

Нижегородское общество прав человека

ISBN 978-5-9928655-3-4



9 785990 865534

Как
соблюдать
права
пациентов
психиатрических
больниц



Нижегородское общество прав человека
2016

Брошюра распространяется бесплатно



Дмитриевская А. А., Козонина А. Ю., Шимоволос С. М.

Как соблюдать права пациентов психиатрических больниц

Красная ласточка, Нижний Новгород, 2016

Дмитриевская А. А., Козонина А. Ю., Шимоволос С. М.

Как соблюдать права пациентов психиатрических больниц.
— Нижний Новгород: Красная ласточка, 2016. — 60 с.

ISBN 978-5-9908655-9-4 © Нижегородское общество прав
человека

Часть I. Неотъемлемые права пациентов¹

Защита права на жизнь в психиатрических больницах

Право на жизнь — это приоритетное право человека, которое должно охраняться с момента появления человека на свет. Право на жизнь гарантируется статьей 20 Конституции Российской Федерации, а также международными договорами. В чем суть права на жизнь для пациентов психиатрических клиник? Прежде всего, речь идет об обязанности больниц создавать условия для обеспечения безопасности пациентов, гарантировать охрану здоровья. Поскольку пациенты находятся в больницах в условиях ограничения свободы, персонал учреждения несет прямую ответственность за их жизнь и здоровье.

В вопросе защиты жизни и здоровья больных немаловажную роль играют материальные условия, в которых содержатся пациенты, ведь это напрямую влияет на процесс выздоровления. Говоря языком психиатрии, необходимо создать благоприятное терапевтическое окружение; это важно не только для пациентов,

1. По материалам «Стандарты ЕКПП» (Европейского Комитета по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания), СРТ/Inf/E (2002) 1 — Rev. 2004.

но и для персонала². Пациентам должны предоставляться адекватное лечение и уход, с соблюдением принципа равноценности. Это означает, что обслуживание, получаемое людьми, принудительно помещенными в больницу, не должно уступать по качеству уходу за добровольными пациентами клиник.

Важно также упомянуть, что зачастую в вопросе охраны жизни и здоровья больных необходимо вовремя реагировать на опасность, которую одни пациенты представляют для других. Это требует, среди прочего, постоянного присутствия персонала, включая ночное время и выходные дни. Кроме того, необходимо принимать специальные меры в отношении особо уязвимых пациентов; например, не следует размещать психически больных и/или умственно отсталых подростков вместе со взрослыми пациентами.

2. Конвенция ООН против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания.

Свобода от пыток и жестокого, унижающего человеческое достоинство обращения и наказания

Статья 21 Конституции Российской Федерации гарантирует, что достоинство личности охраняется государством. Никто не должен подвергаться пыткам, насилию, другому жестокому или унижающему человеческое достоинство обращению или наказанию. Данная норма распространяется на всех без исключения людей, независимо от их социального и правового статуса.

В рамках психиатрической больницы существует несколько потенциальных источников пыток: условия содержания больных и некорректное поведение персонала. Сразу стоит отметить, что к пыткам, унижающему человеческое достоинство обращению или наказанию не относятся боль или страдания, которые возникают в результате необходимых для лечения и обеспечения здоровья пациента процедур, поскольку они неотделимы от этих процедур или вызываются ими случайно со стороны персонала. Таким образом, физическое воздействие на пациента, его изоляция или ограничение передвижения могут быть применены только в случае обоснованной необходимости. (Как сочетать задачи медицинской помощи и запрет жестокого обращения см. часть II.)

Право на получение и распространение информации

Право на получение и распространение информации также относится к общепризнанным и неотъемлемым правам человека. Прежде всего, этот принцип распространяется на открытость информации о состоянии здоровья больного и целях назначенного лечения. Личная и конфиденциальная медицинская карта должна быть открыта для каждого дееспособного пациента. Эта карта должна содержать диагностическую информацию (включая результаты всех специальных обследований, которым подвергнулся пациент), а также текущие записи, касающиеся психического и соматического состояния пациента и назначенного ему лечения. Пациент должен иметь возможность обращаться к своему досье, если только это не является нежелательным с терапевтической точки зрения; содержащаяся в нем информация также должна быть доступна членам его семьи и адвокату. В случае перевода пациента в новое учреждение его медицинская карта передается врачам принимающей инстанции; в случае выписки она — с согласия пациента — должна быть направлена наблюдающему его врачу по месту жительства.

Принципиально важно проинформировать пациента о назначаемом лечении и получить от него

согласие на его проведение. Этот принцип распространяется и на людей, принудительно помещенных в больницу. Каждый вменяемый пациент, добровольный и недобровольный, должен иметь возможность отказаться от лечения или любого другого медицинского вмешательства. Любое отступление от этого фундаментального принципа должно руководствоваться законными основаниями и применяться только в ясно и четко определенных, исключительных обстоятельствах.

Конечно, согласие на лечение может квалифицироваться как свободное и информированное, только если оно основано на полной, точной и понятной информации о состоянии пациента и назначенном ему лечении. Каждый пациент должен иметь доступ к информации о своем заболевании и назначенном лечении, а также информации, сопровождающей ход лечения.

Это право также реализуется в открытости коммуникации, то есть предоставлении пациенту возможности общаться с людьми из внешнего окружения. Посещения родственников и друзей пациента могут быть регламентированы только необходимостью проведения лечебных процедур и отдыха. Любые немотивированные ограничения, установленные персоналом, неприемлемы. Также пациенты должны иметь возможность посылать и

получать корреспонденцию, иметь доступ к телефону, а также принимать своих друзей и членов семьи. Пациент также имеет право на общение с адвокатом в конфиденциальной обстановке. Доступность внешних контактов — неотъемлемая часть внешнего контроля в обеспечении безопасности пациента, а поддержание связи с внешним миром важно не только в отношении предотвращения злоупотреблений, но и с терапевтической точки зрения.

Федеральным законом «О психиатрической помощи» установлено единственное допустимое ограничение по просмотру врачом исходящей от пациента корреспонденции. Иные формы коммуникации и хранения информации не могут быть ограничены, на них могут лишь распространяться условия соразмерности, необходимые для обеспечения сохранности вещей и больничного режима. Поэтому очень важно создать в палатах условия для безопасного хранения пациентами информационных материалов (документов, литературы, электронных приборов коммуникации) в доступных для них местах. Для этого необходимо наличие индивидуальных закрывающихся тумбочек.

Поскольку каждый пациент обладает неоспоримым правом на получение информации, мобильную связь с родственниками и другими лицами, общий запрет на использование средств коммуникации

в больницах не может быть оправдан ни при каких условиях. А чтобы исключить потенциальные конфликты между персоналом и пациентами при нарушении больничного режима, необходимо установить точную процедуру вмешательства и меры разумного ограничения в использовании средств коммуникации.

Свобода передвижения

Свобода передвижения также относится к общепризнанным правам человека и может ограничиваться только судебным решением на обоснованных условиях и на определенный срок. Необходимо помнить, что при отсутствии специального судебного решения право на передвижение остается неоспоримым. Поэтому любые ограничения в передвижении и размещении больного, установленные персоналом больницы в целях обеспечения безопасности и охраны здоровья, являются ответственным решением и должны иметь точное и доказательное обоснование.

При добровольной госпитализации любые ограничения могут быть уместны только в той мере, в какой пациент сам на них согласен. Если он меняет свое решение, он не может быть удержан режимными условиями. Даже письменное согласие пациента на режимные ограничения не может служить основанием

для его принуждения. Например, запрет на выход за территорию больницы не должен влечь применения каких-либо дисциплинарных или административных мер, а может служить лишь поводом для прекращения обслуживания в данной больнице.

Одной из важных составляющих свободы передвижения является возможность выхода пациентов на прогулку на свежем воздухе при дневном свете. Это необходимо не только для хорошего самочувствия, но и для поддержания у пациентов ощущения свободы передвижения, необходимой для улучшения психического состояния. Безусловно, запрет на пребывание на свежем воздухе только пагубно скажется на здоровье пациента. Некоторые учреждения отправляют лечащихся на прогулку в сопровождении родственников. Это хорошая практика, которая, однако, не может заменить возможность самостоятельного выхода пациентов на свежий воздух. Важно помнить, что запрет на прогулку и ограничение доступа к солнечному свету не менее одного часа в день признан Европейским судом по правам человека жестоким обращением, и такой вид обращения квалифицируется как уголовное преступление.

Сохранение человеческого достоинства

Сохранение человеческого достоинства также гарантировано законом, а формы и методы всякого рода его унижения преследуются как правонарушение или преступление. Сохранение достоинства — естественная потребность, без реализации которой человек перестает быть личностью. Только в том случае, если пациент сохраняет достоинство, честь, самоуважение, он может принять и развить в себе правовые и нравственные ценности, включая уважение к правам других людей, закону и принципам общежития. Поэтому любые жалобы пациента на нарушение его прав и несогласие с судебным решением о помещении в клинику должны быть удостоены внимания персонала и соответствующих органов власти. Уважение человеческого достоинства, помимо прочего, должно проявляться в вежливом обращении к больному со стороны персонала.

Другая сторона этого вопроса — обеспечение приемлемых условий содержания, которые, как минимум, должны не создавать серьезных проблем в удовлетворении физиологических потребностей человека, обеспечивать ему приватность и не унижать достоинство. А для скорейшего выздоровления и

внутреннего комфорта нужен еще и уют, потребность в котором тоже есть у каждого. Комфортные больничные условия являются необходимым условием реализации гуманного обращения с пациентами, которое часто декларируется, но на практике применяется редко.

Переполненная палата, недостаток свежего воздуха, высокая влажность, плохая освещенность помещения (или наоборот — свет в ночное время) — все это является постоянным источником раздражения и дискомфорта больных и ведет к возникновению конфликтов между пациентами и персоналом. Общая стратегическая задача для психиатрической службы — улучшать условия содержания, приближая их к средним условиям проживания людей, и налаживать доверительные отношения между персоналом и пациентами. Только такие условия могут полноценно обеспечить сохранение человеческого достоинства и повысить шансы возвращения пациентов в общество.

Создание благоприятной терапевтической среды включает в себя, прежде всего, предоставление пациенту достаточного жизненного пространства, а также обеспечение адекватного освещения, отопления и вентиляции, поддержание учреждения в удовлетворительном состоянии в соответствии с нормами больничной гигиены. Отметим также, что популярная в некоторых психиатрических учреждениях

практика постоянного ношения однообразной казенной одежды не способствует укреплению чувства индивидуальности и самоуважения; индивидуализация одежды должна являться частью терапевтического процесса.

Другая важная задача — обеспечение приватности и конфиденциальности в условиях стационарного пребывания в психиатрических больницах. Прежде всего, эта проблема касается обращения с пациентами при отправлении ими физиологических потребностей и медицинских процедурах, а также нарушения приватности. Некорректное обращение персонала и отсутствие частного пространства вызывает у пациента чувство стыда и неудобства, поэтому необходимо использовать предусмотренные в больницах ширмы и обеспечивать полную приватность и защищенность от чужих глаз в туалетах, душевых кабинах и ваннных комнатах.

Соответствующим образом должны учитываться потребности пациентов пожилого возраста и инвалидов; например, туалеты, конструкция которых не позволяет пользователям садиться, не подходят для таких пациентов. Наряду с этим необходимо оборудование, позволяющее персоналу оказывать адекватную помощь больным, прикованным к постелям; отсутствие подобного оборудования создает невыносимые условия. К нарушению приватности

следует также отнести слишком плотное размещение кроватей в палатах. Необходимо помнить, что все люди испытывают разную потребность в личном пространстве. Для некоторых нарушение их приватности может быть сверхболезненным и восприниматься как жестокое обращение.

Обеспечение имущественных прав пациентов

Имущественные права пациентов не только являются законными правами дееспособного (или ограниченно дееспособного) лица, но и выступают средством для реализации других прав граждан. Поэтому каждая больница должна гарантировать пациентам сохранность их имущества, а любые ограничения в использовании вещей или продуктов пациентами не могут быть оправданы из-за невозможности обеспечения их безопасного хранения. Поэтому важнейшим условием для комфортного пребывания в психиатрической клинике является предоставление мест безопасного хранения имущества. Если больница не в состоянии обеспечить такие места в связи с объективными материальными трудностями, администрация все равно несет ответственность за сохранность вещей пациентов.

На практике желательно обеспечивать всех больных запирающимися тумбочками около кроватей и

платяными шкафами; пациентам должно быть разрешено хранить некоторые из своих личных вещей (фотографии, книги и т. д.) в безопасном месте. Отсутствие такого места может отрицательно сказаться на ощущении пациентом своей автономии.

Часть II. Актуальные вопросы по практике Как сочетаются задача обеспечения здоровья и запрет жестокого обращения?

В любом психиатрическом учреждении иногда возникает необходимость применения усмирительных методов по отношению к возбужденным пациентам. Порой это бывает неизбежно, но в этой практике потенциально заложена возможность злоупотреблений и жестокого обращения. Поэтому вопрос об усмирении пациентов должен быть предметом четко выработанной политики, направленной на максимальное использование ненасильственных методов убеждения и усмирения. Лучше всего, если попытки усмирить буйного не пойдут дальше словесного воздействия. В связи с этим очень важно, чтобы персонал больниц обучался способам сдерживания возбужденных пациентов, основанным на неприменении физической силы. Обладание подобными техниками позволит персоналу должным образом реагировать в трудных ситуациях и значительно сократит риск получения травм пациентами и сотрудниками.

Использование средств физического сдерживания оправдано только в крайне редких случаях и всегда должно быть назначено или одобрено врачом. Если персоналу все же приходится прибегнуть к подобным мерам, при первой же возможности их воздействие нужно прекратить. Использование этих методов (или продление их действия) никогда не должно использоваться в качестве наказания. Если

подобная практика не имеет терапевтического оправдания, она приравнивается к жестокому обращению. Как только опасность уменьшается, такие меры должны быть незамедлительно приостановлены. Например, недопустимо связывать (привязывать) больного, если нет никаких признаков опасности рецидива.

Во всех случаях за возбужденным больным необходимо постоянное наблюдение. Неприемлема изоляция без регулярного особого контроля. Изоляция никогда не должна применяться в качестве наказания.

доступность и эффективность

Существуют общепризнанные критерии, определяющие доступность медицинской психиатрической помощи, среди них: доступ к врачу, равноценность обслуживания пациентов, согласие пациента на лечение и конфиденциальность, профилактическое лечение, независимость медицинского персонала и профессиональная компетентность.

Выбор способов лечения и медикаментов не должен наносить явный вред здоровью пациента или разрушать его личность. Лечение может быть успешно при достижении доверия пациента и осознания им необходимости такого лечения. Безусловно, психофармакология зачастую является необходимым компонентом ухода за пациентами, страдающими психическими расстройствами, но ее применение всегда должно быть необходимо и уместно.

В любом случае, психиатрическая помощь должна основываться на индивидуальном подходе, предполагающем разработку плана лечения для каждого конкретного пациента. Оно должно включать в себя широкий спектр реабилитационных и терапевтических мероприятий и обеспечивать, в том числе доступ к трудотерапии, групповой терапии, индивидуальной психотерапии, к занятиям искусством, театром, музыкой и спортом.

Пациентам должен быть обеспечен регулярный доступ в специально оборудованные комнаты отдыха, они должны иметь возможность ежедневно гулять на свежем воздухе;

также желательно, чтобы им предлагалась деятельность образовательного характера и подходящая работа.

Важно помнить, что лечение не должно негативно сказываться на умственном потенциале и творческом развитии пациента. Условия пребывания в больнице создают информационный вакуум, способствующий деградации личности и развитию навыков иждивенчества, а доступ к одному телевизору вовсе не обеспечивает благоприятную информационную среду. Поэтому важная задача медицинского персонала — создать условия для полноценного досуга лечащихся и развития творческих навыков. Например, пациент может слушать радиоприемник с использованием наушников — в таком случае он не создает никаких неудобств для окружения. А для полноценного общения пациентов в больнице необходимо иметь настольные игры и отведенное для них место.

Грань между чрезмерностью и необходимостью

Достижение баланса между помощью больным и обеспечением безопасности, сохранением человеческого достоинства и предупреждением несчастных случаев — комплексная и трудная задача, которая всегда стоит перед сотрудниками больниц. Одна из проблем, иллюстрирующая тонкость грани между чрезмерностью и необходимостью, — запрет курения на территории больницы. Необходимо помнить, что такое ограничение было введено законодателями в интересах защиты здоровья больных, находящихся на излечении от физических недугов. Для пациентов психиатрических больниц такой запрет не является аргументированным. Более того, табачная зависимость сама по себе создает для пациентов дискомфорт, а в неуравновешенном состоянии является постоянным источником агрессии. В этой ситуации право и долг врача — обеспечить условия для курения никотинозависимым пациентам. Специально отведенные и оборудованные вентиляцией места для курения решают проблему вреда от табачного дыма для окружающих.

Часть III. Несколько историй об экспериментальных психиатрических и психотерапевтических проектах, которые могут предложить новые способы действия

Эта часть состоит из коротких историй, описывающих существующие, во многом успешные, эксперименты в области оказания психиатрической и психотерапевтической помощи. По масштабу и охвату действия их можно разделить на две категории: тотальный эксперимент, который затрагивает больницу в ее целостности («Гориция», «La Borde», «Сотерия»), и внутрибольничные эксперименты, которые могут быть как краткосрочными («Шумная комната», Отделение техногенных неврозов, «Вилла 21»), так и долгосрочными (Милл-хилл, Оренбургская больница).

Каждый найдет в этих историях свой интерес, мы же попробуем обозначить то, что важно для нас в этих опытах, сформулировав вопросы, рассмотрение которых представляет большую ценность для функционирования любого психиатрического учреждения или проекта по поддержке людей, имеющих ментальные расстройства. Так, в каждом из представленных экспериментов прорабатывается вопрос организации среды. Он касается и

материального обрамления (каким будет пространство? что будет его наполнять? будут ли ограждения, решетки, личные шкафчики и т. д.?), и повседневных правил поведения (какие правила регулируют пребывание? кто эти правила устанавливает? какого режима придерживаются пребывающие там? чем занимается каждый из присутствующих? наказуема ли инициатива?), и социальной организации места (кто присутствует там? как соотносятся индивидуальность и коллективность? поддерживается ли ролевая структура? обладает ли само окружение терапевтическим потенциалом?). Другой значимый вопрос, который свойственен, скорее, тотальным экспериментам, работает с клише о больнице как закрытом, замкнутом на себе пространстве, которое призвано оберегать пациентов от простых горожан и наоборот. Как преодолеть их взаимный страх? Как бороться со стигматизацией? Как быть с изоляцией, в которой оказывается пациент ввиду болезни и заключения в клинику? Действительно ли клиника должна быть закрытым предприятием? На все эти и множество других вопросов отвечали и отвечают своими действиями те, кто причастен к ниже представленным проектам. Возможно, ознакомление с ними поможет изобрести новые способы действия. В любом случае, это знакомство ценно уже само по себе,

так как расширяет представление о психиатрии второй половины XX и начала XXI века.

Неоценимый вклад в русскоязычное поле изучения истории и философии психиатрии внесла исследовательница Ольга Власова и те, кто переводил работы важных экспериментаторов и мыслителей, за что мы чрезвычайно им благодарны. Пользуясь случаем, отсылаем читателей к тому, чтобы ознакомиться с их трудами.

Милл-хилл

Больница (Англия, 1940–1945 гг.)

Как это ни парадоксально, один из ключевых новых методов в психиатрической практике XX века появился благодаря ужасам Второй мировой войны. Речь идет о традиции терапевтических сообществ, складывающейся в Великобритании с начала 1940-х годов. В это время активно развивающаяся социальная психология групп получает возможность опробовать свои положения на практике — страна сталкивается с волной посттравматических неврозов у солдат, которых необходимо вернуть к нормальной жизни. К тому времени становится популярным тезис о том, что группа — это живой организм, не сводящийся к сумме составляющих ее индивидов и обладающий большим терапевтическим потенциалом.

Военная и послевоенная психиатрия допускала самые смелые эксперименты, которым трудно было появиться в мирное время из-за устоявшихся традиций лечения. Так появились терапевтические сообщества, где акцент смещался с индивидуального лечения на групповые методы, а пациент понимался как активный субъект, которому необходимо создать условия для

проживания травматического опыта и решения проблем.

Пионер этой практики — Максвелл Джонс, выпускник Эдинбургского университета, разочаровавшийся в биологической психиатрии и обратившийся к социальным теориям. Работая в лондонской больнице Модсли, Джонс заметил, что улучшения в состоянии пациентов чаще связаны не с медикаментами, а с общением с персоналом. Так он начинает подозревать, что группа — главный способ лечения.

В 1940 году на базе Модсли организуют два военных госпиталя. В одном из них, в больнице Миллхилл, Джонс работает с группой больных с военным неврозом, или «синдромом усилия». Проведя исследование ста пациентов, он выясняет, что ни у кого из них нет биологических причин болезни, только психосоматические. Чтобы рассказать об этом, Джонс собирает всех пациентов вместе и проводит первое групповое собрание.

В то время все женщины обязаны были как-то вносить вклад в военное дело, многие шли работать медсестрами. Джонс активно вовлекает их в эксперимент, просит делиться идеями и инициативами. Вскоре сестры стали чувствовать себя частью проекта и проявлять энтузиазм. Так, например, в больнице появилась практика психодрамы. Работу в группе

Максвелл Джонс начинал с собраний, которые поначалу имели исключительно образовательную цель: рассказать солдатам о том, как работает их тело и о симптомах, которые они испытывают. Однако вскоре обсуждения стали включать и другие вопросы, волновавшие больных: то, как их будут воспринимать люди и семья по возвращении.

Так пациенты постепенно сближались, начинали доверять персоналу и понимать, как их личные проблемы пересекались с чужими. Преодолевалась жесткая иерархия между персоналом и больными, а пациенты начинали занимать более активную позицию. Те, кто находился в больнице дольше, старался объяснить новичкам причины их болезни и вовлечь в групповую работу. Именно в Милл-хилл Джонс осознает, что лечение — это постоянный процесс, не ограничивающийся консультацией у врача и приемом таблеток. Нарботки Милл-хилла станут основанием для дальнейших экспериментов Джонса и вдохновят последователей.

Отделение техногенных неврозов в Бельмонте

Внутрибольничный эксперимент (Англия, 1947–1959 гг.)

С 1947 года Максвелл Джонс заведует отделением техногенных неврозов в больнице в Бельмонте, цель которого — лечение и дальнейшее трудоустройство людей с расстройствами личности. Это отделение должно было работать с одной из главных проблем послевоенной Великобритании — огромным числом безработных, алкоголиков, проституток, нищих, лиц с личностными расстройствами, которых нужно было вернуть к нормальной жизни в меняющемся обществе.

Среди ста пациентов отделения были люди в возрасте от 18-ти до 60-ти лет, по большей части (около 60%) — молодые трудоспособные граждане, признанные людьми с асоциальным расстройством личности за агрессивное поведение. 20% — люди с невротическими расстройствами, около 10% — с психотическими расстройствами личности, однако в общей массе это были люди, которых принято называть антиобщественными элементами. Сам Джонс говорил, что этот контингент фундаментально отличался от участников его предыдущих экспериментов в Милл-

хилл и Дартфорде. Если солдаты в прошлом успешно прошли процесс социализации и страдали от психических расстройств из-за военных событий, то эти пациенты часто не обладали базовыми социальными навыками и были маргиналами на протяжении всей жизни. С Джонсом в этом проекте работало около тридцати сотрудников: психиатры, психологи, соцработники, преподаватели мастерских и даже менеджер по трудоустройству, возвращавший пациентов к трудовой деятельности.

Джонс пытался сделать структуру отделения как можно более свободной: поощрялось общение с тем, с кем интересно, преодоление ролевых и иерархических установок, что вело к образованию общинности и более крепких социальных связей. Сестрам было позволено смотреть личные дела больных и напрямую обсуждать с ними проблемы, а врач больше не был волшебником, способным вылечить таблеткой. Ответственность за выздоровление распределялась между всеми членами сообщества, задействуя активность пациентов. Поощрялось включение больных в разнообразные социальные группы, что вело к овладению целым спектром социальных ролей и повышало успех в дальнейшей адаптации за пределами госпиталя.

Режим работы отделения ограничивался двумя непреложными правилами: в 8:30 утра приходиться на общее собрание и в 21:00 быть готовым ко сну. В

остальном порядке в Бельмонте были довольно свободными: важно было создать комфортную и доверительную атмосферу. Акцент смещался с индивидуального лечения а процессы взаимодействия в группе, а терапевтическое воздействие было непрерывным, так как все время пациента было занято воркшопами, лекциями, общением, танцевальными классами и трудовой активностью.

Основным инструментом групповой работы стали регулярные дискуссии: на одних обсуждались проблемы поведения пациентов, на других — актуальные для них вопросы вроде брака, воспитания детей и т. д. Хотя бы раз в неделю психиатры встречались с каждым больным лично, беседуя от нескольких минут до часа. Попадая в отделение, пациент проходил ряд собеседований: с психологом, социальным работником, выяснявшим ситуацию в семье, менеджером по трудоустройству, который впоследствии подыскивал ему работу. Вновь прибывшего встречал пациент-волонтер и знакомил с жителями сообщества и его правилами.

Еженедельно лечащиеся с медсестрами и социальными работниками обсуждали проблемы функционирования отделения и организационные вопросы. Труд, являющийся неотъемлемой частью жизни в большом обществе, также был встроен в повседневность отделения: больные вместе работали, в

том числе над совместными проектами. В Бельмонте предлагалось пять видов воркшопов: реставрация мебели, декорирование, шитье, полировка и строительство.

За 12 лет работы в Бельмонте Джонс приходит к выводу, что терапевтическое сообщество — подходящий способ реабилитации людей с личностными расстройствами. Хотя не все в больнице шло гладко (были конфликты с соседним, более консервативным, отделением), результаты в целом оценивались как положительные. Джонс находит успешные стратегии лечения: привлечение к процессу родственников больного, трудовая активность, общение, ответственность; осознает эффективность метода психодрамы. Эксперименты Джонса заложили традицию терапевтических сообществ и вдохновили крупных практиков и теоретиков альтернативной психиатрии, таких как Рональд Лэйнг и Дэвид Купер.

«Шумная комната»

Внутрибольничный эксперимент (Англия, 1954–1955 гг.)

Рональд Лэйнг — одна из ключевых фигур британской психиатрии XX века. Известный благодаря созданию Кингсли-холла, независимой коммуны для людей с ментальными расстройствами, Лэйнг посвятил жизнь экспериментам с групповой терапией и теоретическим трудам. В самом начале карьеры, столкнувшись с неизлечимыми болезнями и смертью, он погружается в изучение западной философии, обращаясь к Гуссерлю, Ясперсу, Мерло-Понти, Хайдеггеру, Сартру и другим. Именно Лэйнг познакомил британскую психиатрию с экзистенциально-феноменологическим подходом, согласно которому ментальное расстройство — это особый опыт, специфический модус бытия. Впоследствии он обращается к социальному подходу, утверждая, что психическое заболевание — это проблема не конкретного больного, а всего общества. Лэйнг возвращает безумие обществу, которое, опасаясь взрывной силы безумия, стремится заточить его в больницу.

Первые эксперименты Лэйнг провел в Королевской Гартнавельской больнице в Глазго, где он работал в женском отделении для неизлечимо больных. Некоторые жили в мягких палатах, большинство пациенток имели опыт лечения инсулиновыми комами, шоковой терапией, а некоторые подверглись лоботомии. Отделение насчитывало 65 больных, на которых приходилось всего две-четыре сестры. Пациенты были неорганизованными и шумными, замкнутыми на себе, некоторые сидели изо дня в день, глядя в одну точку, другие бросались на соседей. Персонала не хватало, и никакой терапии не проводилось. Любая конструктивная деятельность одних всегда прерывалась нападками других. В этом отделении в 1954–1955-м годах Лэйнг и проводит эксперимент, впоследствии названный «Шумной комнатой».

Предположив, что инсулин и электрошок только усугубляют течение болезни, Лэйнг сделал акцент на внимательное отношение и заботу со стороны сестер. Одиннадцать пациенток в возрасте от 22-х до 63-х лет с тяжелыми формами шизофрении ежедневно с 9-ти утра до 5-ти вечера, находились в большой, освещенной, отремонтированной и мебелированной комнате вместе с двумя сестрами. Они проводили время в занятиях рисованием, вязанием, что-то мастерили. Через несколько месяцев им позволили обзавестись газовой

плиткой и начать готовить. Они полностью наладили отношения с персоналом и стали покидать больницу, отправляясь в магазин за чаем или конфетами. Хотя некоторые признаки шизофрении сохранялись (в частности, психотическая речь), все пошло на поправку, стали опрятно выглядеть, проявлять социальную активность.

Многие выписались из больницы, однако скоро туда вернулись, не найдя за ее пределами такой же дружелюбной атмосферы. Лэйнг приходит к выводу, что улучшение состояния пациенток стало результатом свободных и теплых отношений с сестрами. Главным в процессе лечения было не материальное окружение, а социальное.

La Borde

Клиника (Франция, с 1953 года по настоящее время)

В конце марта 1953 года три десятка пациентов, несколько санитаров и психиатр Жан Ори покинули клинику Сомери, чье руководство не соглашалось на улучшение условий содержания больных. После двухнедельного скитания они добрались до замка «Ля Борд» [La Borde], который к тому времени был в собственности Ори. Вместе с заинтересованными и сочувствующими они начали трудиться над его благоустройством и реорганизацией под нужды клиники. Эта постоянная работа над созданием места и запустила процессы формирования сообщества вокруг La Borde.

Сложность описания клиники La Borde связана с тем, что она является динамично изменяющейся средой, чьи терапевтические и организационные методы стабильно пересматриваются. Единственное, что в ней постоянно, — это стремление к поддержанию условий, в которых возможно производство новых форм субъективности.

Все, кто более или менее продолжительно пребывал в клинике, были включены в процесс

«квалификационного смещения», целью которого было разрушение ролевой определенности. Помимо своих основных регулярных обязанностей, врачи, санитары, пациенты, а также гости клиники выполняли случайные и коллективные обязательства. В один день любой мог работать на кухне, в другой — на рецепции, в типографии или у ворот. Один из больных служил казначеем и распоряжался банковским счетом La Borde. Для пациентов это были различные точки приложения и развития своих навыков. Размер заработной платы сотрудников подлежал обсуждению на собраниях демократических комитетов.

В клинике большое значение уделялось разнообразию практик и досуговой деятельности. Было организовано специальное пространство, где пациенты и доктора могли играть в карты или читать журналы. Медсестер не всегда можно было отличить от лечащихся — никакой униформы у них не было, а некоторые служащие клиники вообще жили там вместе со своими семьями. Для пациентов проводились индивидуальные аналитические сессии, групповая терапия в виде встреч, мастерских, художественной деятельности. Иногда по пятницам после обеда в большом зале La Borde пациенты и персонал собирались для совместного обсуждения вопросов функционирования клиники.

В какой-то момент в стенах больницы возник цирк — его организовали наблюдающийся в La Borde артист Жан-Батист Тьерри и его возлюбленная Виктория Чаплин. Они предоставили пациентам много возможностей для насыщенного времяпровождения, поставив цирковые шатры, задействовав лошадей, змей и других животных. Тьерри так говорил о своей художественно-терапевтической деятельности: «Я решил одеть его [кататоника] целиком в сценический костюм, и в таком виде он делал все, что я ему скажу. Я всегда его спрашивал: „Почему ты двигаешься, когда на тебе надет костюм?“».

Он никогда не отвечал, пока однажды не заговорил: „Потому что это не всерьез“».

Однажды на лето в La Borde приехали кинорежиссер Николя Филибер с небольшой съемочной группой, театральный режиссер Мари Ледье и музыканты. Вместе с пациентами они поставили «Оперетту» Витольда Гомбровича, а Филибер зафиксировал репетиции постановки и быт клиники в фильме «Все малое».

В больнице придерживались и придерживаются принципа смешения людей разных нозографических категорий, разного возраста и т. д. Все разделяют одно и то же пространство, а их регулярные встречи обозначили важный терапевтический вектор, направленный против сегрегации, обособления и

создания гетто из престарелых, алкоголиков, мужчин, женщин, «нормальных» и «ненормальных».

Больница в Гориции

Реформирование больницы (Италия, 1962–1971 гг.)

В 1962 году коллектив психиатров во главе с профессором Франко Базалья, известным своими теоретическими работами и переводами философских и социологических текстов о психиатрии, подключился к работе в провинциальной психиатрической больнице в Гориции, в которой наблюдалось около шестисот человек. Как свидетельствует часто приводимая цитата, условия их содержания напомнили Базалье о тюрьме, в которой он пробыл два месяца во время Второй мировой войны. Необходимость реформирования условий и практик была очевидна. Базалья и его коллеги посвятят этому ближайшие девять лет.

В первую очередь было решено пересмотреть отношения города и больницы, проработав сознательные и бессознательные штампы относительно места и людей, которые там лечатся. Так, была введена система открытых дверей, убраны решетки с окон, а глухая ограда, оберегающая одних от вторжения других, была демонстративно и празднично разрушена пациентами. Постепенно больница начала

привлекать все больше и больше людей: туда приходили сотрудники из других клиник, художники, активисты и просто сочувствующие.

Параллельно радикально пересматривалась внутрибольничная среда, так как условия совместного пребывания персонала и лечащихся напрямую связаны с типом отношений, существующим в клинике. Критике подверглись способ распределения власти, однозначность ролей, чрезмерная режимность, недостаток досуга и практик, сведенное на нет личное пространство больных. Персонал и пациенты перестали носить одежду, которая очевидно разбивала их на два лагеря — халатный и пижамный, — так как все это поддерживало ролевую идентификацию и унифицировало людей. Находящиеся на лечении мужчины больше не должны были бриться наголо. У всех пациентов постепенно появились личные шкафчики для хранения вещей, которые больше не запрещалось иметь. Большинство пациентов стали следить за своим внешним видом, ведь теперь для этого были созданы надлежащие условия. Пересматривая однозначность ролей, поддержание режима и дисциплины, а вместе с ними и распределение власти, Базалья и его соратники хотели в первую очередь поспособствовать образованию сообщества врачей и пациентов, наладить горизонтальные связи, более гибкие и в большей степени соответствующие

проявлению индивидуальности каждого. Более того, такой тип связи провоцирует включенность всех участников и, в идеале, равномерное распределение ответственности между ними. Так, решения касательно функционирования больницы принимались коллективно на регулярных встречах. А с 1965 года появились общие собрания, куда могли приходиться и посторонние люди. В таких условиях все больше инициативы исходило от самих пациентов: кто-то организовал кафе, кто-то мастерские или клубы по интересам.

Эту больницу даже называли «республикой безумцев».

Отличительным признаком итальянского реформирования психиатрических больниц (помимо Гориции были и другие) было особое внимание к труду лечащихся. В Гориции Базалья предложил сделать его оплачиваемым, так как считал, что это укрепляет независимость пациента и выводит его за пределы клиники. Поскольку больничная оплата труда была ниже, чем городская, то многие пациенты и вправду работали в городе, а в клинику приходили, как домой. Это было одним из желанных результатов для Базальи, мечтавшего, что однажды все пациенты покинут больницу.

«Вилла 21»

Терапевтическое сообщество при больнице (Англия, 1962–1966 гг.)

В 1962 году Дэвид Купер, молодой психиатр, приехавший в Европу из Южной Африки, создал экспериментальное терапевтическое сообщество в больнице Шенли в Лондоне. С 1940-х по 1960-е годы британская психиатрия переживала период либерализации, а к середине 1950-х годов терапевтическое сообщество стало популярной моделью работы с пациентами.

Больница Шенли, основанная в 1933 году, к 1960-му начала приходить в упадок: отделения были переполнены, оборудование обветшало, и, несмотря на недостаток средств, администрация искала пути ее модернизации. Одним из шагов стало принятие плана Дэвида Купера (работавшего в Шенли старшим регистратором) и его коллеги Хэйворда по созданию экспериментальной терапевтической коммуны. По задумке в этом месте внимание сосредоточивалось бы на пациенте и его социальном окружении, а не на болезни.

Здание, ставшее местом эксперимента, носило номер 21 и было бывшим отделением инсулиновой терапии, которая практически не использовалась с конца 1950-х. На двух этажах «Виллы» располагались спальня пациентов, столовая, гостиная, комната отдыха

и комната персонала. Вспоминая этот эксперимент, Купер говорил, что поиск персонала стал самой сложной задачей — это должны были быть люди, открытые новому, и еще не вполне сросшиеся с институциональными правилами. Купер считал, что в больницах пациенты становятся «институционально-деформированными», поскольку учатся вести себя не как здоровые люди, а лишь как пациенты, поэтому жителями «Виллы» стали молодые люди в возрасте от 15-ти до 30-ти лет, госпитализированные впервые. Это были совершенно разные люди: от ирландского рабочего до богатого ученика частной школы. Около двух третей пациентов были с диагнозом «шизофрения», остальные страдали от психопатии и расстройства личности. Сопровождали их в этом эксперименте семь медбратьев, отобранных за лояльность, терапевт, социальный работник и три врача.

Купер был противником индивидуальной терапии и верил в силу группы, поэтому в «Вилле» проводились регулярные групповые собрания. Он старался избавиться от всех правил, кроме самых необходимых, и создать коммуну, в которой пациенты и персонал могли бы общаться на равных. Но для этого сперва необходимо было выявить предубеждения и стереотипы, через которые персонал воспринимал пациентов. Со временем доктора перестали носить

униформу, правила их взаимодействия с пациентами стали менее регламентированными, а в 1963 году коммуна перешла в свою самую многообещающую стадию. Как вспоминает один пациент, им было позволено делать практически все. Единственная специфическая роль, все еще отводившаяся персоналу, состояла в том, чтобы посредничать между отделением и остальной больницей и хранить ключи от шкафа с медикаментами. В ходе эксперимента удалось отказаться от режима сна и обязательного труда — это не сказалось на режиме общих собраний и функционировании группы. Постепенно уходили стереотипы о ролевом распределении — лидерстве врача и контролирующей функции среднего персонала. На групповых встречах, где совместно обсуждались проблемы каждого, кто-то из пациентов мог стать лидером, а вскоре сами больные стали осуществлять контроль над порядком.

Считается, что Купер и его соратники отвергали медикаментозное лечение, однако это верно только отчасти: они восставали против таблеток как репрессивной меры. Однако на «Вилле» применялись лекарства в терапевтических целях и с согласия пациентов, а каждый больной мог сам попросить дать ему снотворное или успокоительное.

В итоге все участники эксперимента были намного более интеллектуально активными, чем пациенты,

проходившие стандартное лечение. Они часто вступали друг с другом в споры, рассуждали о жизни, философии, политике, а по окончании эксперимента, вернувшись к обычному лечению, отстаивали свои права на свободу. Выписавшиеся часто возвращались на «Виллу» по выходным — в атмосферу тепла и неотчужденности при относительной автономии каждого.

«Сотерия»

Терапевтическое сообщество (США, Европа, с 1970-го по настоящее время)

Одним из самых успешных и признанных психиатров в Америке был Лорен Мошер, выпускник Стэндфордского университета и Гарвардской медицинской школы. С 1970 по 1992 год Мошер руководил проектом «Сотерия» (от греч. *soteria* — спасение, освобождение), терапевтическим сообществом для больных шизофренией в Калифорнии. Мошер был настоящим исследователем, поэтому проект «Сотерии» был осуществлен как эксперимент, в котором результаты жизни в сообществе сравнивались с контрольной группой, проходящей стандартное медикаментозное лечение.

Опираясь на опыт предыдущих терапевтических общин, а также теоретические наработки феноменологов и таких ученых, как Салливан и Бейтсон, Мошер разработал свой подход к лечению с акцентом на коммуникацию и межличностные отношения. Этот подход был направлен против авторитаризма в психиатрии, выстраивания иерархий и директивного отношения. Полагая, что шизофренический опыт сам по себе обладает

потенциалом выздоровления (при условии, что раньше времени не будет прерван нейрорептиками), Мошер поставил в центр терапии принцип со-бытия (being with) с пациентом, предполагавший безоговорочное принятие особого опыта психически больного человека и уважение к нему.

Сообщество обитало в двухэтажном доме в Сан-Хосе и вмещало одновременно шесть-восемь больных, с которыми круглосуточно жили двое добровольцев (мужчина и женщина), а остальной персонал (психологи и психиатры, другие добровольцы и врачи) координировал «Сотерию», но не жил там постоянно. Пациенты были самые разные: параноики, кататоники, аутичные шизофреники, но все они были в возрасте от 18-ти до 30-ти лет, белые, с хорошим образованием, ранее госпитализированные не более одного раза.

В «Сотерии» всячески поощрялась коммуникация, развивалась межличностная активность: клиенты могли общаться, критиковать друг друга, давать советы и даже конкурировать. Огромное внимание уделялось социальной среде — уважительной и предсказуемой, теплой и домашней атмосфере, обеспечивающей чувство безопасности. Поощрялась автономия личности и отсутствие созависимости на фоне выстраивания крепких поддерживающих отношений. Среди персонала «Сотерии» были не только профессиональные врачи, но

и волонтеры, готовые выстраивать доверительные отношения с клиентами.

Как впоследствии отмечал Мошер, в «Сотерии» не практиковалось даже терапевтических сессий — исцеляющей была сама атмосфера группы. Пациенты, вместе с персоналом, занимались обыденными вещами: выполняли обязанности по дому, готовили, убирались, что-то мастерили, общались — в общем, просто жили. Интеграция пациентов в сообщество проходила в три этапа. На первом, самом важном и трудном, этапе с клиентом устанавливал контакт один из добровольцев, испытывающий к нему симпатию и готовый уделить внимание. На этом этапе формировались непрерывные доверительные отношения, больному давали понять, что его переживания реальны, имеют значение и представляются важными. Именно так осуществлялось то, что Мошер называл со-бытием. Далее происходило расширение социальных связей, пациент начинал чувствовать себя частью сообщества. Когда больному ста новилось скучно, это означало переход на третий этап — этап персональной активности и личностного развития.

В «Сотерии» старались не прибегать к лекарствам первые шесть недель, а медикаменты использовались только в случае неконтролируемой агрессии, угроз суицида или тяжелых душевных состояний — и только с согласия пациента. В результате первых

экспериментов (1971–1976 гг.), при сравнении успехов «Сотерии» с группой больных, получавших антипсихотическое лечение, выяснилось, что у обеих групп наблюдались улучшения, однако социальные показатели у жителей сообщества были намного лучше. После выписки они легче находили более престижную работу, чаще жили отдельно от семьи или в паре и гораздо реже подвергались повторной госпитализации. Подобное исследование, проведенное Мошером и коллегами в следующие пять лет, только подкрепило результаты первого.

Волонтерское движение в Оренбурге

Реабилитационный эксперимент (Россия, с 2006-го по настоящее время)

В 2006 году в Оренбурге стартовал экспериментальный проект, в рамках которого к работе в Оренбургской областной психиатрической больнице № 1 подключились студенты медицинской академии. Для их подготовки была создана специальная Школа, которая является результатом соучастия специалистов из обеих организаций, благодаря чему студенты взаимодействуют как с теоретиками, так и с практиками. Важным является и то, что участники Школы имеют доступ к внутривольничным конференциям, дискуссиям, клиническим разборам диагнозов. Пройдя курс необходимой подготовки, студенты разрабатывают собственные терапевтические проекты.

Теоретическим базисом деятельности волонтеров являются идеи о «психиатрии с опорой на сообщество», унаследованные от проектов Джонса, Купера, Лэйнга, Мошера, Ори, Базальи, Гваттари. Все они по-разному работали с коллективностью и социальной тканью, создавая среды, обладающие целительным потенциалом и позволяющие индивиду быть

индивидом (от лат. *individuum* — атом; от *individuus* — цельный, неразделенный, неделимый). Оренбургский эксперимент отличается от описанных выше опытов тем, что на данном этапе волонтеры взаимодействуют лишь с амбулаторными больными — стационар по-прежнему остается достаточно закрытым пространством. Одним из генеральных направлений деятельности волонтеров является работа по возвращению лечащихся в общество: последние посещают клуб реабилитации, который объединяет различные практики. Так, пациенты могут заниматься визуальными искусствами, танцами, спортом, литературой, дискутировать, взаимодействовать с городским пространством, выстраивая прогулки, культурный досуг или решая какие-либо бытовые вопросы. От всего этого человек отвыкает, находясь в вакууме болезни и больницы. Другим важным вектором, но уже внебольничной деятельности, является «организованная дружба». Большинство пациентов за время пребывания в психиатрической больнице утрачивают важные социальные связи. Покинув клинику, они, как правило, оказываются изолированными и замкнутыми на семье. Таким людям может быть полезна служба содействия образованию дружеских союзов, которые предоставляют им возможность сформировать новые отношения. Метод содействия заключается в том, что из волонтеров и

пациентов, при обоюдном желании, складываются дружеские пары, формальный срок существования которых равен году. Затем участники могут сами решить, продолжать ли взаимодействие далее.

Помимо реабилитационных активностей, волонтеры инициируют общественную дискуссию о психическом (не)здоровье, нормативности, угрозах, стигматизации и прочих проблемах, способствуя таким образом созданию теоретического и практического поля, в котором возможно переосмысление психического.

Краткая информация о Нижегородском обществе прав человека

Правозащитная группа образовалась в 1990 году и стала фактически первой правозащитной организацией в Поволжье. В 1993 году группа учредила общественное объединение: Нижегородское общество прав человека.

Основными направлениями деятельности Общества являются:

- мониторинг нарушений прав человека в Нижегородской области;
- защита прав человека в «закрытых» учреждениях;
- просветительская деятельность;
- участие в благотворительных акциях.

Контактные данные: 603076, Нижний Новгород, пр. Ленина, 54а, офис 404.

Тел. (831) 214-00-52



Данная брошюра издана в рамках проекта Нижегородского общества прав человека (НОПЧ) «Обеспечение прав пациентов и условий содержания в психиатрических больницах Нижегородской области» грант № 165/2015/3. При реализации проекта используются средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации от 01.04.2015 № 79-рп и на основании конкурса, проведенного Движением «Гражданское достоинство» (<http://civildignity.ru>).

Содержание

Часть I. Неотъемлемые права пациентов

Защита права на жизнь в психиатрических боль-	
ницах	5
Свобода от пыток и жестокого, унижающего	
человеческое достоинство обращения и наказания	
7	
Право на получение и распространение инфор-	
мации	
8	
Свобода передвижения	11
Сохранение человеческого достоинства	
13	
Обеспечение имущественных прав пациентов	16

Часть II. Актуальные вопросы по практике

Как сочетаются задача обеспечения здоровья	
и запрет жестокого обращения?	18
Принципы медицинской помощи: доступность	
и эффективность	20
Грань между чрезмерностью и необходи-	
мостью	
22	

Часть III. Несколько историй об экспериментальных психиатрических и психотерапевтических проектах, которые могут предложить новые способы действия	24
Милл-хилл	27
Отделение техногенных неврозов в Бель-монте	
30 «Шумная комната»	
34	
La Borde	37
Больница в Гориции	40
«Вилла 21»	
43	
«Сотерия»	47
Волонтерское движение в Оренбурге	
51	
Краткая информация о Нижегородском обществе прав человека	54

Дмитриевская А. А., Козонина А. Ю., Шимоволос С. М.

**Как соблюдать права пациентов психиатрических
больниц**

Редактор: Козонина А. Ю.

Корректор: Златов Ю. А.

Верстка: Носов А. В.

Формат: 60×90/16

Бумага офсетная. Печать офсетная.

Тираж: 500 экз.

ООО «Красная ласточка»

603000, Нижний Новгород, ул.

Ильинская, д. 104/59, оф. 307

redswallow.org

+7 910 125-55-72 info@redswallow.org

Отпечатано в типографии

«АртГрафика»

(ИП Шалина В. В.)

Брошюра распространяется бесплатно