

Роль клинической психологии в профилактике общественно опасных действий психически больных

В. Г. Булыгина, кандидат психологических наук, руководитель лаборатории психологических проблем судебно-психиатрической профилактики ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (ver210@yandex.ru)

В статье обсуждается роль психологов в стационарах, осуществляющих принудительное лечение психически больных лиц. Описывается современное состояние проблемы. Приводятся данные опроса 54 психологов, занятых в принудительном лечении (ПЛ), и сравнение их с данными американских коллег. Обосновывается необходимость изменения приоритетов психодиагностической работы в практике принудительного лечения, например, динамическое патопсихологическое и нейропсихологическое исследования должны стать основными формами диагностической работы. Кратко изложено содержание специфических для принудительного лечения видов диагностической работы. Одним из ключевых компонентов работы психологов должны стать, с одной стороны, выявление больных, склонных к насилию, в целях профилактики внутрибольничной агрессии, а с другой стороны – выявление пациентов, в отношении которых интенсивные психотерапевтические вмешательства будут наиболее эффективны. Отдельное внимание должно быть уделено исследованию лиц, совершивших сексуальные правонарушения, особенно подростков и лиц с умственной отсталостью. Проводится анализ эффективности различных организационных форм работы психологов в стационарах.

Ключевые слова: судебно-психиатрические госпитали, принудительное лечение, измерение рисков насилия, сексуальные правонарушители, практика трудоустройства, психодиагностическая работа

Роль клинической психологии в лечении в последние годы была незаслуженно оставлена без внимания отечественными психиатрической и психологической науками. Даже от коллег можно услышать сомнения в важности психологов по отношению к такой категории пациентов. Ведь речь идет о лицах с тяжелыми психическими расстройствами, признанных невменяемыми при совершении ими правонарушений. И в этом случае психопатологические факторы перекрывают психологические.

Безусловно, в случае уже развившегося заболевания клинический прогноз определяется в значительной степени характером болезни и в меньшей степени – психологическими и психосоциальными характеристиками. Однако социальный прогноз обуславливают преимущественно психологические и психосоциальные переменные. Сложившуюся на данный момент ситуацию, которая затрагивает не только психологов, можно охарактеризовать следующим образом.

Происходит активное внедрение зарубежных моделей и программ психосоциального лечения в практику принудительного лечения (ПЛ). Гуманизация психиатрии приводит к тому, что специфика целей ПЛ перестает быть в фокусе внимания специалистов. А цели заключаются в стабилизации болезни; обеспечении внутреннего и внешнего контроля, который препятствует пациентам действовать агрессивно и совершать другие правонарушения; достижении способности пациентов понимать и принимать свои клинические потребности и юридические (законные) требования системы и выражать согласие с этими требованиями. Иными словами, избегать дальнейших столкновений с системой правосудия.

- С одной стороны, вопросы критериев, предикторов и многое другое в подавляющем большинстве случаев изучаются на выборках экспертных больных, которых наблюдают немногим более месяца, либо на основании катamnестических работ с использованием архивных материалов. А с другой стороны – теоретические и практические вопросы длительного психосоциального лечения и реабилитации разрабатываются в рамках общей психиатрии. Очевидно, что при непосредственном переносе в практику ПЛ полученных знаний они отчасти теряют свою прикладную ценность.
- Вопрос методологической и технической оснащенности патопсихологической диагностики справедливо считается всесторонне проработанным. Однако задачи ПЛ требуют изменения приоритетов психодиагностической работы и внедрения новых ее форм. Специфика контингента больных требует также внедрения или создания новых инструментов.
- Крайне мало отечественных работ, посвященных психотерапии и психокоррекции психотических больных, имеющих криминальный анамнез.
- Отсутствуют стандарты и технологии работы психологов во время ПЛ.
- Отсутствует четкое определение компетенций психолога, приводящее либо к сужению, либо к расширению их полномочий. И то и другое препятствует скоординированности работы, увеличивает конкурентность

между коррекционными психологами и врачами-психотерапевтами, снижает социальную и профессиональную привлекательность работы.

В связи с этим актуальной при ПЛ становится проблема выработки единой концепции и методологии деятельности психолога в стационарах, что включает и определение их роли, возможностей, задач, форм и методов работы.

Среди видов профессиональной деятельности психологов основными являются диагностика и реабилитация. Далее можно перечислить административную, преподавательскую, научно-исследовательскую и консультативную. Что касается дифференциальной диагностики, то ее процент среди других видов диагностики крайне мал в практике ПЛ. В ней возникает потребность при обследовании больных, направленных до выхода из реактивного состояния, и при наличии сомнения в ранее установленном диагнозе.

Тем не менее, данные опроса 54 психологов, занятых в ПЛ, и сравнение их с данными американских коллег 2006 года выявили, какими видами диагностики они занимаются (в процентном соотношении). Обращает на себя внимание, что в отечественной практике ПЛ отсутствуют такие направления, как «оценка риска насилия» и «анализ поведения», которые составляют 17 % всех видов диагностической работы у американских коллег.

Практика и задачи ПЛ диктуют необходимость проведения более комплексных и разнородных видов психодиагностической работы и предоставление по ее результатам соответствующих заключений. Учитывая также, что здравоохранение несет большие затраты, связанные со стационарным лечением, а больницы недоукомплектованы специалистами по реабилитации, необходимо пересмотреть приоритетность диагностической работы [3]. Например, динамическое патопсихологическое и нейропсихологическое исследования приобретают особое значение, поскольку они позволяют верифицировать клинические решения об изменении тактики психофармакотерапии и правомерности перехода к следующему этапу ПЛ [5].

Помимо этого, одним из ключевых компонентов работы психологов должны стать, с одной стороны, выявление больных, склонных к насилию, в целях профилактики внутрибольничной агрессии, а с другой стороны – выявление пациентов, в отношении которых интенсивные психотерапевтические вмешательства будут наиболее эффективны. Эта проблема отчасти решена в больницах с отдельными реабилитационными отделениями (отделения с расширенным режимом содержания).

Следующий вид диагностики – психолого-сексологическое обследование. Больные с парафилиями составляют более 5 % всех больных в стационарах, осуществляющих ПЛ. Особое внимание должно быть уделено подросткам и лицам с умственной отсталостью, поскольку важно установить, является ли патологическое сексуальное поведение проявлением преходящей неустойчивости психосексуального развития, формирующейся парафилии, расстройства поведения, повышенной внушаемости и подчиняемости или связано с латентно текущим психическим заболеванием.

Оценка эффективности реабилитационных программ как вид диагностической работы психологов является дискуссионным и нерешенным на данный момент вопросом. Усилия идентифицировать переменные, которые предсказывают результаты психосоциального лечения среди психически больных, охватывают четверть века. Трудовая занятость таких людей была исторически связана с прогнозом и служила главной мерой положительного результата психиатрического восстановления [6; 7].

Поскольку роль социальной неустроенности в увеличении риска совершения общественно опасных действий (ООД) среди психически больных является изученным вопросом, социальные проблемы зачастую становятся ошибочно упрощенными как психиатрические проблемы. Последнее нередко приводит к выводам, что само заболевание является главным объяснительным фактором для этих социальных проблем среди пациентов. Поскольку вмешательства базируются на болезни, их эффективность теоретически ограничена до степени, до которой болезнь затрагивает проблему. Надо добавить, что ряд исследований показал, что психиатрический статус – бедный предсказатель преступного рецидивизма. Соответственно проблема оценки эффективности реабилитационных программ на практике остается нерешенной и требует научной разработки [9; 10].

Следующий вид диагностики – оценка риска насилия. Точность прогноза важна для повышения эффективности управления такими пациентами на уровне превентивных мероприятий и во время кризисных вмешательств. Исследования показали, что некоторые из факторов, как, например, способность соблюдать режим, криминальный анамнез, не были связаны с фактическим агрессивным поведением больных в отделении, что группы агрессивных и неагрессивных пациентов не отличались по поведению в надзорных палатах, и по переменным, связанным с семьей, социальным окружением [1; 4; 11].

В практике ПЛ необходимо учитывать не только динамику психического состояния, характер и степень алкоголизации, но тщательно анализировать обстоятельства, в которых возникали прошлые насильственные действия, выявлять ранние признаки возникновения агрессивных проявлений, а также эффективные способы вмешательств, которые предотвратили насилие в прошлом.

Комплексная разработка этой проблемы предполагает ответы на следующие вопросы: какие переменные наиболее значимы для оценки риска насилия? Как и какими средствами можно выделять высокорисковых больных? Что эффективнее – клинические интервью или психологические тесты? Достаточно ли клинического опыта или психодиагностической квалификации? Какова точность предсказания и какие специалисты это делают лучше – врачи, психологи, медсестры? Необходимо ли внедрение зарубежных стандартизованных методов и/или создание новых инструментов? Какие внешние факторы увеличивают риск насилия? Какие характеристики персонала уменьшают/увеличивают риск насилия? Исчерпывающих ответов нет ни на один из перечисленных вопросов, их список может быть увеличен.

В вопросе по поводу создания методик – компромисс скорее всего можно найти в применении структурированной клинико-психологической оценки,

представляющей собой сочетание экспериментальных знаний и профессионального клинического опыта.

Определены как отдельные задачи «выделение характеристик персонала, влияющих на точность оценки риска» и «изучение согласованности квалификации феноменологии». Это связано с тем, что проводимые на протяжении последних 60 лет зарубежные исследования продемонстрировали следующее [8; 10; 11]. Точность клинического прогноза в отношении риска проявления насилия можно значительно повысить, если существует согласованность между экспертами благодаря их подготовке, знаниям и опыту; оценки осуществляются с помощью утвержденной схемы с четкими определениями; прогноз составляется для определенного типа поведения и на определенный период времени; насильственные действия можно обнаружить и зарегистрировать; доступна вся относящаяся к делу объективно подтвержденная информация.

Из вышесказанного очевидно, что риск насилия является динамическим фактором и должен регулярно подвергаться переоценке. А из этого следует важный организационный принцип. Адекватная оценка риска требует доступа к информации хорошего качества из широкого диапазона источников. Подробные записи в истории болезни, журналах наблюдения, протоколы ведения тренингов, психокоррекционных и психотерапевтических занятий должны быть доступны всем специалистам, занимающимся лечением. Стандартизация протоколов ведения больных без ущерба их содержательной стороне по-прежнему остается серьезной нерешенной проблемой.

Результатом всех видов психодиагностической работы должно стать совместное с другими специалистами формулирование функционального диагноза, предполагающего следующую логику анализа.

1. Идентификация имеющихся проблем, включающая анализ знаний больного о себе, восприятие других; любые отклонения в качестве или интенсивности чувств и эмоций, уровня переносимости и терпимости к собственным состояниям; социального функционирования – межличностные проблемы и их особенности.

2. Оценка имеющихся или возможных последствий в жизни больного, связанных с выявленными проблемами, а также оценка коморбидности с эмоциональными расстройствами, шизофреническими симптомами, психосоматическим реагированием, алкоголизмом и наркоманией.

3. Оценка особенностей функционирования больного в профессиональной, семейной сферах.

4. Анализ обстоятельств, в которых больной испытывает наибольшие затруднения, включающий дифференцирование провоцирующих, декомпенсирующих, хронифицирующих факторов.

5. Определение вклада выявленных факторов в агрессивные формы реагирования; в обострение имеющейся симптоматики; в нарушение сохранных навыков.

Следующая важная область деятельности психологов – участие в реабилитационных мероприятиях. Направления деятельности, принципы их участия и полномочия оговорены в нормативных документах (приказах, положениях). Поэтому в данной статье не будем на них останавливаться.

Анализ уровня подготовки психологов, занятых в системе ПЛ, заставляет сделать неутешительные заключения о видах реабилитационной работы, а именно: учитывая, что отсутствуют система профессиональной подготовки коррекционных психологов, система супервизорства, на данный момент наиболее адекватной формой участия в реабилитационных процессах является проведение тренингов, психообразовательной работы с больными и членами их семей.

Необходимо обсудить структурные единицы, в формате которых работают психологи. Психолог может функционировать в штате отделения, быть членом полипрофессиональной бригады в отделении, в штате отделения при наличии структурного подразделения в лечебном учреждении (ЛУ); может работать в психотерапевтическом кабинете (но это теоретически в отношении стационарного лечения), в структурном подразделении ЛУ (лаборатории, департаменте), в реабилитационном отделении или быть внешним совместителем (консультантом, супервизором, лектором).

Данный вопрос весьма серьезен, поскольку затрагивает проблему качества профессионального функционирования и эффективности деятельности психологов. Наиболее оптимальные формы работы для ЛУ – это бригадная форма ведения больных в рамках обычного отделения и реабилитационного отделения. Тогда возможен контроль деятельности, обеспечиваются коллегиальность принимаемых решений, ежедневный мониторинг лечения, оценка групповой динамики.

Но на практике картина не столь идеальна. При любой степени налаженности бригадной работы команды сталкиваются с множеством вопросов. Только определенные ее члены должны быть обучены отдельным методам реабилитации или все члены команды должны быть обучены как частично занятые тренеры? Каким образом команда может гарантировать, что обученные специалисты строго придерживаются клинических стандартов, необходимых для проведения тех или иных методов восстановления и лечения? Стоит ли разделять приоритетность активов, потенциалов больного и симптомов и дефицитов? Как организовать связь внутри команды?

При выделении переменных, которые актуальны и значимы для медиков, наиболее оптимальными получились опять-таки бригадные формы работы. При выделении параметров, которые отражают качество профессиональной деятельности психолога, самыми оптимальными оказались работа в лаборатории и совместительство. Самая неоптимальная – изолированная работа в отделении, когда рост компетентности может происходить только за счет энтузиазма самого психолога и администрации. Профессиональная корпоративность (психологическая), независимость отсутствуют, возможности профилизации нет. И когда один психолог должен реабилитировать 60 больных, происходит размывание его компетенций, что зачастую приводит к серьезным последствиям. Часть из них либо не замечается, либо списывается на личностную и профессиональную

недобросовестность психологов. Это замена их компетенций на функции социального работника, культработника, профессиональное выгорание, несоблюдение мер предосторожности, сверхвовлеченность с переходом на неформальные отношения.

Как один из вариантов разрешения проблем, возникающих в связи с несовпадением объективных и субъективных обстоятельств работы психолога в стационарах, осуществляющих ПЛ, можно рассмотреть создание внебольничных структур (психологических служб, департаментов). Они могли бы решать целый комплекс вопросов: осуществлять практическую коррекционную работу (например, когда периодичность занятий составляет один раз в неделю), оценивать эффективность реабилитации, в научном плане – апробировать новые виды коррекции и диагностики. Педагогические задачи включали бы в себя обучение новым формам работы (в виде мастер-классов и обучающих групп), супервизию ведения больных, переподготовку и подготовку специалистов (за счет сотрудничества с вузами).

Не менее важная функция службы – это организационно-методическая, подразумевающая разработку и внедрение алгоритмов (принципов недостаточно) взаимодействия между специалистами, стандартизацию и унификацию форм работы и ведения документации (особенно тренингов и психокоррекции) и, безусловно, представления интересов психологов.

Возможно изменить лечение и методы восстановления без дополнительных фондов. Практики действительно нуждаются в обучении новым подходам и вере в выгодность каждодневного использования этих подходов. Помимо этого важно, чтобы все работники стационаров, осуществляющих ПЛ, чувствовали себя безопасно и комфортно в личном и профессиональном планах.

Успешность психологов в профилактике ООД психически больных диктует необходимость создания моделей, на основании которых можно определять принципы их работы, на их основании создавать алгоритмы и понимать, какими средствами это делать. Тогда становятся реальными вопросы стандартов и оценки эффективности деятельности психологов.

Литература

1. Булыгина В. Г. Оценка риска внутрибольничной агрессии в стационарах, осуществляющих ПЛ: Методические рекомендации. М., 2010.
2. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М., 2004.
3. Котов В. П., Мальцева М. М., Булыгина В. Г., Каганович Ю. Т. Работа психолога в психиатрическом стационаре для принудительного лечения/РПЖ, 2004. № 1.
4. Мальцева М. М., Котов В. П. Опасные действия психически больных. М., 1995.
5. Психодиагностические методы исследования в практике принудительного лечения психически больных: Руководство для врачей/под ред. В. Г. Булыгиной. М., 2010.
6. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре/Руководство для врачей/под ред. В. П. Котова. М., 2009.
7. Юрьева Л. Н. Психотерапия и психокоррекция в условиях принудительного лечения//Проблемы судебно-психиатрической профилактики. М., 1994.
8. Grann M., Långström N., Yourstone J. SBU-report. Risk assessment of violence in the psychiatry. Is it possible to make risk assessments? A methaanalyzis. Social Governmental Department, Sweden. 2005.
9. Kopelowicz A., Liberman P. Integration of Care: Integrating Treatment With Rehabilitation for Persons With Major Mental Illnesses/ Psychiatr. Serv. 2003. V. 54.
10. Monahan J., Steadman H. J. et a1. An Actuarial Model of Violence Risk Assessment for Persons With Mental Disorders/Psychiatr. Serv. 2005. V. 56.
11. Nedopil N. Prognosen in der forensischen Psychiatrie – ein Handbuch für die Praxis. Lengerich: Pabst Science Publisher. 2005.

Role of clinical psychology in prevention of socially dangerous actions by the mentally ill

V. G. Bulygina, Ph.D. in Psychology, head of Psychological problems of forensic-psychiatric prevention laboratory, Serbsky National Research Centre for Social and Forensic Psychiatry of Ministry of Health (ver210@yandex.ru)

The role of psychologists in the forensic hospitals providing compulsory treatment for the mentally ill is discussed in the article. The actual state of affairs is described. The results of the interviews with 54 psychologists, members of the forensic hospital's staff are compared with the data obtained from American colleagues. The necessity of changing the priorities in psycho diagnostic work during compulsory treatment of the mentally ill offenders is justified. For example, dynamic neuropsychological and pathopsychological evaluations must become the main forms of diagnostic activities. The contents of specific types of diagnostic in forensic assessment are presented. Identification of potentially aggressive patients with the aim of violent episodes prevention as well as identification of patients who will benefit most from intensive psychotherapy should become the crucial parts of clinical practice. The particular attention must be paid to the evaluation of the sex offenders, especially to the adolescents and patients with mental retardation. The efficiency of different management practices of psychologists' activity is also analyzed.

Keywords: forensic hospitals, compulsory treatment, violence risk assessment, sex offenders, employment practices, psychodiagnostic work.

References

1. Bulygina V. G. Ocenka riska vnutribol'nicnoj agressii v stacionarah, osushhestvljajushhih PL: Metodicheskie rekomendacii. M., 2010.
2. Gurovich I. Ja., Shmukler A. B., Storozhakova Ja. A. Psihosocial'naja terapija i psihosocial'naja rehabilitacija v psihiatrii. M., 2004.
3. Kotov V. P., Mal'ceva M. M., Bulygina V. G., Kaganovich Ju. T. Rabota psihologa v psihiatricheskom stacionare dlja prinuditel'nogo lechenija/RPZh, 2004. № 1.
4. Mal'ceva M. M., Kotov V. P. Opasnye dejstvija psihicheski bol'nyh. M., 1995.
5. Psihodiagnosticheskie metody issledovanija v praktike prinuditel'nogo lechenija psihicheski bol'nyh: Rukovodstvo dlja vrachej/pod red. V. G. Bulyginoj. M., 2010.
6. Prinuditel'noe lechenie v psihiatricheskom stacionare/Rukovodstvo dlja vrachej/pod red. V. P. Kotova. M., 2009.
7. Jur'eva L. N. Psihoterapija i psihokorrekcija v uslovijah prinuditel'nogo lechenija//Problemy sudebno-psihiatricheskoj profilaktiki. M., 1994.
8. Grann M., Långström N., Yourstone J. SBU-report. Risk assessment of violence in the psychiatry. Is it possible to make risk assessments? A methaanalysis. Social Governmental Department, Sweden. 2005.
9. Kopelowicz A., Liberman P. Integration of Care: Integrating Treatment With Rehabilitation for Persons With Major Mental Illnesses/ Psychiatr. Serv. 2003. V. 54.
10. Monahan J., Steadman H. J. et al. An Actuarial Model of Violence Risk Assessment for Persons With Mental Disorders/Psychiatr. Serv. 2005. V. 56.
11. Nedopil N. Prognosen in der forensischen Psychiatrie – ein Handbuch für die Praxis. Lengerich: Pabst Science Publisher. 2005.