



СОЮЗ ОХРАНЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Добровольческое движение в психиатрии

МЕСТО ВОЛОНТЕРОВ
В СИСТЕМЕ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ
С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
(практическое пособие)



9 785906 815101

СОЮЗ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Добровольческое движение в психиатрии

**МЕСТО ВОЛОНТЕРОВ В СИСТЕМЕ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ
С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
(практическое пособие)**

Москва

2015

УДК 159.9.61
ББК 56.14
Б83

Автор В. И. БОРОДИН, д. м. н., врач-психиатр высшей категории, профессор, член Проблемного совета по клинической и социальной психиатрии Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского Министерства здравоохранения Российской Федерации, вице-президент Союза охраны психического здоровья.

Под общей редакцией Н. В. Треушниковой, врача-психиатра, нарколога, президента Союза охраны психического здоровья.

ISBN 978-5-906815-10-1

Добровольческое движение в психиатрии. Место волонтеров в системе помощи людям с психическими расстройствами (практическое пособие). – М., 2015. – 44 стр.

В пособии представлены общие сведения о международном и российском опыте работы волонтеров в психиатрии, о специфике психических расстройств, об особенностях людей с психическими расстройствами и их потребностях в реабилитационных программах. Автором даются практические рекомендации по организации добровольческой деятельности в психиатрическом учреждении.

Пособие адресовано гражданам России, включая студентов вузов, техникумов, колледжей, людей, достигших пенсионного возраста, сотрудников некоммерческих, государственных, муниципальных и коммерческих организаций, а также специалистов учреждений здравоохранения и социальной защиты, которые заинтересованы в улучшении здоровья и качества жизни людей с психическими особенностями – пациентов психиатрических больниц и хотят им помочь лично в качестве волонтеров.

ISBN 978-5-906815-10-1

© Союз «Союз специалистов в сфере охраны психического здоровья», 2015

СОДЕРЖАНИЕ

Вступление	4
Международный опыт	6
Российские практики.....	9
Что надо знать о «психических расстройствах».....	14
Что надо знать о «людях с психическими расстройствами»	22
Мифы о психиатрии.....	26
Риски при работе с психически больными людьми.....	29
Место и роль волонтеров в психиатрическом учреждении	37
Правила волонтера, работающего в психиатрическом учреждении ...	41
Послесловие	43

ВСТУПЛЕНИЕ

Волонтер в буквальном переводе означает – доброволец. Понятия «волонтер» и «волонтерство» происходят от французского “volontair” – добровольный, а последнее, в свою очередь, от латинского “voluntarius, voluntas” – добрая воля, и в русском языке равнозначны таким понятиям, как «доброволец» и «добровольчество». Волонтерство – это неоплачиваемая, сознательная, добровольная деятельность на благо других. Таким образом, под волонтером понимают человека, который добровольно предоставляет свои услуги не из каких-либо материальных или финансовых побуждений и не по социальным, экономическим или политическим мотивам, а по убеждению, что его деятельность принесет пользу человеку и обществу.

Волонтерская деятельность – это широкий круг деятельности, включающий в себя традиционные формы взаимопомощи и самопомощи, официальное предоставление различных услуг и другие формы гражданского участия, адресованные как определенным группам населения, так и самой широкой общественности. Добровольцы, с точки зрения закона Российской Федерации, – физические лица, осуществляющие благотворительную деятельность в форме безвозмездного выполнения работ, оказания услуг и т. п.

Волонтеры и волонтерские организации вовлекаются в добровольческие проекты на основании личного решения, инициативы и уверенности в задачах и идеалах добровольчества. Добровольцы не являются «дешевой рабочей силой», их инициатива и энергия привлекаются к работе по их собственному добровольному желанию и являются катализирующим элементом в работе всего проекта. Опираясь на это, можно рассматривать волонтерство

в качестве возможного способа организации молодежи, других групп населения вокруг решения важной государственной задачи.

При этом следует отметить, что некоторые виды деятельности или группы населения, для которых волонтерская помощь просто необходима, требуют от будущего волонтера определенной подготовки. К таким группам населения относятся, например, люди, страдающие психическими расстройствами и испытывающие даже после нормализации психического состояния огромные проблемы с социализацией. В настоящее время задача реабилитации психически больных людей в объеме, соответствующем современным стандартам психосоциальной помощи, практически невыполнима без участия волонтеров. Однако, эффективное взаимодействие с психически больными людьми невозможно без соответствующих знаний, определенного эмоционального настроения и готовности оказывать им необходимую помощь. Таким образом, становление волонтера применительно к психиатрии требует определенных усилий и происходит постепенно.

Мы предлагаем Вам присоединиться к волонтерскому движению, направленному на оказание помощи в реабилитации и дальнейшей социализации людей, которые проходят лечение в психиатрических учреждениях.

«Великая радость заключена в том, чтобы посвятить себя служению другим людям. Поэтому пусть Вас не волнует то, чего у Вас нет, – просто идите и служите людям: держите их руки в своих и выражайте любовь. Ведь самое важное лекарство – это нежная любовь и забота. А милосердие – это огромная сила, которая сближает сильнее кровного родства и дружбы.»

Мать Тереза Калькуттская

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ

Организация Объединенных Наций (ООН) реализует Программу добровольцев – ДООН, которая направлена на улучшение качества жизни различных категорий населения мира. ДООН включает инициативы со стороны добровольческих некоммерческих организаций, частных лиц, групп самопомощи и взаимопомощи, а также коммерческих организаций (корпоративное добровольчество). Программа основывается на принципах сотрудничества добровольцев с органами государственной власти и местного самоуправления и поощряет развитие механизмов развития и поддержки добровольческого движения со стороны последних. Основное место в деятельности ДООН занимает работа по подготовке профессионально обученного персонала, способного организовать работу добровольцев на местах за счет эффективного использования местных людских ресурсов, высокой интенсивности труда и долгосрочного присутствия.

В 1961 году в США Объединенная комиссия по проблеме психического заболевания и здоровья постановила необходимым признать существенную роль немедицинского

персонала (nonprofessionals) в обслуживании психиатрических пациентов. Подавляющее большинство указанных непрофессионалов были добровольцами. Комиссия отметила, что эти люди часто соглашаются работать в тех местах и с теми контингентами лиц, которые относительно мало привлекают профессиональные кадры. Кроме того, непрофессионалы-волонтеры вносят в свою работу гораздо больше энтузиазма и надежд на ожидаемые результаты, по сравнению с профессионалами, что положительным образом сказывается на эффективности и качестве ухода за психически больными, их реабилитации и социализации.

Несколько позже и сами профессионалы в области психического здоровья стали активно участвовать в волонтерской деятельности. В 1998 году в Нью-Йорке была основана некоммерческая организация психиатров-волонтеров, оказывающих помощь людям, пережившим катастрофические стрессовые события. Она объединяет сотни профессионалов, готовых предоставлять свои услуги всем в них нуждающимся на безвозмездной основе. Под эгидой данной организации, в том числе и в сотрудничестве с американским отделением Красного Креста, активно проводятся различные образовательные мероприятия и научные исследования соответствующей тематики.

Из европейских стран в Италии волонтерство нашло самое широкое применение в рамках процесса тотальной деинституционализации психиатрии, инициированного и проведенного под руководством известного итальянского психиатра Франко Базалья. В августе 1971 года Франко Базалья стал директором провинциальной психиатрической больницы в Триесте. С группой молодых врачей, психологов, студентов и добровольцев он начал резко критиковать теорию и практику института психиатрической больницы. В 1980 года Триест становится городом без психиатрической больницы. Постепенно по всей Италии

психиатрические больницы заменяются центрами по оказанию психиатрической помощи, в рамках которых психически больному человеку предоставляется самый широкий спектр психосоциальных услуг и мероприятий. В итоге процесс реформирования государственной психиатрической службы, имевший место в Италии в течение последних более чем 30 лет, завершился переходом от больничной психиатрии, основанной на изоляции от социума и помещении в стационарные учреждения лиц с психическими расстройствами, к общественной психиатрической помощи. Здесь главное положение занимает именно страдающий психическим расстройством человек во всей своей сложности и уникальности, способный играть активную роль в собственном лечении и реабилитации. И здесь психически больному человеку дается реальная возможность осуществлять свои гражданские права и с помощью социальных реабилитационных программ, при активном участии различных волонтерских организаций официально и фактически предоставляется право сохранить все многообразие качеств личности.

РОССИЙСКИЕ ПРАКТИКИ

В России процесс создания модели «психиатрии с опорой на сообщество» (ПОС) находится пока еще в зачаточном состоянии. Причинами тому являются, с одной стороны, неготовность по ряду причин (отсутствие информации о возможности общественной поддержки, например) со стороны психиатрических учреждений и, с другой стороны, недостаточная готовность общества к принятию всего того, что связано с психиатрией, психиатрами и психическими расстройствами. Однако уже сегодня многие представители профессиональных психиатрических кругов понимают, что к решению острейших вопросов, связанных с социализацией и социальной интеграцией лиц, страдающих психическими расстройствами, необходимо привлекать общественный ресурс. Это связано, в первую очередь, с природой услуг в сфере социальной реабилитации, которые включают: предоставление доступа к социальной и правовой защите, образованию, искусству, культуре, физическому воспитанию, получению различных профессиональных навыков, трудоустройству. Предоставление подобных услуг возможно при сотрудничестве междисциплинарной команды специалистов государственных учреждений здравоохранения и социальной защиты с волонтерами, некоммерческими организациями, предприятиями реального сектора экономики в условиях толерантного отношения общества к иным или «другим» (по своему психическому состоянию) людям. Поэтому в современной российской психиатрии наблюдаются процессы перехода к модели комплексной психолого-психиатрической помощи, которая включает первичную амбулаторную диагностику, стационарное лечение, динамическое наблюдение и учет на пост-госпитальном этапе, а также социально-

психологическую реабилитацию лиц, страдающих различной психической патологией. Активное участие волонтеров в реабилитационных программах создает возможности применения новых форм и методов психосоциальной работы, повышает качество услуг по улучшению здоровья пациентов психиатрического учреждения в целом. Кроме того, волонтеры несут психиатрическую культуру в общество и тем самым способствуют уменьшению стигматизации психиатрии в социуме.

В настоящее время в России действуют десятки некоммерческих организаций, групп самопомощи, которые привлекают волонтеров для оказания помощи в сфере реабилитации/абилитации, социализации и трудоустройства людей с психическими особенностями. Получают распространение также волонтерские инициативы со стороны отдельных граждан и их групп.

Так, Санкт-Петербургская благотворительная общественная организация «Перспективы» реализует волонтерскую программу помощи 100 детям с тяжелой инвалидностью в Доме-интернате для детей с отклонениями в умственном развитии №4 г. Павловска, которая включает организацию прогулок, игр, общения, а также работу с родителями и персоналом интерната с целью оптимизации условий проживания и развития детей. Эта организация также оказывает помощь 157 молодым людям-инвалидам в Психоневрологическом интернате №3 г. Петергофа. Организована работа шести мастерских для людей с тяжелыми нарушениями развития, созданы условия для реализации их творческого потенциала в рамках театральной и арт-студий. «Перспективы» также решают задачи по обеспечению возможности сопровождаемого проживания для людей с нарушениями развития вне системы психоневрологических интернатов.

Межрегиональная общественная организация помощи детям с особенностями речевоего развития и их семьям

«Дорога в мир» (г. Москва) реализует проект «Мастерская социально-творческой инклюзии «Сундук», который направлен на обеспечение дневной трудовой занятости совершеннолетних людей с особенностями развития – с привлечением волонтеров. Реабилитацией детей и молодых людей с расстройствами аутистического спектра и другими нарушениями развития занимается некоммерческая организация «Центр реабилитации инвалидов детства «Наш солнечный мир». Эта организация привлекает волонтеров для организации занятий по игротерапии, традиционными ремеслами (керамическая, ткаческая, столярная, валяльная мастерские), творчеством (студии живописи, музыки, по производству мультфильмов), лечебной верховой ездой.

Существуют неформальные объединения отдельных граждан – специалистов и/или родителей, которые занимаются организацией досуговой деятельности людей с психическими особенностями. Например, «Ансамбль доброй воли», который объединяет музыкантов, дарящих свое искусство детям, находящимся в психоневрологических интернатах и детских психиатрических учреждениях. Они организуют концерты, спектакли, музыкальные литературные вечера. Один из проектов Ансамбля – «Поющие клоуны» направлен на психоэмоциональную поддержку детей, имеющих отклонения в умственном и физическом развитии, через сеансы музыкального взаимодействия, живой контакт с ребенком и импровизацию. Другим примером частной инициативы является волонтерская программа Клуба социальной реабилитации «Феникс», которая объединяет людей, пользователей психиатрических услуг и их родственников, и действует при сотрудничестве с Ассоциацией психиатров. Благодаря их усилиям десятки людей могут общаться, заниматься полезной общественной деятельностью, чувствовать себя нужными в обществе.

Примером корпоративной добровольческой инициативы может служить программа по профориентации

и поддерживаемому трудоустройству ООО «Центр по трудоустройству выпускников детских домов и молодых людей с ограниченными возможностями «Работа-1». Благодаря деятельности Центра выпускники детских домов и молодые люди с инвалидностью получают возможность найти работу и начать самостоятельную жизнь. Центр сотрудничает с различными социально-ориентированными компаниями, которые готовы брать к себе на работу выпускников детских домов и молодых людей с инвалидностью. Консультанты поддерживают контакт с кандидатами и работодателями на всех этапах трудоустройства: начиная от первичной коммуникации и заканчивая помощью в решении всех возникающих в процессе работы сложностей и проблем. ООО «Грин Принтер» развивает социальное направление ЕСОРАД, в рамках которого осуществляется производство эко-продукции из обрезков типографии (подарочные альбомы, ручки, блокноты, другое). Кроме того, что 90% вырученных от реализации продукции средств идут на благотворительность, предприятие организует рабочие места на дому для тех категорий лиц, которые не имеют иной возможности работать (мамы с маленькими детьми, пенсионерки, люди с ограниченными возможностями и другие).

По результатам полевого исследования, проведенного Союзом охраны психического здоровья совместно с РБОО «Центр лечебной педагогики» в рамках программы «Фестиваль реабилитационных программ «Другие?», только в Москве и Московской области в 2015 году действуют десятки некоммерческих, государственных, коммерческих организаций различных организационно-правовых форм, а также добровольных неформальных объединений граждан, которые используют в своей работе добровольческие ресурсы для улучшения здоровья и качества жизни людей с психическими особенностями.

На бывшем постсоветском пространстве также широко разворачивается волонтерское движение в области

оказания психосоциальной помощи и поддержки. Ярким примером здесь выступает новый проект психиатрической помощи в Азербайджане, который в качестве одного из основных аспектов соответствующей структуры и деятельности предусматривает широкое привлечение волонтеров для работы в специальных центрах социальной помощи в пяти регионах страны. Достаточно активно в этой же сфере развивается волонтерское движение в Белоруссии.

Все это указывает на то, что добровольчество сейчас – это точка повсеместного, активного творческого роста разнообразных общественных и молодежных инициатив, в том числе и в сфере психического здоровья.

ЧТО НАДО ЗНАТЬ О «ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ»

Традиционно психические расстройства подразделяются на две основные категории (уровни расстройств): неврозы (невротический уровень) и психозы (психотический уровень). Невротический уровень – это легкие психические нарушения, сравнимые с крайними проявлениями психологической нормы, а психотический – обозначает тяжело или остро выраженные психические расстройства.

Современные классификации – МКБ-10 (Международная классификация болезней 10-го пересмотра) и DSM-V (американская классификация психических расстройств, 5-е издание) – используют конкретно-описательный (феноменологический) подход и исходят из так называемой биопсихосоциальной модели заболевания, в соответствии с которой каждое психическое расстройство возникает не по одной какой-то причине, а вследствие целого комплекса этиологических факторов (биологических, психологических и социальных). Учитывая это, любому психически больному человеку должна быть обеспечена комплексная медицинская и психосоциальная помощь, которая только и может быть максимально эффективной.

Важно и то, что в МКБ-10 на смену понятию «психическая болезнь» пришло другое, на первый взгляд, гораздо менее определенное – «психическое расстройство». Почему это важно? Дело в том, что понятие «психическое расстройство», будучи чисто описательным, обозначает всего лишь простую совокупность симптомов (элементарных признаков нарушения психики и/или поведения), так или иначе обнаруживающихся в данный момент у данного, конкретного человека (пациента). Таким образом, в этом понятии отсутствует какая-либо дополнительная «метафизическая»

нагрузка, и это как раз и отличает его от прежнего понятия – «психическая болезнь». Последнее, учитывая значительно большую историю применения (более 100 лет), аккумулировало в себе не только позитивные достижения, связанные с естественно-научным подходом к психиатрии и способствовавшие ее становлению в качестве научно-практической дисциплины, но и отрицательные моменты, которые постепенно стали приобретать все более и более явную редуccionистскую и даже антигуманитарную окраску. Психическая болезнь постепенно превратилась в некую отделенную от человека самостоятельную (метафизическую) сущность и стала как бы заслонять собой человека, его индивидуальную личность. В классической психиатрии установился своеобразный культ диагноза психической болезни и исключительно лекарственного ее лечения. Психотерапия практически отрицалась, с психологами договориться было почти невозможно, психосоциальная реабилитация рассматривалась как что-то ненаучное.

В связи с этим отказ от понятия «психическая болезнь» (осуществленный самими психиатрами!) в буквальном смысле слова открывает двери психиатрии для широкого применения в ней, помимо лекарственной терапии и психотерапии, также реабилитации и других видов социальной помощи для поддержки людей с психическими расстройствами, которая может осуществляться специалистами разного профиля и даже неспециалистами.

ПСИХОЗЫ

Психозами в психиатрии называют наиболее тяжелые проявления психического расстройства. При психозе у человека полностью теряется или резко ослабляется способность правильно воспринимать и понимать окружающий

мир, а нередко и себя самого. Человек может видеть и слышать то, чего нет на самом деле (галлюцинации), или с уверенностью высказывать нелепые, несоответствующие реальности суждения (бред). При этом он часто не понимает, что болен, ведет себя неправильно или даже опасно. Психотические феномены всегда указывают на наличие какого-то психического заболевания (может быть и очень кратковременного) и практически не встречаются у психически здоровых людей. К психическим расстройствам, часто сопровождающимся психотическими проявлениями, относятся шизофрения, биполярное аффективное расстройство (маниакально-депрессивный психоз), некоторые формы эпилепсии, стрессовых расстройств, различные варианты старческого слабоумия (болезнь Альцгеймера и др.), алкоголизм и наркомания. При определенных обстоятельствах закон допускает госпитализацию и лечение больных в состоянии психоза без их собственного согласия и даже без согласия их родственников.

К основным признакам психоза относятся:

- неправильное восприятие окружающего мира (галлюцинации, бред, помрачение сознания);
- отсутствие критики к собственному состоянию (сознания болезни);
- нелепое или опасное поведение, обуславливающее социальную дезадаптацию больного (психомоторное возбуждение, агрессия по отношению к окружающим, суицидальные проявления, отказ от еды и др.).

При этом нужно осознавать, что любой без исключения человек может испытать психоз, например, вследствие приема определенных лекарственных препаратов (в том числе алкоголя) либо под воздействием тяжелой психической травмы (реактивный психоз). Психотические симптомы могут возникнуть из-за лишения сна в течение нескольких

дней или при электростимуляции определенных участков головного мозга во время проведения нейрохирургических операций или специальных обследований.

НЕВРОЗЫ И РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

В отличие от психозов, невротические расстройства – это относительно легкие психические нарушения. При них у пациентов сохраняется правильное восприятие окружающего мира, а также критика к собственному состоянию и поведению. Невротическая симптоматика включает в себя такие проявления, как астения, эмоциональная неустойчивость, раздражительность, неприятные ощущения в разных частях тела, навязчивые страхи (фобии) и действия и т. п. Какое-либо психотическое симптомы при этом, естественно, отсутствуют. Следует учитывать, что распространенность неврозов среди населения, как минимум, на порядок выше, чем психозов. По мнению Зигмунда Фрейда, практически все цивилизованные люди имеют тот или иной невроз, поскольку цивилизация и социальный прогресс определенно способствуют проявлению психической патологии. Так что психически больных может оказаться гораздо больше, чем вы себе представляете. И они живут среди нас, здоровых... Если, конечно, мы до сих пор совершенно уверены в собственном психическом здоровье.

Основные формы неврозов:

- Неврастения (астенический невроз)
- Невроз навязчивых состояний (обсессивно-фобический невроз)
- Истерия (истерический невроз)
- Системные неврозы (неврозы органов – кардионевроз, заикание, энурез и др.)

Неврозы, в свою очередь, относятся к более широкой группе психических расстройств непсихотического уровня,

которые называются пограничными психическими расстройствами, поскольку располагаются как бы на границе между психологической нормой и явно выраженной психической патологией (психозами). Поведение подавляющего большинства больных с пограничными психическими расстройствами вполне адекватно окружающей их реальности, и в этом плане они ничем не отличаются от здоровых.

Помимо неврозов, к пограничным психическим расстройствам относятся также психопатии (расстройства личности), легкие и умеренно выраженные депрессии, неврозоподобные и психопатоподобные расстройства, обусловленные разными внутренними и внешними причинами. Например, неврозоподобная или психопатоподобная шизофрения признается далеко не всеми психиатрическими школами, поэтому в современных классификациях пациентам, у которых наблюдается похожая клиническая картина, рекомендуется ставить диагноз не шизофрении, а шизотипического расстройства для того, чтобы исключить стигматизирующее воздействие более тяжелого диагноза.

В силу разных причин от понятия «невроз» в рамках современных классификаций также отказались, но прилагательное «невротические» (расстройства) сохранилось даже в заглавии одного из разделов МКБ-10.

РАССТРОЙСТВА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

На самом деле, к психическим расстройствам специалисты причисляют еще одну довольно большую группу нарушений, включающую разнообразные проблемы и особенности психического развития. Центральными среди них являются такие, как аутизм (ранний детский аутизм, синдромы Каннера, Аспергера и т. п.), общие задержки умственного развития разной степени выраженности, детский церебральный паралич, синдром Дауна и ряд других. Эти

расстройства не совсем адекватно рассматривать с позиции такого понятия, как «болезнь». И динамика этих состояний не соответствует специфической динамике болезни как таковой, она больше соответствует динамике нормального развития, отличаясь от него либо задержкой, либо другими, часто весьма своеобразными особенностями... Именно поэтому принципиально правы те, кто считает таких людей не столько «психически больными», сколько «особыми» или «другими». Да, по своим внешним проявлениям эти люди явно отличаются от обычной нормы, но по глобальным тенденциям развития они такие же, как и здоровые.

Аутизм. Такие дети с раннего возраста отличаются от обычных детей наличием коммуникативных проблем или проблем общения: со сверстниками, окружающими их людьми и даже близкими. В тяжелых случаях эти дети как бы не замечают никого вокруг себя, не отвечают на попытки общения с ними, часто реагируют возбуждением или агрессией на любую стимуляцию извне. У большинства из них присутствуют речевые нарушения (задержка речевого развития, расстройство коммуникативной функции речи, речевые стереотипии), а также двигательные расстройства и расстройства поведения в виде расторможенности, стереотипных и импульсивных действий. У детей-аутистов очень необычная игра, в ней нет сюжета, а предпочтение отдается неигровым предметам: веревочкам, обрывкам бумаги, кусочкам пластика и т. п. В то же время они часто проявляют таланты и способности в самых неожиданных сферах. В процессе взросления аутистические особенности компенсируются лишь частично (хотя это во многом зависит от степени их выраженности), поэтому реабилитационные мероприятия, социальная поддержка таких людей сохраняют актуальность на протяжении всей их жизни.

Синдром Дауна. Это известное генетическое отклонение. Известен и внешний облик таких людей: монголоидный разрез глаз, короткий нос и плоская переносица, открытый рот, большой язык, не помещающийся во рту. У них часто встречаются нарушения зрения, врожденные пороки сердца, снижение мышечного тонуса. Но самое главное – это общее психическое недоразвитие (самой разной степени выраженности), которое обуславливает проблемы обучения и в целом социальной адаптации этих людей, а также людей с другими вариантами задержек психического развития. Личностные особенности (и способности) у них, как и у нормальных людей, самые разнообразные, но наиболее характерны такие социально позитивные черты, как покладистость, добродушие, повышенная внушаемость, стремление к общению (в отличие от аутистов). Они хорошо реагируют на похвалу и с удовольствием участвуют в любых коллективных мероприятиях, совместных играх, праздниках, театральных постановках. Благодаря этому, и дети, и взрослые с синдромом Дауна имеют сравнительно больше шансов для компенсации имеющихся отклонений и успешной социализации в пределах тех индивидуальных возможностей, которые у них есть.

Детский церебральный паралич. Это расстройство, связанное с двигательными функциями и произвольным контролем движений. Интеллект при этом может быть не нарушен. Но тогда тем более выраженной может оказаться степень эмоционального страдания от осознания собственного дефекта. И таким больным может потребоваться особое внимание и подчеркнута деликатный подход. Что касается двигательной сферы, то здесь могут отмечаться и спазмы, и гиперкинезы, и нарушения мышечного тонуса, и речевые расстройства. Иногда возникают эпилептические пароксизмы. Все это требует поддерживающей терапии, длительных и упорных физических, логопедических

и других восстановительных упражнений, и занятий, напрямую способствующих общей социальной адаптации таких людей. Естественно, что и здесь трудно обойтись без сочувствия и соучастия всех окружающих – и близких, и дальних.

ВЫВОДЫ

Подходы к специализированной помощи людям с психическими расстройствами и людям с нарушениями психического развития («особым» или «другим») – различны. Тем, кто страдает психическими болезнями, в первую очередь, требуется классическое лечение (лекарственные препараты, психотерапия) с последующей реабилитацией, а «другим», прежде всего, необходимы особые условия воспитания, обучения и реабилитации (психоортопедический подход).

ЧТО НАДО ЗНАТЬ О «ЛЮДЯХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ»

Психиатрия с самого начала рассматривалась как полноправная медицинская специальность, однако психические расстройства до сих пор стоят особняком в медицине. Например, в медицинской энциклопедии прямо написано, что «психически больные существенно отличаются от больных соматическими заболеваниями». У них якобы полностью отсутствует критика к своему состоянию и поведению, они неадекватны и т. п. Очевидно, что и обычные люди (неспециалисты) думают так же. Однако некоторые научные данные свидетельствуют как раз о том, что критика у многих психически больных людей не хуже, а то и лучше, чем у здоровых! Так что психиатрии очень мешает стигма!

Проведенный недавно анализ материалов ведущих российских СМИ показал, что в 80% публикаций психически больной – это жестокий и опасный насильник, в 60% – непредсказуемый человек, в 40% – чужак, в 10% утверждается, что душевнобольных надо изолировать от общества. Такое же тревожно-фобическое отношение со стороны общества к психическим расстройствам и психически больным с нарочитой драматизацией обнаруживает себя в американском кино, где роли и образы наиболее изощренных и жестоких маньяков-убийц традиционно ассоциируются с психической патологией. Но статистика показывает, что убийства душевнобольные совершают отнюдь не чаще, чем здоровые.

Тем не менее, психически больные люди действительно могут совершать страшные по своей жестокости преступления, маломотивированные, иррациональные. Но подобного рода поведение если и случается, то крайне редко

и только в состоянии психоза, то есть тяжело выраженно-го психического расстройства, когда больной человек либо не осознает своих действий, либо не в состоянии ими руководить (а чаще и то, и другое).

И вот тут мы вплотную сталкиваемся с еще одним очень важным вопросом, на который нельзя не ответить. Дело в том, что психические расстройства, особенно наиболее тяжелые, ставят под сомнение статус человека как таковой, а вместе с ним и ценность человеческой личности, на чем в конце концов зиждется вся система духовных смыслов нашей цивилизации. Когда вследствие прогрессирующего слабоумия или шизофрении человек безвозвратно теряет разум, высшие эмоции, память, сознание и критику, он остается человеком? Или: «это уже не человек...»? А если он от рождения такой, он – человек или нет?.. Наверняка большинство испуганно ответят: «Ну что вы! Конечно, человек!» А в глубине души: «Слава богу, я – не псих.» Такое поведение естественно, как впрочем, и склонность к отрицанию всего того, что связано с психиатрической тематикой. Однако вопрос о человеческом статусе тяжело психически больных остается открытым. На него и специалисту трудно отвечать, поскольку вопрос этот не медицинский, а скорее философский, точнее – этический. И практически все это понимают, так или иначе.

Так вот, проблема человеческого статуса психически больного возникает только в рамках старой эгоцентрической этики, этики индивидуализма (раньше говорили: «буржуазного индивидуализма»), рассматривающей человека как некий объект, существующий сам по себе, отдельно от других живых или неживых объектов. Таким объектам по сути нет дела друг до друга.

Новая этика (биоэтика), уважая индивидуальную свободу каждого человеческого существа (а в пределе – каждого живого существа), тем не менее, рассматривает

и оценивает его, прежде всего, в качестве субъекта межличностных отношений. Только эти отношения выступают основой реализации высших проявлений человечности. Для того, чтобы была любовь, одного человека недостаточно, нужны как минимум двое. И если вы относитесь к психически больному с состраданием, с любовью, как к равному себе, как к ближнему, то и вы, и он в этих отношениях однозначно участвуете как два полноценных человека, вне зависимости от того, какое у одного из вас или у обоих психическое здоровье. Ну а если любви нет, то ни вы, ни он не достигаете человеческого статуса. Выбор за вами.

Что же касается науки, то с этих позиций мы – и здоровые, и нездоровые люди – очень разные. У кого-то более высокий интеллект, кто-то более предприимчив, активен, а кто-то более талантлив и т. д. И если мы поставим во главу угла эти частные психологические характеристики (или симптомы болезни!), когда будем определять, «кто более ценен», то понятно, какая пропасть развернется перед нами. Известный немецкий психолог и психоаналитик Карл Густав Юнг говорил: «Стремление во что бы то ни стало быть здоровым – идеал для неудачников.» Тем более, что какой-либо отчетливой границы между психическим здоровьем и психическим расстройством нет и быть не может.

ОТДЕЛИТЕ ЧЕЛОВЕКА ОТ БОЛЕЗНИ!

Да, психическая болезнь серьезно влияет на всю человеческую личность, на ощущения и чувства, на мышление и поведение, на индивидуальные особенности и т. д., изменяя иногда психически больных людей до неузнаваемости. И все же эти люди по-прежнему остаются людьми в полном смысле слова, потому что психическая болезнь хотя и пересекается с человеческой личностью, но

не может полностью ее исчерпать! И поэтому психически больные люди нуждаются не только в лечении, но также, как и все мы, в понимании, сочувствии и любви. При этом знание симптомов психических расстройств позволяет вам связывать их, прежде всего, с болезнью, а не с человеком, благодаря чему симптомы уже не так загораживают от вас личность человека. Чтобы относиться к этим людям с состраданием, необходимо также понять, что наиболее тяжелые симптомы и переживания (но отнюдь не все!), от которых они страдают, лежат вне границ их сознательного контроля. Мысли и чувства их могут быть (но отнюдь не всегда!) нелогичны и непредсказуемы. При этом они боятся своих патологических ощущений ничуть не меньше, чем мы опасаемся их поступков. Жизнь этих людей особенно осложняется непониманием со стороны окружающих, которые чаще всего просто вешают на них ярлык психически больных (или «психов»). Как уже было сказано, их боятся, избегают, а иногда и поднимают на смех. Ощущение одиночества, изоляции и депрессия становятся вторичными проявлениями болезни и вносят в жизнь такого человека еще больше страданий. Компенсировать их можно только в процессе длительной и комплексной психосоциальной реабилитации, при активном участии всего общества и, конечно, волонтеров.

МИФЫ О ПСИХИАТРИИ

К сожалению, современное российское общество до сих пор отягощено огромным количеством предрассудков, касающихся психиатрии и людей с психическими нарушениями. В представлении большинства россиян укоренен негативный образ психически больного, имеющий, однако, очень мало общего с реальностью. Существует множество противоречащих друг другу мифов о том, что такое психическая болезнь, что происходит, когда человек обращается за психиатрической помощью, о самом психиатрическом лечении и т. д. Коротко разберем некоторые из них.

Миф: Психические расстройства – выдумка психиатров.

Увы, это не так. Психика, душа – это естественная составляющая целостного человеческого существа. Еще великий Аристотель связывал душу с телом и писал, что «душа – это энтелехия тела». Души без мозга не бывает, а мозг – это такой же телесный орган, как и остальные. Тело болеет, и душа – тоже.

Миф: К психиатру обращаться стыдно.

В развитых странах посещение психиатра или психотерапевта является нормой, и люди не стесняются подобных ситуаций и даже не пытаются их как-то скрывать. Мы тоже должны стремиться к этому, если считаем себя достаточно развитыми и образованными людьми.

Миф: Каждый психиатр ведет тотальный учет своих пациентов.

Учет, разумеется, ведется. Однако в каждой психиатрической клинике присутствует такое понятие, как конфиденциальность, а нарушение ее – это нарушение закона. Поэтому не стоит опасаться, что о ваших проблемах кто-

либо узнает. Только суд может заставить психиатра дать информацию о том или ином пациенте, но получить такое решение суда очень сложно, так как врачебная тайна дело серьезное. В психоневрологических диспансерах в настоящее время широко применяется лечение без постановки пациента на диспансерный учет – так называемая консультативная помощь.

Миф: Пролечившись у психиатра, на всю жизнь остаешься психически больным.

Тут явная ошибка мышления, все переставлено с ног на голову. Получается, будто само по себе лечение вызывает психическое расстройство. Действительно, многие психические заболевания требуют длительного, а иногда и пожизненного лечения. Однако, отказ от психиатрической помощи, как доказывает и наука, и практика, и официальная статистика, приводит к самым плачевным последствиям, которые своевременно начатое лечение помогает в большинстве случаев как раз избежать.

Миф: Психические заболевания заразны.

О заразности психических расстройств в буквальном смысле слова, наподобие инфекционных заболеваний, говорить вообще не приходится. Случается, что близкие родственники больного человека или люди, проживающие с ним в тесном контакте, начинают высказывать те же бредовые идеи. Такое явление происходит по механизму внушения, индукции («психического заражения») и обязательно в ситуации психологической зависимости индуцируемого от «первично больного». Это расстройство издавна обозначалось, как «индуцируемое помешательство» или «помешательство вдвоем», но возникает оно довольно редко.

Миф: Психотропные препараты вызывают зависимость.

Это не соответствует действительности. Наоборот,

большинство психотропных препаратов используются для лечения разного рода зависимостей. Исключением являются наиболее мягкие и переносимые из них – бензодиазепиновые транквилизаторы, которые при длительном применении могут формировать легко выраженную психологическую зависимость. В связи с этим их непрерывный прием ограничивается обычно двухмесячным сроком.

Миф: Психически больные неадекватны, непредсказуемы и агрессивны.

Обыватель всегда с опаской относится к людям с психическими особенностями, в обществе распространено мнение об их агрессивности и непредсказуемости. Это утверждение следует признать верным лишь в части случаев, к которым относятся, в первую очередь, наиболее острые психические заболевания. Статистика показывает, что здоровые люди совершают столько же агрессивных действий, сколько и душевнобольные. Реальная опасность того или иного пациента во многом связана с чертами характера и мировоззрением, которые у него сформировались еще до заболевания, то есть в этом отношении люди с психическими особенностями и без них ничем не различаются.

РИСКИ ПРИ РАБОТЕ С ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМИ ЛЮДЬМИ

В первую очередь, с психически больными ассоциируется представление об их социальной неадекватности и опасности.

Социальная опасность психически больных может быть обусловлена:

- двигательным возбуждением;
- импульсивными поступками;
- помрачением сознания;
- галлюцинациями (особенно, императивными);
- бредовыми идеями (особенно, преследования);
- стремлением к самоубийству;
- отказом от приема пищи;
- слабоумием и отсутствием чувства опасности.

Специального рассмотрения требуют факты **агрессивного поведения** психически больных. В некоторых случаях такое поведение провоцируется окружающими и даже самими медицинскими работниками. Так, явное оскорбление и унижение, необоснованное стеснение свободы больного, грубый отказ в удовлетворении его требований закономерно вызовут возмущение и протест. Поэтому вежливость и внимание по отношению к пациенту являются не только требованием этики, но и собственно безопасности. Любая просьба больного, какой бы нелепой она ни казалась, имеет для него большое значение, поэтому, как правило, просьбу следует удовлетворить, если это допустимо. В противном случае отказ должен быть обоснован и высказан в вежливой форме вместе с извинениями в невозможности выполнить требуемое.

Особенно велика социальная опасность больных в состоянии острого **двигательного возбуждения**. Они могут

бежать, отталкивая всех оказавшихся на пути, угрожать тяжелыми и острыми предметами. При этом они проявляют удивительную физическую силу, не соответствующую их телосложению и состоянию здоровья. В отдельных случаях, чтобы задержать больного, приходится прибегать к насилию. При этом никогда не следует забывать о личной безопасности и безопасности окружающих.

Не следует пытаться вырвать из рук больного оружие, подвергаясь опасности быть раненым. Важнее громко, но спокойно позвать на помощь, предупредить окружающих о возникшей опасности, закрыть двери на пути больного и попытаться вступить с ним в диалог, стараясь отвлечь его внимание. При этом говорить надо спокойно, не проявляя страха, подчеркивая свою силу и настойчивость. Ваши излишние эмоции могут только добавить масла в огонь болезненных переживаний психически больного человека. Одновременно необходимо освободить руки для защиты, снять очки и украшения, которые могут поранить вас при нападении. Не следует поворачиваться к больному спиной. Опыт показывает, что в большинстве случаев удается договориться с больным и убедить его принять лекарство. В противном случае можно совместными усилиями задержать больного и попытаться фиксировать его.

Помочь в задержании больного в отделении могут и выздоравливающие пациенты. Легче всего его задержать, схватив сзади за грудь и рукава одежды. Если у одежды нет рукавов, можно попытаться накинуть на него жгут из двух связанных простыней, при этом узел должен располагаться сзади шеи, свешивающимися концами обвивать руки наподобие смирительной рубашки.

Если в руках у больного оружие, можно попытаться накинуть на него одеяло или матрац, а затем зафиксировать больного в постели мягкими широкими ремнями. Окончательно прекратить возбуждение можно с помощью

инъекций успокаивающих антипсихотических средств. Эти средства действуют довольно быстро, нередко уже через 30-40 мин больной успокаивается и потребность в фиксации отпадает.

Своевременно заметить и предотвратить опасное возбуждение возможно не всегда. В ряде случаев поступки больного бывают обусловлены импульсивно возникшим порывом (например, при эпилепсии или кататоническом синдроме). Поэтому важно избегать опасных ситуаций. Не следует разговаривать наедине с больным в состоянии резкого возбуждения в запертой комнате.

Нередко опасность больного бывает обусловлена **расстройством сознания** и сценopodobными **галлюцинациями**. В этом случае пациент сам не понимает последствия своих поступков. Он может выйти в окно, думая, что это дверь, напасть на санитаря, считая, что это бандит. Такой больной не понимает и смысла медицинских процедур. Чтобы предотвратить подобное поведение, приходится опять же фиксировать больного к постели. Важно фиксировать не только руки и ноги (каждую отдельно), но и грудь (плечи) больного, чтобы он не мог подняться с постели. При этом нужно убедиться, что ремни не пережимают крупных сосудов и нервов, что никакие части тела больного не опираются на твердые предметы. Фиксируют больного только по распоряжению врача. Следует помнить, что фиксация – мера исключительная и не может применяться регулярно.

Агрессивность больного может быть следствием **бредовой убежденности** в том, что окружающие являются его врагами. Особенно опасна ситуация «преследуемый преследователь», когда больной по понятным только одному ему причинам выбирает среди окружающих человека, который якобы является его преследователем и начинает сам отслеживать его действия и трактовать их особым образом. Иногда пациент отрицает наличие каких-либо недобрых

чувств к окружающим, однако ведет себя опасно, объясняя свое поведение воображаемым воздействием на его организм, психику и поведение.

Часто больные, страдающие галлюцинациями, слышат приказы (императивные галлюцинации) убить кого-либо или нанести увечье себе самому. Хотя в большинстве случаев эти больные испытывают внутреннее сопротивление, в конце концов, они могут не выдержать и попытаться выполнить приказ. В таких случаях своевременное назначение известных антипсихотических препаратов позволяет значительно снизить вероятность опасных действий. Бессмысленно пытаться переубедить больного в состоянии бреда, настойчивость собеседника будет лишь раздражать его, усиливать в нем недоверие и враждебность. Правильнее – объяснять, что врачи и персонал являются союзниками больного, готовы уберечь его от любой угрозы, что, возможно, он утомлен преследованием и нуждается в отдыхе и лекарственной поддержке. Оптимальным считается нейтральное (но не равнодушное) отношение к тому, что говорит пациент.

Особого внимания в психиатрии заслуживают больные, высказывающие мысли о нежелании жить – **суицидальные идеи**. Такие больные никогда не должны оставаться без присмотра. Часто они выглядят пассивными и малоподвижными, однако в любой момент их тоска может настолько обостриться, что они приведут в действие свой опасный замысел. Наиболее часто больные совершают суицид в ранние утренние часы, поэтому надзор в это время должен быть максимально строгим, особенно если больного мучает бессонница.

Несмотря на строгие меры, исключающие наличие в отделении опасных предметов и лекарств, больные нередко проявляют удивительную изобретательность в выборе средств суицида. Нередко требуется сопровождать

больного в туалет, а в беспокойном отделении закрытых туалетных кабинок обычно не делают.

Изредка опасные поступки больных бывают связаны с патологическим отсутствием чувства опасности, непониманием возможных последствий. Больные с тяжелым умственным недоразвитием (олигофренией), глубоким шизофреническим дефектом, тотальным слабоумием могут наносить себе порезы, ожоги сигаретой и другие повреждения. Такие действия очень трудно предвидеть, поскольку они лишены логики. Больные при этом не всегда в полной мере испытывают боль, не зовут на помощь. Все это подтверждает необходимость постоянного надзора за такими пациентами даже в том случае, если больной выглядит внешне спокойным.

К чрезвычайно опасным ситуациям относят также **отказ от приема пищи**. Причиной такого поведения может быть двигательная скованность (кататонический синдром), императивные галлюцинации, запрещающие больному прием пищи, бред отравления или патологическая боязнь прибавить в весе (нервная анорексия).

Особого ухода требуют больные с глубоким расстройством психической деятельности, сопровождающимся чувством растерянности. Одна из причин растерянности – **грубые расстройства памяти и слабоумие**. Например, больные с корсаковским синдромом не запоминают ничего, что происходило всего несколько минут назад. Особенно тяжело эти больные чувствуют себя на новом месте, в больнице они не могут запомнить расположения кабинетов, не знают, где находится туалет, не могут найти свою постель, теряют вещи. Еще большую растерянность проявляют больные с различными формами слабоумия (болезнь Альцгеймера и др.). Жизнь таких больных наполнена старыми стереотипами, воспоминаниями о далеком прошлом. Требуется терпение и сочувствие, когда они вновь и вновь рассказывают одну и ту же историю.

Серьезной проблемой в психиатрии является **отказ больного от сотрудничества**, особенно, с медицинскими работниками. Причинами этого могут быть анозогнозия, чувство стыда, ощущение, что окружающие принимают участие в преследовании и т. д.

Анозогнозия – неспособность понять болезненный характер своего поведения и высказываний, отсутствие чувства болезни, полная потеря критики. Анозогнозия может возникать при психозах (шизофрении, слабоумии, мании), алкоголизме, тяжелых соматических заболеваниях. Больные с психозами утверждают, что все описываемые ими фантастические события происходили на самом деле, игнорируют логику, пытаются найти доказательства того, что все их переживания вполне естественны и не требуют лечения.

Иногда болезнь проявляется, наоборот, эмоционально приятными, но чрезмерно выраженными состояниями радости и удовольствия. Так, при **маниакальных состояниях** больные испытывают подъем настроения, чувство всемогущества, пытаются даже помогать окружающим. При этом их активность часто бывает излишне назойливой и малопродуктивной, а в ответ на явное сопротивление со стороны окружающих могут возникать гневливые реакции, которые необходимо учитывать и всячески предупреждать.

Другая причина отказа от сотрудничества – осознанное **чувство стыда за свою болезнь**. В обществе широко распространено мнение, что психические заболевания дискредитируют человека, что душевнобольной не заслуживает доверия, что он смешон и жалок, а иногда – опасен для окружающих. Все эти заблуждения указывают на непонимание сути психических заболеваний и заставляют больного тщательно скрывать свои переживания не только от посторонних, но и от врачей. Данные факты лежат в основе таких явлений, как **стигматизация** и **само-стигматизация**.

Любое психическое расстройство вызывает у личности в той или иной степени **выраженный психологический дискомфорт**. Большая проблема для любого пациента с психическим расстройством – тяжелые душевные переживания, которые могут быть как проявлением болезни, так и психологической реакцией на факт возникновения болезни, обращения к психиатру и госпитализации или переживанием по поводу проводимого лечения и его результатов. Поскольку многие из психических заболеваний неизлечимы окончательно (наподобие инфекционных болезней), пациенты нередко переоценивают опасность и тяжесть своей болезни, что называется **гипернозогнозией**.

Особенно пессимистично оценивают свое будущее больные в состоянии **депрессии**. Они утверждают, что болезнь будет продолжаться вечно, что все лекарства перестали действовать. Действительно, лекарства, назначаемые при депрессии, начинают действовать не сразу, обычно через 2–3 недели. Все это время больному следует повторять, что состояние депрессии очень хорошо поддается терапии, что следует лишь набраться терпения и успех непременно наступит.

Следует всячески подчеркивать, что психическое заболевание не является фатальным, что большинство находящихся в больнице пациентов после лечения возвращаются на работу и в семью, что современные лекарственные средства при регулярном приеме позволяют предотвратить новые приступы, а в некоторых случаях полностью побороть болезнь. Можно напомнить больным, что и многие соматические заболевания требуют длительного или пожизненного лечения, например введение инсулина при сахарном диабете, прием гормональных препаратов при бронхиальной астме и др.

Приходится учитывать и то, что психическая болезнь может дискредитировать человека в глазах окружающих.

Поэтому нередко приходится сталкиваться с **отказом от лечения**, так как пациент опасается, что о его болезни узнают посторонние (боязнь огласки). Работники психиатрической службы учитывают эту опасность и всячески стремятся сохранить тайну. Современное законодательство разрешает не указывать диагноз в больничном листке, печать на любом документе, выдаваемом больному, обычно не содержит никакого указания на то, что пациент лечился у психиатра.

В психоневрологических диспансерах в настоящее время широко применяется **лечение без постановки пациента на диспансерный учет** – так называемая консультативная помощь. В некоторых случаях приходится соглашаться с желанием пациента лечиться амбулаторно, если это не связано с высоким риском осложнений. Иногда можно предоставить стационарному больному краткий отпуск для решения неотложных социальных проблем, требующих его непосредственного участия. Чувство изоляции от общества в психиатрическом стационаре должно быть компенсировано всеми доступными средствами, и вклад волонтеров может быть здесь весьма существенным.

В итоге считаем необходимым еще раз подчеркнуть, что во всех случаях следует внимательно относиться к просьбам и вопросам пациента, избегать любого обмана, говорить уверенно, напоминать пациенту о том, что в беседе он должен видеть только союзника. Не следует настаивать на общении пациента с неприятным ему человеком. Нельзя передавать пациентам лекарства, продукты питания (без ведома персонала отделения), колюще-режущие предметы, сигареты и зажигалки, деньги и ценные вещи.

МЕСТО И РОЛЬ ВОЛОНТЕРОВ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Современная тенденция развития психосоциальной реабилитации связана с отказом от излишне громоздких комплексных реабилитационных программ, больших реабилитационных центров и т. п., опирающихся исключительно на государственные структуры, требующих громадного финансирования и, тем не менее, не способных обеспечить все нужды своих потребителей. Самым же серьезным нежелательным последствием такого подхода является «новая институционализация» и «новый госпитализм», ибо психически больной человек оказывается в учреждении, по сути аналогичном психиатрической больнице. В связи с этим приоритетом пользуются ограниченные по объему, фокусные реабилитационные программы либо реабилитационные модули, предоставляемые больным и их родственникам на основе добровольного, информированного согласия (в соответствии с требованиями биоэтики).

Само собой разумеется, что разработка и эффективная реализация подобных программ предполагает сотрудничество представителей разных специальностей, медицинского и немедицинского персонала, государственных служащих и волонтеров. Можно еще раз подчеркнуть: современная психосоциальная реабилитация людей с психическими особенностями невозможна без волонтеров. Последние могут быть как профессионалами в области психического здоровья (психиатрами, психотерапевтами, психологами), так и непрофессионалами. Главное – это глубоко осознанное желание помогать людям с психическими особенностями и расстройствами найти свое достойное место в социуме.

У пациентов, длительно находящихся в стационаре, обязательно развиваются симптомы госпитализма, обуславливающие дополнительное снижение психической активности, настроения, адаптивных возможностей (вторичная негативная симптоматика, усугубляющая первичную – связанную с заболеванием) и даже соматические расстройства. В связи с этим им полезны практически любые виды занятий, начиная с обычного ухода и восстановления навыков самообслуживания, организация и активизация деятельности, проведения свободного времени, праздников и т. п. Огромную роль здесь и вообще играет арт-терапия в самом широком смысле данного понятия.

Социальная реабилитация – важнейший этап для возвращения пациента к нормальной жизни. Схема реабилитации разрабатывается индивидуально для каждого пациента с учетом особенностей перенесенного заболевания и индивидуальных потребностей. На каждом этапе программы реабилитации применяются различные методы, наиболее эффективные для каждого отдельного случая. Используются методики личностной диагностики (исследуется характер человека, его мировосприятие, способности, темперамент), диагностика социально-бытовых и профессиональных навыков, семейной системы. На основании проведенного исследования разрабатывается модель индивидуального комплекса услуг. Такой подход позволяет пациентам лучше социализироваться и, в итоге, вероятность полного восстановления пациента и возвращения его к нормальной жизни значительно возрастает.

Социальная реабилитация играет ключевую роль в жизни пациентов и значение волонтеров здесь огромно. В зависимости от индивидуальных потребностей пациентов возможно оказание следующих услуг волонтерами:

Просвещение и консалтинг – в различных сферах жизнедеятельности человека (case-managers), прежде всего,

услуги в сфере социальной и правовой защиты: помощь при оформлении пенсий, жилищных субсидий, при трудоустройстве и др.).

Культуротерапия и арт-терапия (занятия изобразительным искусством, музыкой; участие в театральных постановках и т. д.).

Физическая культура (занятия физической культурой).

Трудовая деятельность (практические занятия по организации повседневного быта, иные виды трудовой деятельности).

Традиции и праздники (концерты, творческие встречи, мастер-классы, праздники с участием художественных самодеятельных коллективов, цирковых артистов, деятелей культуры, искусства, кино, а также членов семьи).

Психообразование (организация просветительских программ для членов семей).

Информационные технологии (обучение работе на компьютере, развитие навыков общения и работы в социальных сетях).

Важной составляющей волонтерской работы является широкая психообразовательная деятельность, особенно это касается волонтеров-профессионалов. А для непрофессионалов – так называемая «организованная дружба». Волонтер может даже принять на себя роль суррогатного родственника и быть связующим звеном, в частности, между медицинским персоналом и психически больным человеком. Все это уже достаточно отработанные примеры волонтерской деятельности в психиатрии, но они должны рассматриваться не как ограничители, а как стимулы для дальнейших творческих инициатив в данной области.

Пост-реабилитация, или деятельность по сопровождению человека после окончания лечения в психиатрическом учреждении. После окончания пребывания

в стационаре человек должен иметь возможность воспользоваться социальными связями, которые получил за это время. Эти связи должны формироваться на всем протяжении стационарного лечения! И волонтеры, в частности, могут помогать человеку в поисках подходящей ему работы, организации досуга и даже клуба взаимопомощи для бывших пациентов психиатрических больниц.

ПРАВИЛА ВОЛОНТЕРА, РАБОТАЮЩЕГО В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Работая волонтером в психиатрическом учреждении, соблюдайте простые правила, звучащие как заповеди (и это очень хорошо и очень важно!):

- Относитесь к человеку с психическим расстройством с уважением и любовью!
- Никогда не оскорбляйте чувство собственного достоинства человека с психическим расстройством!
- Проявляйте спокойствие и сдержанность при общении с человеком с психическим расстройством!
- Научитесь поддерживать с ним оптимальную дистанцию!
- Поощряйте активность и самостоятельность человека с психическим расстройством!
- Не обижайтесь на человека с психическим расстройством и не принимайте болезненные проявления на себя!
- Не относите симптомы болезни к характеру или личности человека с психическим расстройством!

До начала работы для волонтеров специалистами психиатрического учреждения организуется серия обучающих семинаров по подготовке к работе с пациентами.

Волонтеры не допускаются к больным, находящимся в состоянии психоза. Эти люди, в первую очередь, получают лекарственное лечение и круглосуточное наблюдение и только потом, после устойчивой стабилизации состояния – на невротическом уровне – осторожно включаются в психотерапевтический и реабилитационный процесс.

Таким образом, к любой работе с психически больным человеком волонтер допускается только тогда, когда у первого отсутствуют какие-либо психотические симптомы либо с самого начала заболевания, либо после максимально полного выхода из психотического состояния. И исключительно под наблюдением медицинского персонала (лечащий врач, медсестра)! Это не только гарантирует безопасность волонтера, но и способствует дальнейшей стабилизации и выздоровлению человека с психическим расстройством, поскольку преждевременно начатые психотерапевтическое лечение и реабилитация могут привести к обострению заболевания. В связи с этим даже волонтеры-психиатры не имеют права непосредственно работать, особенно с тяжелыми больными, без разрешения и контроля официального лечащего врача данного психиатрического стационара.

Любые конфликты, возникающие в процессе взаимодействия с пациентом, нужно решать на договорной основе. Опыт показывает, что в большинстве случаев это вполне достижимо. С вашей стороны необходимы лишь терпение и сочувствие.

ПОСЛЕСЛОВИЕ

В соответствии с данными зарубежных исследований, включающих систематические обзоры и данные метаанализа, добровольчество полезно для психического здоровья! Оказывается, добровольцы реже страдают от депрессий, как правило, довольны жизнью и считают себя вполне счастливыми людьми. Помимо этого, метаанализ пяти когортных (проспективных) научных исследований, проведенных в соответствии с принципами доказательной медицины, обнаружил у волонтеров заметно более низкий уровень смертности (почти на 20%!) от той или иной соматической патологии, по сравнению с общей популяцией населения. Исследование, проведенное в Южной Корее (Сеул), показало, что участие в волонтерской деятельности способствует также снижению риска суицида.

Таким образом, из полученных данных следует, что продлить свою жизнь и улучшить состояние психики сможет каждый, если он будет добровольно и безвозмездно помогать другим людям. Главная причина такого феномена, очевидно, связана с тем, что волонтерами, как правило, двигают позитивные, альтруистические мотивы, желание помочь другим, быть нужным обществу, в котором живут, оказывать благотворительную помощь, что в итоге весьма положительно сказывается на их собственном как физическом, так и психическом здоровье.

В середине XX столетия классики гуманистической психологии (Ролло Мэй, Абрахам Маслоу и др.), подвергшие сомнению фрейдовский пансексуализм, заговорили о так называемых трансперсональных потребностях человека (потребность в смысле, любви, ценности и т. д.), имеющих специфически человеческую, духовную природу и не менее значимых, нежели любые биологические. «Не хлебом

единым жив человек...» И бурно развивающееся добровольческое движение, в том числе и в психиатрии, без преувеличения, рассматривается как яркая манифестация трансперсонального плана человека и человечества, подтверждающая собой тот факт, что в мире давно уже началась и идет Великая гуманитарная революция... И есть надежда, что она никогда не закончится!