата поступления: 25.10.2016. Дата выписки: 10.11.2016. Биографические данные. Окончил автомеханический институт по специальности инженера-технолога, работал по специальности, последние 10 лет на работе не удерживается. С последнего места курьера в страховой компании уволен за нарушение рабочего режима. От брака дочь. С женой вместе не живет около 15 лет. Проживает один. Многие годы злоупотребляет алкоголем. Последняя госпитализация в 2015 года. После выписки диспансер не посещал. Суточная толерантность до 0,5 л водки. Последний запой в течение месяца. Клиническое наблюдение во время госпитализации. В состоянии алкогольного опьянения крайне беспокоен, заявляет о нежелании жить, от лечения отказывается: "Недолго мне осталось! Незачем!". На фоне лечения настроение выровнялось, восстановился сон. Предварительный диагноз: расстройство с преимущественно депрессивными психотическими симптомами, вызванное употреблением алкоголя F10.5. Окончательный диагноз: расстройство с преимущественно депрессивными психотическими симптомами, вызванное употреблением алкоголя F10.5. Рекомендовано: Carbamazepini 200 мг 3 раза в день, Cipralexii 10 мг утром, Chlorprotixeni 50 мг вечером.</p>
8.	Психические	<p>S., 58 лет, госпитализирован по заявлению третьего лица. Причина госпитализации: суицидальные идеи, тревожное состояние, не со-</p>	<p>П. 63 года. Причина госпитализации: не спит, испытывает страх, видит и слышит несуществующих людей, собак, кошек, детей, из-под дивана</p>

	рас- строй- ства, свя- зан- ные с упо- треб- лени- ем пси- хо- ак- тив- ных ве- ществ	<p>гласен с решением о недобровольной госпитализации. Дата поступления: 03.02.2017. Дата выписки: 10.02.2017. Биографические данные: женат, 2 детей, не работает, на психиатрическом наблюдении не находится. Клиническое наблюдение во время госпитализации: по мере лечения наблюдалось уменьшение тревожности, улучшение сна. Предварительный диагноз: острая интоксикация, вызванная употреблением алкоголя. F10.0. Окончательный диагноз: острая интоксикация, вызванная употреблением алкоголя. F10.0. Лечение в начале госпитализации: Thiamine, Pyridoxine 250 мг/50 мг 2 раза в день, Diazepam 10 мг 3 раза в день, Venlafaxine 75 мг 1 раз в день. Лечение при выписке: Thiamine, Pyridoxine 250 мг/50 мг 2 раза в день, Diazepam 10 мг 2 раза в день, Venlafaxine 75 мг 1 раз в день. Предложено наблюдение в Центре медико-психологической помощи. Пациент во время госпитализации получил информацию по своему диагнозу и лечению.</p>	<p>слышит музыку. Дата поступления: 19.10.2016. Дата выписки: 30.10.2016. Биографические данные. Проживает одна. Была замужем, от брака двое взрослых детей, которые живут отдельно. Не работает, достигла пенсионного возраста. Много лет злоупотребляет алкоголем, длительность запоев до 3-х недель, толерантность снижена до 200 мл водки в сутки. Последний раз алкоголь употребляла 6 дней назад. Клиническое наблюдение во время госпитализации. Не ориентирована в месте, времени, собственной личности. На вопросы не отвечает, издаёт отдельные звуки, отмахивается руками. Основной диагноз: абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением алкоголя F10.4. Лечение: Sol. Trisoli - 400,0 + Sol. MgSO4 – 10,0 + Sol. Vitamini B1 – 6,0 внутривенно капельно по 20.10.2016 включительно, Sol. Vitamini B6 -4,0 внутримышечно N 5. 30.10.2016 дополнительный диагноз: правосторонняя крупозная(?) пневмония, дыхательная недостаточность III ст. Для дальнейшего лечения переведена в многопрофильный соматический стационар.</p>
9.	Органические психические расстройства	<p>S., 82 лет, госпитализирована по заявлению третьего лица. Причина госпитализации: оппозиционное агрессивное поведение по отношению к дочери, тревога, расстройство сна. Дата поступления: 21.04.2015. Дата выписки: 07.05.2015. Биографические данные: вдова, живёт с дочерью, на пенсии, не находится на психиатрическом наблюдении. Клиническое наблюдение во время госпитализации: вначале выраженная тревожность, расстройства сна, расстройства поведения. По мере лечения - уменьшение тревожности, улучшение сна. Предварительный диагноз: деменция неуточнённая F03. Окончательный диагноз: деменция неуточнённая F03. Лечение в начале госпитализации:</p>	<p>S., 85 лет. Причина госпитализации: двигательное возбуждение, раздетая убегает из дома, пытается выпрыгнуть в окно, заявляет, что сын изнасиловал родственников, убил соседей. Дата поступления: 26.10.2016. Дата выписки: 23.11.2016. Биографические данные. Образование: 10 классов, станкостроительный техникум. Работала инженером. Пенсионер по возрасту. Была замужем, от брака двое взрослых сыновей. Последние 15 лет проживала одна в деревне, вела хозяйство, занималась огородом, садом. У психиатра не наблюдалась. В течение 3-4 лет ухудшилась память, с июня 2016 года периодически не узнаёт родственников. Клиническое наблюдение во время госпитализации. Вначале раздражительна, слышит голоса экстрасенсов, идеи преследования, ущерб. В ходе тера-</p>

		Haloperidol 1 мг 1 раз в день, при выписке: Haloperidol 1 мг 1 раз в день. Предложено наблюдение у геронтопсихиатра.	пии обманы восприятия прекратились, настроение выровнялось, нормализовался сон. Когнитивные функции по шкале MMSE оцениваются в 18 баллов. Предварительный диагноз: деменция при болезни Альцгеймера неуточнённая F00.2. Окончательный диагноз: деменция при болезни Альцгеймера неуточнённая F00.2. В сопровождении сына выписывается под наблюдение участкового психиатра. Лечение: Propazini 25 мг 3 раза, Zурреха 5 мг 3 раза, Memantine Canon 15 мг утром.
10.	Органические психические расстройства	<p>А., 83 лет, госпитализирован по заявлению третьего лица. Причина госпитализации: расстройство поведения (беспокоен, агрессивен по отношению к окружающим). Дата поступления: 17.12.2014. Дата выписки: 14.01.2015. Биографические данные: женат, 3 детей, на пенсии, на психиатрическом наблюдении не находится. Клиническое наблюдение во время госпитализации: вначале отмечается эмоциональная лабильность, выраженная тревожность с суицидальными идеями, несогласен с предложенной госпитализацией. По мере лечения - уменьшение тревожности, улучшение сна, суицидальных мыслей не высказывает. Предварительный диагноз: деменция неуточнённая F03. Окончательный диагноз: деменция неуточнённая F03. Лечение в начале госпитализации: Mianserine 30 мг 1 раз в день, Rispéridone 2 мг 1 раз в день, при выписке: Mianserine 30 мг 1 раз в день, Rispéridone 2 мг 1 раз в день. Предложено наблюдение у геронтопсихиатра.</p>	<p>А. 77 лет. Причина госпитализации: беспокоен, агрессивно настроен по отношению к жене, плохо спит, с кем-то разговаривает. Дата поступления: 31.10.2016. Дата выписки: 30.11.2016. Биографические данные. Образование высшее, женат, пенсионер по возрасту. Инвалид 2 группы по соматическому заболеванию (Мультифокальный атеросклероз. Атеросклероз брахиоцефальных артерий. Хроническая ишемия головного мозга. Гипертоническая болезнь). Последние годы снизилась память. Под наблюдением диспансера около года, лечение не принимает. Клиническое наблюдение во время госпитализации. Понимает, что находится в больнице, но не знает, какого профиля. Не знает даты. Считает, что жена и ее подруга забрали все накопленные им деньги. На фоне проведенного лечения стал спокойнее, агрессии не проявляет. Предварительный диагноз: деменция при болезни Альцгеймера смешанного типа F00.2. Окончательный диагноз: деменция при болезни Альцгеймера смешанного типа F00.2. Выписывается под наблюдение отделения интенсивного оказания психиатрической помощи. Рекомендовано: Akatinoli memantini 20 мг утром, Sermioni 30 мг утром, Chlorprothixeni 50 мг на ночь, Biperideni 2 мг 2 раза в день, Haloperidoli 1,5 мг 2 раза в день.</p>