

Оказание психиатрической помощи в стационарных организациях социального обслуживания

Оказание психиатрической помощи в стационарных организациях социального обслуживания

Москва
2026

УДК 616.89-008 + 364-54 + 340.63

ББК 56.14

О-49

О-49 Оказание психиатрической помощи в стационарных организациях социального обслуживания. — М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского», РБОО «Центр лечебной педагогики», 2026. — 57 с. — ISBN 978-5-4212-0833-4.

Методическая брошюра посвящена актуальным проблемам оказания психиатрической помощи лицам с психическими расстройствами, проживающим в стационарных организациях социального обслуживания. В издании рассмотрены правовые основания оказания психиатрической помощи в социальных учреждениях, проанализированы действующие клинические рекомендации и особенности их применения в условиях стационарного социального обслуживания. Особое внимание уделено особенностям социального обслуживания проживающих с шизофренией и расстройствами интеллектуального развития. Представлены ответы на официальные обращения в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России по вопросам повышения гражданско-правового статуса получателей социальных услуг.

Издание предназначено для руководителей и специалистов стационарных организаций социального обслуживания, медицинских работников, психологов, специалистов по социальной работе и других специалистов, участвующих в оказании помощи, социальном сопровождении и реабилитации лиц с психическими расстройствами.

© С.В. Шпорт, А.Б. Шмуклер, Н.К. Харитонова,
О.А. Русаковская, В.И. Васянина, 2026

ISBN 978-5-4212-0833-4

© РБОО «Центр лечебной педагогики», 2026

Авторы сотрудники ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России:

С.В. Шпорт — доктор медицинских наук, Генеральный директор ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, главный внештатный специалист психиатр Минздрава России, главный внештатный специалист психиатр-нарколог Минздрава России, SPIN-код: 2926-9305

А.Б. Шмуклер — доктор медицинских наук, профессор, заместитель генерального директора по научной работе ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, SPIN 4932-7980

О.А. Русаковская — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела СПЭ в гражданском процессе ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, SPIN 4041-0613;

Н.К. Харитонов — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела СПЭ в гражданском процессе ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, SPIN 2371-4731;

В.И. Васянина — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела СПЭ в гражданском процессе ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, SPIN 7207-9303.

Содержание

Список сокращений	5
Введение.....	6
Проблемы оказания психиатрической помощи в СОСО, предназначенных для лиц с психическими расстройствами	9
Организационные модели оказания психиатрической помощи в СОСО.....	13
Правовые основания оказания психиатрической помощи в стационарных организациях социального обслуживания.....	15
Клинические рекомендации	26
Социальные, клинические и психологические характеристики получателей стационарных социальных услуг.....	28
Особенности социального обслуживания лиц с шизофренией.....	30
Особенности социального обслуживания лиц с умственной отсталостью	38
Инциденты, происходящие при работе с людьми с психическими расстройствами	43
Ответы на обращения граждан по вопросу повышения гражданско-правового статуса	49
Заключение	55

Список сокращений

СОСО — стационарная организация социального обслуживания

Комплекс мер — Комплекс мер по повышению качества жизни и соблюдению прав и законных интересов детей с психическими расстройствами, проживающих в организациях социального обслуживания, предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, на 2023–2025 годы, утвержденный заместителем Председателя Правительства Российской Федерации Т.А. Голиковой 15 февраля 2023 г. № 1644п-П45

МЗ РФ — Министерство здравоохранения Российской Федерации

Департамент — Департамент медицинской помощи детям, службы родовспоможения и общественного здоровья Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение

В 2026 году в Российской Федерации социальные услуги в стационарной форме в организациях, предназначенных для лиц с психическими расстройствами, получали более 170 тыс. взрослых граждан и 10467 несовершеннолетних. Повышение качества оказания социальных услуг, равно как повышение качества оказания психиатрической помощи людям, живущим в стационарных организациях социального обслуживания (далее — СОСО), являются приоритетными задачами в области социального обслуживания лиц с психическими расстройствами. При этом обязательными условиями получения социальных услуг в стационарной форме должны быть: наличие тяжелого хронического психического расстройства или нарушения развития; неспособность к самостоятельному проживанию и/или социальная дезадаптация; отсутствие у родственников возможности обеспечить человеку достаточный уход в семье; недоступность или недостаточность нестационарных форм социального обслуживания.

Согласно статье 18 Закона РФ от 02.07.1992 N 3185–1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»¹, СОСО, предназначенные для лиц, страдающих психическими расстройствами, являются организациями, в которых, равно как и в медицинских организациях, оказывается психиатрическая помощь. Согласно ст. 37 того же закона, психиатрическая помощь, независимо от того, в какой организации она предоставляется, должна оказываться в соответствии с утвержденным Министерством здравоохранения Порядком оказания психиатрической помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи. Штатное расписание большинства СОСО, предназначенных для лиц с психическими расстройствами, включает ставки врачей-психиатров, к которым предъявляются такие же квалификационные требования, как и к врачам-психиатрам медицинских организаций: интернатура или ординатура по специальности «Психиатрия», профессиональная переподготовка при прохождении ординатуры по иным специальностям, участие в непрерывном медицинском образовании, прохождение первичной и периодической аккредитации². В то же время, как показывает анализ практики, при ока-

¹ Ред. от 22.07.2024

² Приказ Минздрава России от 14.05.2026 N 436н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам», вступает в силу с 01.09.2026 г.

зании психиатрической помощи в СОСО утвержденные порядки и клинические рекомендации соблюдаются не всегда, а контроль за их соблюдением менее строгий, чем в медицинских организациях.

С другой стороны, как показывает и российский, и зарубежный опыт, эффективность социальной реабилитации лиц с психическими расстройствами, проживающих в СОСО, во многом зависит от продуктивности межпрофессионального взаимодействия между администрацией учреждения, психиатрической, социальной, юридической и т.д. службами. В рамках комплексного полипрофессионального подхода специалисты, работающие в системе социального обслуживания, должны обладать базовыми знаниями о психических расстройствах и принципах психиатрической помощи. Представления о проявлениях психических расстройств и целях лечения позволяют лучше понимать особенности поведения подопечных, избегая стигматизации и неадекватных реакций; распознавать признаки обострения для оперативного информирования медицинских специалистов; лучше осознавать имеющиеся риски, в том числе суицидального поведения, агрессии, дезадаптации; заранее разрабатывать меры безопасности и планы действий в экстренных случаях. Таким образом, базовые знания о психических расстройствах и психиатрической помощи являются необходимым элементом профессиональной компетенции специалистов социального обслуживания, повышают качество и безопасность помощи, обеспечивают комплексный подход и улучшают прогноз для подопечных, что определяет актуальность настоящего издания.

При подготовке издания использованы результаты проведенного специалистами ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России в 2019 г. персонального осмотра получателей стационарных социальных услуг³, анализа экспертной практики⁴, мониторинга Департаментом медицинской помощи детям, службы родовспоможения и общественного здоровья Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее — Департамент) реализации мероприятий, предусмотренных Комплексом мер по повышению качества жизни и соблюдению прав и законных интересов детей с психическими расстройствами, проживающих в организациях социального об-

³ Кекелидзе З.И., Харитоновна Н.К., Русаковская О.А., Печенкина О.И. Сплошной персональный осмотр получателей стационарных социальных услуг: организация и оценка гражданско-правового статуса // Российский психиатрический журнал. 2020. № 6. С. 13–20. DOI: <https://doi.org/10.24411/1560-957X-2020-10602>

⁴ Русаковская О.А. (2025). Методология судебно-психиатрической экспертизы при лишении, ограничении и восстановлении дееспособности: Дис. ... д-ра мед. наук. ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. М., 2025. 394 с.

служивания, предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, на 2023–2025 годы, утвержденного заместителем Председателя Правительства Российской Федерации Т.А. Голиковой 15 февраля 2023 г. № 1644п-П45 (далее — Комплекс мер); результаты выборочной оценки качества оказания психиатрической помощи в стационарных организациях социального обслуживания Красноярского края⁵; материалы проведенных Министерством труда Российской Федерации межрегиональных методических семинаров-совещаний для руководителей стационарных организаций социального обслуживания для граждан с психическими расстройствами и исполнительных органов субъектов Российской Федерации в сфере социального обслуживания «ПНИ — Пространство Новых Идей»; результаты проводимого ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России в рамках Государственного задания катamnестического обсервационного исследования получателей стационарных социальных услуг, повысивших гражданско-правовой статус.

⁵ Володенкова Е.А., Давыдова М.В., Русаковская О.А. Катamnез лиц, имевших ранее диагноз умеренной умственной отсталости и выведенных из ДДИ в детском возрасте // Сборник тезисов к XVIII Съезду психиатров России «Психиатрия в условиях смешанной реальности: новые вызовы — новые возможности» (20–23 мая 2026 года, Санкт-Петербург). – СПб.: НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева, 2026. – С. 488-489.

Проблемы оказания психиатрической помощи в СОСО, предназначенных для лиц с психическими расстройствами

Проблемными зонами оказания психиатрической помощи в СОСО на сегодняшний день остаются дефицит кадров, несоблюдение клинических рекомендаций, недостаточное взаимодействие между медицинскими и социальными службами, ограниченность научно-методической базы.

В ряде регионов в стационарных организациях социального обслуживания, предназначенных для лиц с психическими расстройствами, отмечается дефицит врачей-психиатров, специалистов по психосоциальной реабилитации и медицинских психологов. Как показал мониторинг реализации мероприятий, предусмотренных Комплексом мер, ставки врачей-психиатров предусмотрены и укомплектованы не во всех организациях. В 2024 г. кадровый дефицит врачей-психиатров имелся в Новгородской, Челябинской и Свердловской областях, Удмуртской Республике, Забайкальском крае, Калужской и Псковской областях, Республике Башкортостан. В некоторых регионах проблема неуккомплектованности штатного расписания успешно решалась оказанием психиатрической помощи в медицинских организациях или в иных стационарных организациях социального обслуживания. В то же время в других субъектах отсутствие ставок или неуккомплектованность штата приводила к низкой доступности психиатрической помощи и снижению качества социальных услуг. Так, в 2025 г. в ГБУ СО «Ладвинский детский дом-интернат для умственно отсталых детей» Республики Карелия на стационарном социальном обслуживании находилось более 40 детей с психическими расстройствами. Штатным расписанием организации ставка врача-психиатра предусмотрена не была, при этом амбулаторная психиатрическая помощь в медицинских организациях оказывалась в недостаточном объеме, о чем свидетельствовало то, что все дети в ДДИ находились под диспансерным наблюдением врача-психиатра. При этом в организации не было детей, которые осматривались бы врачом-психиатром чаще 1 раза в 3 месяца.

Необходимо отметить, что следствием кадрового дефицита при недостаточном взаимодействии с медицинскими организациями являются отсутствие полноценного психиатрического обследования и динамического

наблюдения, сложности в своевременном выявлении обострений, суицидального риска, побочных эффектов лекарственной терапии.

У немедицинских работников стационарных организаций социального обслуживания в большинстве случаев нет подготовки в области психиатрии и психопатологии. Как указывалось ранее, такая подготовка способствует более осознанному оказанию социальных услуг лицам с психическими расстройствами, повышению эффективности социального обслуживания. В ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России реализуется дополнительная программа повышения квалификации для лиц, работающих в системе социального обслуживания по теме «Введение в социальную психиатрию», в объеме 72 академических часа. Некоторые некоммерческие организации, в том числе БФ «Старость в радость», Альянс «Ценность каждого» проводят обучающие мероприятия и специальные школы, дающие такие знания.

К сожалению, как показывает практика, при оказании психиатрической помощи в стационарных организациях социального обслуживания для лиц с психическими расстройствами имеются случаи несоблюдения законодательства, касающегося оказания медицинской и психиатрической помощи и социального обслуживания, действующего порядка оказания психиатрической помощи, клинических рекомендаций.

В средствах массовой информации обсуждаются резонансные случаи неправомерного использования в стационарных организациях социального обслуживания мер физического стеснения и изоляции, приведшие к тяжким последствиям. Во многих учреждениях, предназначенных и для детей, и для взрослых, сохраняется проблема избыточной и не соответствующей клиническим рекомендациям психофармакотерапии. В ряде детских учреждений, несмотря на проводимые Минтрудом разъяснения и подготовленные методические рекомендации, сохраняется негативная практика признания несовершеннолетних после достижения 14-летнего возраста недееспособными. Не везде реализуется практика получения добровольного информированного согласия граждан, признанных недееспособными, на проведение медицинских вмешательств.

Как показал мониторинг реализации мероприятий, предусмотренных Комплексом мер, в ряде субъектов Российской Федерации остро стоит проблема необоснованного назначения психофармакотерапии детям, проживающим в стационарных организациях социального обслуживания. В 2025 г. примерно в трети организаций для детей с психическими расстройствами (26–33,3 %) психофармакотерапия назначалась всем детям, находящимся в организации на социальном обслуживании. Выявлена организация, в которой психофармакотерапию получали также дети, которые не имели установ-

ленного диагноза психического расстройства. Еще в половине организаций психофармакотерапию получали более 80 % детей. При этом в организациях социального обслуживания других регионов, в том числе Новосибирской, Нижегородской областей, Республики Татарстан, детям с умственной отсталостью без нарушений поведения психофармакотерапия не назначалась, что соответствует утвержденным Минздравом клиническим рекомендациям. В этих организациях психофармакотерапию получали менее 40 % детей, имеющих диагноз психического расстройства.

Результаты ранжирования организаций социального обслуживания в зависимости от того, какое количество детей получали психофармакотерапию, количество (N) таких организаций, а также количество детей, проживающих в организациях и получающих или не получающих психофармакотерапию, представлены на рисунке 1.

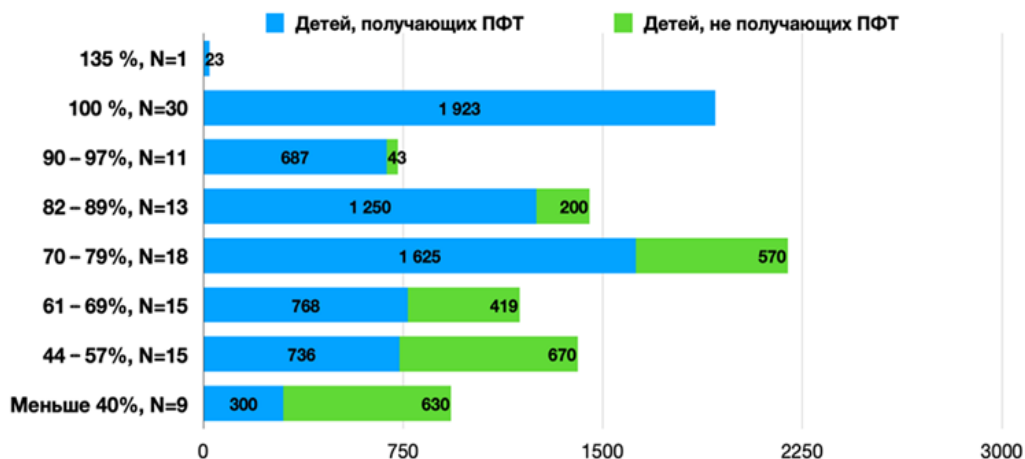


Рис. 1.

Как видно из рисунка, в 24 из 112 организаций, по которым анализировались данные, психофармакотерапию получали менее 60 % детей. В то же время, во всех субъектах РФ в стационарных организациях социального обслуживания для детей с психическими расстройствами проживают, в том числе, дети с умственной отсталостью без нарушений поведения, требующих ухода и лечения (F 7X.0). В соответствии с утвержденными клиническими рекомендациями, в подобных случаях основным методом терапии являются медико-социальная реабилитация и специальное обучение. Назначение таким детям психофармакотерапии представляется избыточным и не соответствует утвержденным клиническим рекомендациям.

Выборочное исследование⁶, выявило в организации социального обслуживания, предназначенной для взрослых с психическими расстройствами, случаи необоснованного и не соответствующего клиническим рекомендациям назначения нескольких нейролептиков лицам с умственной отсталостью. Так, один из проживающих получал следующую терапию: оланзапин 10 мг/сутки, хлорпромазин 200 мг/сутки, rispoleпт конста 37,5 в/м (1 раз в 2 недели), рисперидон 2 мг/сутки, бипириден 2 мг/сутки.

Специалисты стационарных организаций социального обслуживания сообщают о сложностях, возникающих при необходимости межведомственного взаимодействия, в том числе при организации стационарного лечения и переводе проживающих, имеющих противопоказания для нахождения в СОСО, в медицинские организации.

В стационарных организациях социального обслуживания в качестве методов социальной реабилитации практически не применяются психотерапевтические методы с доказанной эффективностью (например, когнитивно-поведенческая терапия, метакогнитивный тренинг, тренинги когнитивных навыков). Ограничено количество организаций, где проводятся мотивационные тренинги.

Существующие проблемы оказания психиатрической помощи лицам, являющимся получателями стационарных социальных услуг, определили актуальность подготовки настоящего издания, предназначенного для специалистов СОСО.

⁶ Володенкова Е.А., Давыдова М.В. (Красноярск) Катмнез лиц, имевших ранее диагноз умеренной умственной отсталости и выведенных из ДДИ в детском возрасте. Межведомственный симпозиум «Психиатрическая помощь лицам, проживающим в стационарных учреждениях социального обслуживания: проблемы межведомственного взаимодействия и пути их решения». XVIII Съезд психиатров России, Спб., 2026.

Организационные модели оказания психиатрической помощи в СОСО

Как показал проведенный Департаментом мониторинг реализации мероприятий, предусмотренных Комплексом мер, психиатрическая помощь в стационарных организациях социального обслуживания в различных субъектах Российской Федерации организована в рамках одной из трех моделей, представленных схемой 1. Первая модель предполагает преимущественное оказание психиатрической помощи врачом-психиатром, являющимся штатным сотрудником организации. Вторая, менее распространенная, модель полного делегирования предполагает оказание психиатрической помощи врачами-психиатрами медицинских организаций.

В рамках третьей, интегративной модели, которая рассматривается авторами настоящей брошюры как оптимальная, обеспечивается баланс между непрерывностью оказания помощи и профессиональной поддержкой при более сложной организации взаимодействия.

1-я модель		2-я модель	3-я модель
Врач-психиатр СОСО	<p>Есть в штате</p> <p>Виды помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> Психиатрическая помощь в амбулаторных условиях Диспансерное наблюдение 	<p>Нет в штате</p> <p>Виды помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> Не оказывается 	<p>Есть в штате</p> <p>Виды помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> Психиатрическая помощь в амбулаторных условиях
	<p>Виды помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> Психиатрическая помощь в стационарных условиях 	<p>Виды помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> Психиатрическая помощь в амбулаторных условиях Диспансерное наблюдение Психиатрическая помощь в стационарных условиях 	<p>Виды помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> Психиатрическая помощь в амбулаторных условиях (консультативная, лечебная, реабилитационная) Диспансерное наблюдение Психиатрическая помощь в стационарных условиях
	<p>Уязвимости</p> <ul style="list-style-type: none"> Недостаточная доступность психиатрической помощи при кадровом дефиците Часто единоличная ответственность врача-психиатра СОСО Выше риски профессионального выгорания и снижения квалификации без регулярного профессионального общения Ограниченные возможности коллегиального обсуждения врачебных решений и сложных случаев Минимум внешнего контроля за врачебными решениями Трудности оценки директором организации качества работы врача-психиатра Недоступность <p>Преимущества</p> <ul style="list-style-type: none"> Непрерывность динамического наблюдения Оперативность реагирования Возможность быстрого решения рутинных вопросов 	<p>Уязвимости</p> <ul style="list-style-type: none"> Отсутствие непрерывности динамического наблюдения Ограниченная возможность оперативного реагирования на острые ситуации Разрыв между социальным и медицинским сопровождением Зависимость от графиков работы внешних специалистов Логистические сложности при транспортировке Выше риски формального подхода <p>Преимущества</p> <ul style="list-style-type: none"> Доступность диагностических ресурсов медицинских организаций Доступность консультаций специалистов (психотерапевт, медицинский психолог) Единые диагностические и лечебные стандарты, в соответствии с клиническими рекомендациями Контроль за соблюдением клинических рекомендаций Отсутствие штатной единицы 	<p>Уязвимости</p> <ul style="list-style-type: none"> Риски дублирования функций Отсутствие четкого разделения ответственности Повышенные организационные и финансовые затраты на содержание двух уровней помощи Зависимость от административной поддержки, устойчивости межведомственных связей и готовности медицинских организаций к регулярному взаимодействию Риски расхождения назначений <p>Преимущества</p> <ul style="list-style-type: none"> Сочетание постоянного внутреннего динамического сопровождения с внешней оценкой Коллегиальность и возможность обсуждения сложных случаев Большие возможности привлечения внешних специалистов к работе врачебных и межведомственных комиссий Доступность диагностических ресурсов медицинских организаций, консультаций специалистов Более высокое качество помощи за счет сочетания социальных и медицинских компонентов

Схема 1. Модели организации оказания психиатрической помощи в СОСО

Правовые основания оказания психиатрической помощи в стационарных организациях социального обслуживания

Оказание психиатрической помощи в Российской Федерации регулируется Законом РФ от 2 июля 1992 г. N 3185-I «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», иными федеральными законами и нормативно-правовыми актами.

Психиатрическая помощь включает в себя психиатрическое обследование и психиатрическое освидетельствование, профилактику и диагностику психических расстройств, лечение и медицинскую реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами.

Психиатрическая помощь лицам, страдающим психическими расстройствами, осуществляется на основе принципов законности, гуманности и соблюдения прав человека и гражданина.

Одним из ключевых принципов оказания психиатрической помощи является добровольность обращения за психиатрической помощью и ее оказание на основании информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (ст. 11). В отношении лица, признанного недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, согласие дает его законный представитель.

Таким образом, для оказания психиатрической помощи в стационарной организации социального обслуживания дееспособные, ограниченно дееспособные и недееспособные проживающие, способные по своему состоянию самостоятельно дать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, должны давать его самостоятельно.

Согласно ст. 5 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации и федеральными законами. Все лица,

страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на: уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства; получение информации о своих правах; получение, в доступной для них форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения; психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства; пребывание в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, только в течение срока, необходимого для оказания психиатрической помощи в таких условиях; все виды лечения (в том числе санаторно-курортное) по медицинским показаниям; оказание психиатрической помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям; предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, лекарственных препаратов для медицинского применения, специализированных продуктов лечебного питания и медицинских изделий, научных исследований или обучения, от фото-, видео- или киносъемки; приглашение по их требованию любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, с согласия последнего для работы во врачебной комиссии по вопросам, регулируемым настоящим Законом; помощь адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном законом.

Ограничение прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, только на основании психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением или пребывания в стационарной организации социального обслуживания, предназначенной для лиц, страдающих психическими расстройствами, не допускается.

Как показывает экспертная практика, врачами-психиатрами как медицинских организаций, так и стационарных организаций социального обслуживания для лиц с психическими расстройствами часто нарушаются права пациента на получение информации об имеющемся у них психическом расстройстве и применяемых методах лечения. Так, при проведении судебно-психиатрических экспертиз в связи с рассмотрением судом вопроса о повышении гражданско-правового статуса многие подэкспертные из числа получателей стационарных социальных услуг не знают своего диагноза, не могут назвать лекарственные препараты, которые они получают на протяжении многих лет («таблеточки красненькие»). Они указывают, что на их вопросы о том, какой диагноз у них стоит, какие таблетки они принимают, врач им не ответил. Со слов одной из подэкспертных, при

ее повторном вопросе, врач сказал, что это для нее «лишняя информация», пригрозил, что если она будет проявлять настойчивость, он отправит ее в психиатрическую больницу. В то же время понимание своих особенностей и того, как они связаны с заболеванием, является одним из важнейших показателей критичности, которая, в свою очередь, оценивается как значимый судебно-психиатрический критерий дееспособности. Например, один из подэкспертных с легкой умственной отсталостью на вопрос о том, отмечает ли он у себя проявления психического заболевания, отвечал следующим образом: «Да не знаю. Психов каких-то не бывает. Добрый, отзывчивый. Учился мало. Собираюсь медленнее, чем другие... Надо обращаться к знающим людям за советом...». Неинформированность получателей стационарных социальных услуг об установленном им диагнозе может приводить к различным казусам. Один из наших подэкспертных с легкой умственной отсталостью без нарушений поведения проживал в стационарной организации социального обслуживания. Впоследствии он был выписан, стал жить самостоятельно, женился, у супругов родился сын. Мужчина пошел в органы опеки и попечительства, чтобы решить конкретный вопрос, касающийся его жены, которая также ранее получала стационарные социальные услуги. Там он сообщил специалистам, что у него «шизофрения», есть малолетний ребенок, после чего семья была сразу взята на особый контроль⁷.

Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения утвержден Приказом Минздрава России от 14.10.2022 N 668н и является основным документом, регулирующим оказание специализированной медицинской помощи по профилю «психиатрия» в Российской Федерации.

Документ устанавливает единые правила оказания медицинской помощи при заболеваниях (состояниях), входящих в рубрики МКБ-10 F00 — F09, F20 — F99 (далее — психические расстройства) и распространяется на все медицинские (как государственные, так и частные) и иные организации, имеющие лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «психиатрия». Документ содержит информацию о видах психиатрической помощи, требования к организации работы медицинских подразделений, правила маршрутизации пациентов между учреждениями, стандарты оснащения и кадрового обеспечения.

⁷ Русаковская О.А., Фастовцов Г.А. Социальное сопровождение родителей, страдающих умственной отсталостью, как альтернатива ограничения родительских прав // Практика судебно-психиатрической экспертизы: Сборник № 54 / под ред. Г.А. Фастовцова. — М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2017. — С. 17–33.

В документе закреплены четыре вида психиатрической помощи: первичная специализированная медико-санитарная помощь; специализированная медицинская помощь; скорая специализированная медицинская помощь; паллиативная медицинская помощь. Определены условия оказания психиатрической помощи: по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи; амбулаторно, в том числе на дому; в дневном стационаре; стационарно.

В соответствии с Законом о психиатрической помощи и Порядком, могут быть выделены 4 вида психиатрической помощи, оказываемые в рамках первичной специализированной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи по профилю «психиатрия», которые различаются по степени «добровольности». Данные различия иллюстрирует схема 2.

Психиатрическое освидетельствование проводится для определения, страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи. В отношении лиц, не находящихся под диспансерным наблюдением, психиатрическое освидетельствование проводится на основании письменного информированного добровольного согласия обследуемого, кроме специально оговоренных в Законе случаев.

В отношении лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, психиатрическое освидетельствование может быть проведено без согласия обследуемого или его законного представителя, на основании решения врача-психиатра.

Психиатрическая помощь в амбулаторных условиях

Психиатрическая помощь в амбулаторных условиях включает профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию и диспансерное наблюдение. В отношении лиц, не находящихся под диспансерным наблюдением, психиатрическая помощь в амбулаторных условиях оказывается при добровольном обращении лица, страдающего психическим расстройством. Амбулаторная психиатрическая помощь оказывается в медицинских организациях: психоневрологических диспансерах, центрах психического здоровья, диспансерных отделениях психиатрических больниц, кабинетах врачей-психиатров; на дому при вызове медицинского работника; в иных организациях, имеющих лицензию на данный вид деятельности, в том числе в стационарных организациях социального обслуживания.

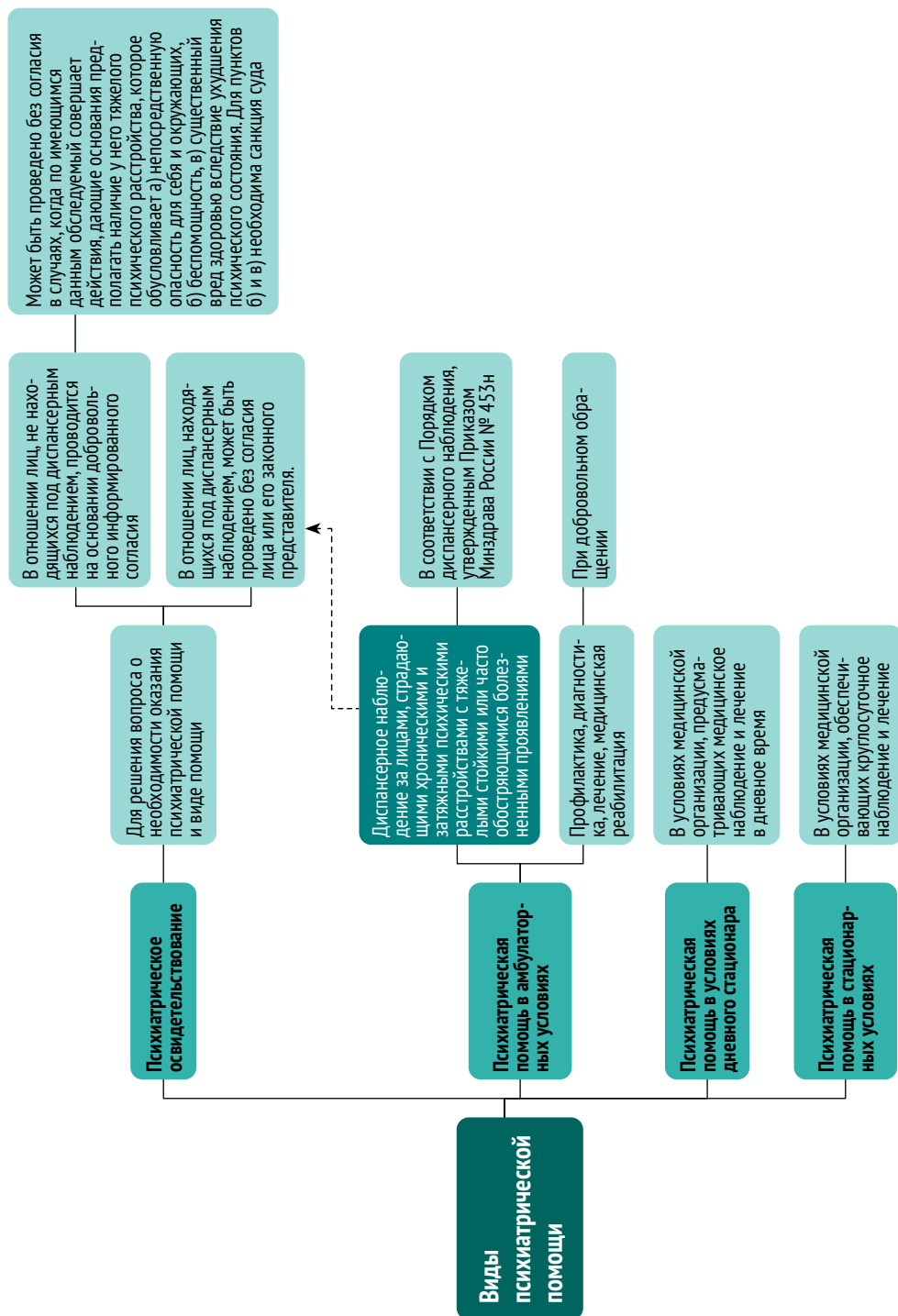


Схема 2. Психиатрическое освидетельствование

Психоневрологическим диспансером осуществляется диспансерное наблюдение за лицами, страдающими хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, а также применение принудительных мер медицинского характера.

Использование ресурсов психоневрологического диспансера может повысить качество оказания психиатрической помощи получателям стационарных социальных услуг.

Диспансерное наблюдение

Согласно ст. 27 Закона РФ от 02.07.1992 N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, в том числе в связи со склонностью такого лица к совершению общественно опасных действий. Решение вопросов о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в амбулаторных условиях, или комиссией врачей-психиатров, назначенной органом исполнительной власти в сфере здравоохранения. Установленное ранее диспансерное наблюдение прекращается при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния лица. Диспансерное наблюдение в соответствии с Порядком, утвержденным Приказом Минздрава России № 453н осуществляется врачами-психиатрами медицинской организации.

При осуществлении диспансерного наблюдения врач-психиатр организует и осуществляет проведение диспансерных приемов, профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в целях улучшения психического состояния и предупреждения совершения лицами из группы активного диспансерного наблюдения общественно опасных действий. В случае невозможности посещения пациентом медицинской организации врач-психиатр организует проведение диспансерного приема (осмотра, консультации) на дому или осуществляет прием дистанционно, с применением телемедицинских технологий. В отношении лиц, находящихся под активным диспансерным наблюдением, взаимодействует с сотрудниками полиции, уголовно-исполнительных инспекций по вопросам предупреждения совершения лицами противоправных действий.

Обеспечивает преемственность в оказании психиатрической помощи при переезде пациента на иное место жительства.

В зависимости от тяжести психического состояния, продолжительности периода с момента последней госпитализации в психиатрический стационар, наличия у лица склонности к совершению общественно опасных действий или фактов совершения им таких действий, комиссией врачей-психиатров устанавливается одна из пяти групп диспансерного наблюдения. Приказом Минздрава России N 453н определены минимальная периодичность диспансерных приемов и контролируемые показатели здоровья для каждой группы (Приложение № 1 к Приказу № 453н).

Краткие сведения о группах диспансерного наблюдения представлены в таблице 1.

Таблица 1. Группы диспансерного наблюдения

Группа	Критерии включения	Минимальная периодичность диспансерных приемов	Контролируемые показатели состояния здоровья
Д-1	Госпитализация 1 раз в год и более или более 120 дней за 2 года	Не реже 1 раза в мес.	Суицидальные мысли, самоповреждающее поведение, симптомы, обуславливающие склонность к совершению ООД; вес; АД; клинический анализ крови; пролактин; ЭКГ
Д-2	Госпитализация 1 раз в 2 года или менее 120 дней в течение 2 лет	Первый год – не реже 1 раза в мес., затем – не реже 1 раза в 2 мес.	
Д-3	В течение 3 лет и более госпитализация не осуществлялась	Не реже 1 раза в 3 мес.	
Д-4	Психическое расстройство в стадии ремиссии или компенсации. В течение 5 лет и более госпитализация не осуществлялась	Не реже 1 раза в год	
Д-5	Совершение ООД в анамнезе или наличие симптомов, обуславливающих склонность к совершению ООД	Не реже 1 раза в месяц	+ наличие или концентрация лекарственных препаратов

Приложением № 2 к Приказу № 453н определены **критерии наличия склонности лица, страдающего хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, к совершению общественно опасных действий:**

1. Антисоциальная структура личности (эмоционально неустойчивая (с резкими изменениями настроения по незначительным поводам и импульсивностью), возбудимая (со сниженным порогом возникновения эмоциональных реакций, нетерпимостью, быстрое переключение к резким словам или действиям в конфликтных ситуациях), диссоциальная (пренебрежение к социальным нормам и правам других, склонность манипулировать, склонность к асоциальным, рискованным или даже противоправным действиям, отсутствие чувства вины и неспособность учитывать последствия для других людей) личностные структуры) в стадии декомпенсации.
2. Нарушения поведения с агрессивностью, антисоциальными тенденциями.
3. Эмоционально-волевые нарушения: эксплозивность (взрывчатость, когда на какой-нибудь, часто незначительный, повод человек реагирует бурной вспышкой — яростью, гневом); дисфории (тоскливо-злобное, напряженное состояние без явной причины, которое легко перерастает в злобу или агрессию); эмоциональная неадекватность с жестокостью, парадоксальностью эмоционального реагирования с агрессивными поступками.
4. Психотическая симптоматика, обуславливающая риск совершения общественно опасных действий: императивные галлюцинации, при которых «голоса» приказывают что-то сделать; депрессивные и маниакальные состояния; бредовые расстройства (бред преследования, отравления, воздействия, ущерба); импульсивные действия; сумеречное состояние сознания.
5. Сочетание психического расстройства с употреблением психоактивных веществ, сопровождающееся антисоциальным поведением.

Согласно Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.05.2023 № 202н Психические расстройства и расстройства поведения при установлении за гражданином или получателем социальных услуг активного диспансерного наблюдения в связи с наличием у лица в структуре психического расстройства симптомов, обуславливающих склонность к совершению общественно опасных действий (на время осуществления активного диспансерного наблюдения) включены в перечень медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг.

Таким образом, диспансерное наблюдение в отношении проживающих в медицинской организации, установление группы диспансерного наблюдения в соответствии с динамикой психического расстройства и психическим состоянием, необходимы, соответствуют действующему порядку оказания психиатрической помощи. Установление активного диспансерного наблюдения являются единственным механизмом для выведения из организации лиц, имеющих противопоказания к нахождению в стационарной организации социального обслуживания и представляющих по своему психическому состоянию опасность для себя и окружающих.

Психиатрическая помощь в стационарных условиях

Психиатрическая помощь в стационарных условиях осуществляется исключительно в медицинских организациях. Согласно ст. 28 Закона РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 22.07.2024) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», основаниями для госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, являются наличие у лица психического расстройства и решение врача-психиатра о проведении психиатрического обследования или лечения в стационарных условиях либо постановление судьи. Основанием для госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, может быть также назначение судом стационарной судебно-психиатрической экспертизы.

Госпитализация лица, в том числе признанного недееспособным, в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, за исключением случаев, предусмотренных статьей 29 Закона, осуществляется добровольно — по его просьбе или при наличии его согласия на госпитализацию. Согласно введенной Федеральным законом от 06.04.2011 N 67-ФЗ части 4.1. статьи 28, лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, госпитализируется в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, по его просьбе или с его согласия. Если лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, по своему состоянию не способно дать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, такое лицо госпитализируется в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, по просьбе или с согласия его законного представителя. Законный представитель гражданина, признанного в установленном порядке недееспособным,

собным, извещает орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного о просьбе или согласии, выраженных им или его подопечным, на госпитализацию в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, не позднее дня, следующего за днем такой просьбы или дачи указанного согласия.

Основания недобровольной госпитализации определены статьей 29 Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Обязательными условиями для госпитализации человека в психиатрический стационар являются наличие тяжелого психического расстройства и возможность психиатрического обследования или лечения только в стационарных условиях. **Основаниями для госпитализации в недобровольном порядке являются случаи, когда психическое расстройство обуславливает:**

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

В случае опасности для себя или окружающих решение о госпитализации принимается врачом-психиатром. В случаях беспомощности или существенного вреда здоровью — в судебном порядке.

Госпитализация в психиатрический стационар не может использоваться в качестве меры дисциплинарного воздействия.

Для специалистов стационарных организаций социального обслуживания особенно важны положения Порядков оказания психиатрической помощи и диспансерного наблюдения, касающиеся преемственности помощи и совместной работы с психиатрической службой. Утвержденные Минздравом порядки закрепляют необходимость регулярного клинического мониторинга динамики состояния; оценки социального функционирования и качества жизни подопечных; поддерживающей терапии и коррекции лечения; купирования обострений на амбулаторном уровне; профилактики опасных действий и суицидального поведения. Организация системы медицинской психиатрической службы предполагает преемственность в оказании помощи с четкими алгоритмами взаимодействия и передачи информации между учреждениями. При оказании психиатрической помощи приоритет отдается амбулаторному лечению и лечению в условиях дневного стационара вместо круглосуточного пребывания, что перекликается с приоритетом полустационарных форм социального обслуживания и обслуживания на дому, а также определяет необходимость при стацио-

нарной форме социального обслуживания создавать в учреждениях среду, снижающую риск обострений.

С 01.09.2026 вступили в силу утвержденные Приказом Минздрава России от 13.11.2025 N 666н Порядок оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология», а также Приказом Минздрава России от 12.01.2026 N 10н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ». С учетом того, что у некоторых получателей стационарных социальных услуг психическое расстройство сопровождается синдромом зависимости от употребления ПАВ, необходимым является получение такими проживающими наркологической помощи.

Клинические рекомендации

Клинические рекомендации — это научно обоснованные, утвержденные Минздравом алгоритмы для врачей, помогающие оказывать помощь при конкретном заболевании или группе заболеваний единообразно, эффективно и безопасно. Клинические рекомендации разрабатываются медицинскими профессиональными некоммерческими организациями и утверждаются МЗ РФ.

К настоящему моменту Министерством здравоохранения утверждены клинические рекомендации для оказания психиатрической помощи при умственной отсталости (у детей и взрослых), шизофрении (у детей и взрослых), психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением ПАВ, специфических расстройствах развития речи у детей, когнитивных расстройствах у лиц пожилого и старческого возраста, расстройствах аутистического спектра и др⁸.

В утвержденных Министерством здравоохранения РФ клинических рекомендациях систематизированы современные подходы к диагностике, лечению и реабилитации пациентов с психическими расстройствами, в том числе длительно болеющих лиц с выраженными нарушениями социальной адаптации. Рекомендации включают современные представления о механизмах развития заболевания, ключевые особенности симптомов и динамики психических расстройств. Даны указания для врачей-психиатров по диагностике психического расстройства, обязательных лабораторных и инструментальных методах исследования, периодичности их применения. Методические рекомендации содержат подробные инструкции, в зависимости от особенностей состояния пациента, по психофармакотерапии, с указанием препаратов первого выбора и альтернативных средств. Приведены рекомендованные схемы терапии и дозировки лекарственных препаратов. Даны рекомендации по мониторингу побочных эффектов психофармакотерапии и их коррекции, а также по психотерапии и психосоциальной реабилитации. В приложениях к клиническим рекомендациям размещены, в том числе, психометрические шкалы, рекомендованные для динамической оценки симптомов психического расстройства, уровня социального функционирования.

⁸ <https://cr.minzdrav.gov.ru/clin-rec>

Клинические рекомендации обязательны для исполнения при оказании психиатрической и иной медицинской помощи, если нет обоснованных противопоказаний для индивидуального пациента.

Знакомство с клиническими рекомендациями позволяет сотрудникам стационарных организаций социального обслуживания эффективнее взаимодействовать с медицинскими специалистами, грамотно реализовывать реабилитационные мероприятия и улучшать качество жизни подопечных.

Социальные, клинические и психологические характеристики получателей стационарных социальных услуг

Как показали результаты проведенного в 2019 году персонального осмотра более 150 тыс. получателей стационарных социальных услуг в возрасте от 40 до 70 лет, 45 % составляли женщины, 55 % — мужчины, при этом во всех возрастных группах до 70 лет преобладали мужчины, после 70 лет — женщины. Более 60 % обследованных проживали в стационарных организациях длительное время, более 10 лет. Диагноз шизофрении, преимущественно параноидной, имели 46,9 % получателей стационарных социальных услуг, остальные обследованные имели диагноз умственной отсталости или органического психического расстройства, в том числе деменции.

Лица с умственной отсталостью в 80 % случаев поступали в стационарные организации социального обслуживания для взрослых из детских домов-интернатов. Остальные — либо поступали после смерти ранее опекавших их родителей, либо из институциональных учреждений для детей-сирот в связи с присоединением к имеющемуся нарушению интеллектуального развития нарушений поведения, в том числе вследствие употребления алкоголя или психоактивных веществ.

Лица с шизофренией в 99 % случаев страдали психическим расстройством более 10 лет, длительное время получали психиатрическую помощь, неоднократно (в среднем 8,7 раз, $\text{Max} = 41$) находились на стационарном лечении в психиатрической больнице. Все лица, страдающие шизофренией, являлись инвалидами по психическому заболеванию. Как женщины, так и мужчины с шизофренией поступали в стационарную организацию социального обслуживания в связи с тяжестью и хроническим характером симптомов заболевания, неспособностью проживать самостоятельно, выраженной социальной дезадаптацией, отсутствием родных, готовых осуществлять за ними постоянный уход.

Заболевание у лиц, страдающих шизофренией на момент поступления в стационарную организацию социального обслуживания, характеризова-

лось либо (в меньшем числе случаев) частыми обострениями психического расстройства, отсутствием критики к заболеванию и приверженности к лекарственной терапии, либо (в большем числе случаев) выраженностью негативных симптомов с нарушениями социальной адаптации.

Особенности социального обслуживания лиц с шизофренией

Шизофрения — психическое расстройство, в развитии которого имеют значение как наследственные, так и средовые факторы. Для него характерно сочетание продуктивной симптоматики (галлюцинации, бред, кататонические проявления, аффективные нарушения), негативной симптоматики (снижение способности получать удовольствие, апатия, ослабление воли, обеднение речи, социальная отгороженность), поведенческих и когнитивных нарушений (снижение памяти, внимания, мышления).

Продуктивные симптомы шизофрении

- Бред — стойкие ложные убеждения, не поддающиеся коррекции логикой или фактами. Распространенными формами бреда являются следующие: бред преследования (убежденность, что за человеком следят, хотят причинить вред); бред воздействия (ощущение, что мысли, действия, чувства контролируются извне); бред величия (убежденность в особой миссии, сверхспособностях); религиозный, ипохондрический, эротический бред и др.
- Галлюцинации — восприятие несуществующих объектов, звуков, ощущений при отсутствии внешних стимулов. Наиболее частыми при шизофрении являются слуховые галлюцинации, которые пациенты описывают как «голоса», «звучащие мысли», «музыку в голове». Могут быть зрительные, тактильные (ощущение прикосновений, ползания насекомых под кожей), обонятельные галлюцинации. Необходимо отметить, что наличие у получателя социальных услуг голосов императивного характера, которые приказывают что-то сделать, должно рассматриваться как критерий его потенциальной общественной опасности.
- Нарушения мышления и речи, которые могут проявляться разорванностью и непоследовательностью речи, паралогикой, «соскальзываниями» (внезапные переходы к несвязанным темам), резонерством

(пустые, витиеватые рассуждения), эхолалией (повторение чужих слов и фраз), вербигерациями (стереотипное повторение слов).

- Кататонические симптомы в форме ступора (застывания в неудобной позе, негативизма, мутизма) или возбуждения с импульсивными действиями и стереотипиями.
- Деперсонализационно-дереализационные симптомы с ощущениями нереальности окружающего мира, переживаниями отчуждения собственной личности, искажениями восприятия своего тела.
- Аффективные нарушения в форме перепадов настроения, неадекватности эмоциональных реакций, тревоги, страхов, депрессии.

У людей с шизофренией продуктивные симптомы могут быть устойчивыми или отмечаться эпизодически, могут сочетаться друг с другом и с негативной симптоматикой. Их проявления и влияние на поведение человека могут становиться более или менее интенсивными. Своевременное выявление появления или усиления продуктивных симптомов необходимо для их медикаментозной коррекции, предотвращения дезорганизации поведения и неблагоприятных, в том числе общественно опасных, социальных последствий.

При выявлении или усилении у проживающего с шизофренией продуктивных симптомов, в том числе галлюцинаторных «голосов», «эха мыслей», бредового восприятия, бреда воздействия, ощущений инсценировки, кататонических симптомов, выраженной эмоциональной неадекватности, странных поступков, рискованного поведения, суицидальных высказываний, необходимо информировать об этом врача-психиатра.

После купирования острого психоза у многих людей с шизофренией сохраняется остаточное состояние — хроническая фаза с сохраняющимися симптомами, которые влияют на повседневную жизнь. Эти симптомы могут сохраняться годами и в значительной степени обусловлены негативными, когнитивными и аффективными расстройствами, а не яркими проявлениями психоза.

Ключевые негативные симптомы

1. Апатия — снижение или утрата интереса к ранее значимым видам деятельности; равнодушие к происходящему вокруг, отсутствие мотивации.
2. Ангедония — снижение или утрата способности испытывать удовольствие.

3. Недостаточность нормального переживания дистресса — снижение или утрата способности испытывать неудовольствие и другие неприятные эмоции.
4. Абулия — выраженное снижение волевой активности; трудности в принятии решений; трудности в инициации, продолжении и поддержании целенаправленных действий, вплоть до полной бездеятельности и отказа от самообслуживания.
5. Социальная отгороженность — снижение потребности в общении; уход от социальных контактов; трудности установления и поддержания межличностных связей.
6. Уплотнение аффекта — ослабление или отсутствие внешних проявлений эмоций; сниженная способность реагировать на эмоционально значимые события; маловыразительность мимики; монотонность голоса.
7. Алогия — уменьшение количества спонтанной речи; скудность речи; трудности в развернутом выражении мыслей.

Негативные симптомы шизофрении отражают дефицит или ослабление нормальных психических функций и существенно влияют на социальную адаптацию и качество жизни пациента. Закрытость стационарных учреждений, ограничение потенциальных личных целей, видов продуктивной деятельности, активности, круга общения являются факторами, способствующими усугублению негативных симптомов, стигматизации и исключению из общества.

Также характерны когнитивные нарушения в виде нарушений мышления, преимущественно замедленной обработки информации, нарушений беглости речи и снижения памяти на устную информацию.

Характерными особенностями эмоциональной сферы являются сниженное настроение, тревожность, чувство безнадежности.

Могут сохраняться остаточные позитивные симптомы в виде подозрительности, бредовых идей, имеющих резидуальный характер и, как правило, не определяющих поведение, периодических галлюцинаций или «странных убеждений», которые проявляются в значительно меньшей степени, чем во время острых приступов.

Такие клинические проявления определяют особенности повседневного и социального функционирования лиц, длительно болеющих шизофренией. Так, притупление аффекта, ангедония, социальная отгороженность, волевые нарушения поддерживают безынициативность, пассивность в повседневной жизни, одиночество и социальную изоляцию. Когнитивные нарушения, подозрительность и резидуальные продуктивные симптомы способствуют негативному восприятию происходящего, нарушают продук-

тивность контактов с окружающими, снижают критичность к заболеванию и приверженность лечению (комплаентность).

Согласно результатам исследования лиц, длительное время болеющих шизофренией⁹, в зависимости от того, какие симптомы в клинической картине доминируют, выделяются три подгруппы пациентов:

- с преимущественно дефицитарными/»псевдоорганическими» негативными состояниями;
- с сохраняющимися позитивными симптомами (паранойя, остаточные бредовые идеи) в сочетании с личностными/психопатическими чертами;
- более благоприятные остаточные состояния с изменением личности, но лучшей социальной адаптацией.

В целом выраженность остаточных симптомов связывается с более выраженной инвалидностью, низким качеством жизни, повышенным риском рецидива и низкой вовлеченностью в психосоциальную реабилитацию.

У получателей стационарных социальных услуг, длительно болеющих шизофренией, выделяются следующие типы течения заболевания: непрерывный, эпизодический со стабильным дефектом, эпизодический с нарастающим дефектом. В течение заболевания могут быть выделены периоды стабильного состояния, обострения и ремиссии.

Согласно определению Международной рабочей группы по разработке критериев ремиссии при шизофрении, ремиссия при шизофрении — это «состояние, при котором пациенты чувствуют улучшение в отношении основных признаков и симптомов заболевания, у них не наблюдается расстройств поведения и нет достаточных критериев, необходимых для подтверждения первоначального диагноза шизофрении». Однако, как указывают Мосолов С.Н. с соавт.¹⁰, столь строгие критерии не отражают клиническую реальность: многие пациенты со стабильной дефицитарной симптоматикой и хроническим течением заболевания предложенного симптоматического уровня никогда не достигают. В связи с этим как более отвечающее реальности авторами рассматривается определение ремиссии, предложенное Г.В. Зеневичем: «ослабление и смягчение клинической симптоматики, обеспечивающее в той или иной степени социальное и трудовое приспособ-

⁹ Солохина Т.А., Ошевский Д.С., Кузьминова М.В. и др. Социально-демографические и клинико-психологические особенности пациентов с остаточной шизофренией и направления их психосоциальной реабилитации. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2023; 123(11):82–89.

¹⁰ Мосолов, А.В. Потапов, А.А. Шафаренко, А.Б. Костюкова, И.Н. Забелина

собление больного в широком диапазоне состояний от практического выздоровления (не включая его) до состояний, при которых отчетливо выступает дефект»¹¹.

Большинство лиц с шизофренией, являющихся получателями стационарных социальных услуг, составляют граждане с остаточной шизофренией. У этой группы проживающих психическое состояние на протяжении длительного времени является стабильным, в прошлом отмечалось активное течение процесса с психотическими симптомами, нарушениями поведения, многократными госпитализациями в психиатрическую больницу. В дальнейшем отмечался переход от активного течения процесса к хронической стадии со стойкими негативными симптомами, такими как психомоторная заторможенность, сниженная активность, ангедония (сниженная способность испытывать удовольствие), притупление аффекта, пассивность и отсутствие инициативы; бедность речи, как по содержанию, так и по количеству; бедность невербальных коммуникаций; недостаточность навыков самообслуживания и социальной продуктивности, социальная изоляция.

Вторую большую группу составляют проживающие, у которых могут отмечаться обострения шизофрении, проявляющиеся усилением продуктивной психопатологической симптоматики в виде обманов восприятия, бреда, нарушений мышления, аффективных нарушений (страх, тревога, не свойственная ранее раздражительность), нарушений поведения. Такие состояния требуют усиления психофармакотерапии или лечения в условиях стационара. В остальное время их состояние, на фоне постоянного приема поддерживающей терапии, характеризуется неполной ремиссией, когда психопатологические расстройства в значительной степени дезактуализированы, лишены аффективной насыщенности, в минимальной степени влияют на поведение проживающего, при сохранении относительно упорядоченного, социально приемлемого поведения, в том числе без агрессивных и аутоагрессивных тенденций.

Третью группу составляют проживающие, психическое состояние которых, несмотря на поддерживающую терапию, остается недостаточно стабильным, в умеренной степени сохраняются аффективные расстройства, нарушения мышления, нарушения поведения.

Клинические рекомендации определяют лабораторные и инструментальные диагностические исследования, необходимые в процессе динамического обследования пациентов с шизофренией. Важно, что пациентам с метаболическими нарушениями, получающим атипичные антипсихоти-

¹¹ Зеневич Г.В. Ремиссии при шизофрении. Л.: Медицина, 1964. 216 с.

ческие средства, влияющие на метаболизм, рекомендовано определение липидного профиля и уровня глюкозы в крови при поступлении в стационар и в процессе динамического наблюдения ежегодно для исключения возможных соматических причин развития имеющихся симптомов. При наличии клинических проявлений гиперпролактинемии (галакторея, нарушения менструального цикла, сексуальные дисфункции, гинекомастия) рекомендуется проводить исследование уровня пролактина в крови. При наличии сердечно-сосудистой патологии рекомендовано проведение ЭКГ, холтеровского мониторирования сердечного ритма. При наличии симптомов неврологической патологии или органического поражения головного мозга необходимо проведение электроэнцефалографии с нагрузочными пробами, эхоэнцефалографии, магнитно-резонансной томографии головного мозга.

В нашей практике был случай, когда применение инструментальных методов диагностики проживающему с симптомами органического поражения головного мозга, поступившему в организацию социального обслуживания с диагнозом «Параноидная шизофрения, непрерывный тип течения», привело к пересмотру диагноза. После проведения всех необходимых исследований, проживающему был поставлен диагноз: «Органическое шизофреноподобное расстройство личности в связи с эпилепсией», была изменена лекарственная терапия, на фоне чего его психическое состояние значительно улучшилось, в последующем был признан сначала ограниченно дееспособным, а затем дееспособным.

При динамической оценке особенностей клинического состояния получателей стационарных социальных услуг с шизофренией рекомендовано определять наличие и выраженность аффективной симптоматики, дезорганизации мышления и речи, аутоагрессивных и/или суицидальных мыслей и тенденций, агрессивного поведения, депрессии. Необходимость регулярно оценивать симптомы депрессии у проживающих с шизофренией связана, в первую очередь, с тем, что депрессивные симптомы могут быть проявлением обострения заболевания. В связи с этим обязательным диагностическим шагом является выявление иных возможных проявлений психоза, которые могут обуславливать депрессию. Единственным терапевтическим выбором в таких случаях должно быть усиление антипсихотической терапии. У получателей стационарных социальных услуг депрессивные симптомы часто связаны с госпитализмом, реактивными механизмами и дезадаптацией. В таких случаях усиление психофармакотерапии не требуется, показано проведение психотерапии и реабилитационных мероприятий. Также, симптомы депрессии могут быть связаны с побочным действием лекарственных препаратов.

При необходимости, в том числе при подготовке документов в суд с целью рассмотрения вопросов дееспособности, рекомендовано проведение экспериментально-психологического и нейропсихологического обследования.

Согласно клиническим рекомендациям, лица с непрерывнотекущей шизофренией, рано начавшимися или злокачественными формами, с попытками суицида или грубым агрессивным поведением, с частыми рецидивами для профилактики обострений нуждаются в поддерживающей терапии на протяжении неопределенно долгого времени. Основными препаратами для лечения шизофрении являются антипсихотические средства (нейролептики). При лечении шизофрении рекомендовано придерживаться монотерапии. В то же время, указано, что многообразие клинических проявлений шизофрении и многочисленные сопутствующие заболевания в реальности нередко требуют применения комбинаций различных препаратов. Применение комбинаций препаратов существенно увеличивает риск развития лекарственных взаимодействий и побочных эффектов. В этих случаях побочные эффекты и клиническая эффективность должны оцениваться более часто.

Доказанную эффективность при лечении больных с шизофренией продемонстрировали: когнитивно-поведенческая терапия, семейная терапия, тренинг социальных навыков, когнитивная ремедиация, метакогнитивный тренинг и психообразование.

На основании клинических рекомендаций могут быть сформулированы следующие положения, актуальные для всех сотрудников стационарных организаций социального обслуживания при работе с проживающими с шизофренией.

При организации среды и распорядка необходимо стремиться к созданию предсказуемой, безопасной обстановки, снижающей риск обострений.

При взаимодействии с проживающими с шизофренией:

- Сохраняйте вежливый, спокойный, доброжелательный тон без фамильярности.
- При общении с проживающими с бредовыми идеями не вступайте в споры, избегайте отрицания переживаний пациента, фиксируйте содержание бреда для передачи врачу, постарайтесь перевести разговор на нейтральные темы.
- В общении используйте простые, четкие формулировки, минимизируйте абстрактные выражения.
- Учитывайте возможные когнитивные дефициты — давайте время на осмысление инструкций.

- При выраженных негативных симптомах (ангедония, апатия, социальная отгороженность) проявляйте активность для вовлечения человека в социально-реабилитационные мероприятия. Старайтесь включать проживающих в предсказуемую рутинную деятельность; приглашайте, в том числе в качестве зрителя, на занятия, концерты, спортивные мероприятия; напоминайте о возможности сходить к парикмахеру. Поощряйте, избегая давления, минимальную активность. Поощряйте минимальные шаги в межличностном общении, поддерживайте, при наличии, приятельские и дружеские отношения проживающего.
- При психомоторном возбуждении или агрессии обеспечьте физическую безопасность пациента и окружающих; говорите спокойно, тихим голосом, используйте короткие фразы; предложите уединиться в спокойной зоне; немедленно уведомите медперсонал для возможной медикаментозной коррекции.
- Обязательно информируйте врачей об изменениях в поведении (усиление замкнутости, возбуждение, агрессия, неадекватные поступки); содержании высказываний (особенно бредовых идей, суицидальных мыслей); проблемах с приемом лекарств (отказ, пропуски, побочные эффекты); трудностях в самообслуживании и социальной адаптации.
- По согласованию с врачом, используйте в работе с проживающими следующие методы: досуговые и творческие занятия с четкой структурой и понятными правилами; тренинги для работы с когнитивными нарушениями; социально-бытовые тренинги для обучения навыкам самообслуживания, коммуникации, разрешения конфликтов.
- В качестве профилактических мер оценивайте эмоциональный фон и признаки нарастающего напряжения; отслеживайте соблюдение режима приема лекарств; поддерживайте приверженность к лечению; обучайте проживающих самостоятельно отслеживать ранние признаки обострения (нарушения сна, нарастающая тревога) и обращаться за медицинской помощью.

Главными принципами работы с проживающими с шизофренией являются безопасность самого человека и окружающих, эмпатия, эмоциональная поддержка, поэтапная, индивидуализированная реабилитация, тесная связь с медицинским персоналом;

Целями реабилитации являются стабилизация состояния и профилактика обострений; смягчение негативных симптомов, активизация бытовых и социальных навыков, повышение качества жизни и уровня самостоятельности в доступных пределах.

Особенности социального обслуживания лиц с умственной отсталостью

Умственная отсталость — это гетерогенная группа состояний, обусловленных врожденным или рано приобретенным недоразвитием психики с выраженной недостаточностью интеллекта (когнитивных, речевых, социальных способностей), сопровождающихся нарушением адаптивного поведения, затрудняющим или делающим полностью невозможным адекватное социальное функционирование индивидуума.

В прошлом такие состояния интеллектуального недоразвития обозначались термином «олигофрения». К сожалению, до настоящего времени в медицинской документации СОСО встречаются такие диагнозы, как «идиотия», «имбецильность», которые уже несколько десятилетий не используются в медицинской терминологии в связи с их стигматизирующим характером и являются недопустимыми. Термином «нарушения интеллектуального развития» данная группа состояний обозначается в Международной классификации болезней 11 пересмотра, которая в Российской Федерации на сегодняшний день не применяется.

В применяемой в настоящее время в Российской Федерации классификации (МКБ-10) по степени тяжести выделяются легкая, умеренная, тяжелая и глубокая умственная отсталость. Дополнительно выделяют неуточненные и другие формы умственной отсталости. В каждой из этих форм различают варианты с указанием на отсутствие или слабую выраженность нарушения поведения; со значительным нарушением поведения, требующим ухода и лечения; с другими нарушениями поведения; без указаний на нарушение поведения.

Легкая умственная отсталость характеризуется: задержкой приобретения речевых навыков; основными затруднениями в школьной успеваемости; заметной эмоциональной и социальной незрелостью; возможностью достижения независимости в самообслуживании. Адаптивное поведение нарушено всегда, но в защищенных социальных условиях, где обеспечена поддержка, это нарушение у больных с легкой степенью умственной отсталости может не иметь явного характера. В большинстве случаев возможно трудоустройство лиц с легкой умственной отсталостью, требующее способностей не столько к абстрактному мышлению, сколько к практической деятельности, включая низкоквалифицированный и полуквалифицирован-

ный ручной труд. При оценке интеллекта у лиц с легкой умственной отсталости IQ должно составлять 50–69 баллов.

При умеренной умственной отсталости медленно развиваются понимание и использование речи, а окончательное развитие в этой области ограничено; отстает развитие навыков самообслуживания и моторики; некоторые пациенты нуждаются в надзоре на протяжении всей жизни. Школьные успехи при умеренной умственной отсталости ограничены, однако часть пациентов осваивает основные навыки, необходимые для чтения, письма и счета. В зрелом возрасте лица с умеренной умственной отсталостью способны к простой практической работе при тщательном построении заданий и обеспечении квалифицированного надзора. Совершенно независимое проживание достигается редко.

Для людей с умеренной и легкой умственной отсталостью характерны конкретность мышления и шаблонность суждений, простота запросов и чувств, часто — ведомость, подчиняемость, часто — эмоциональная неустойчивость, возбудимость, меньший в сравнении с нормой объем знаний и навыков, сниженная способность оценивать сложные жизненные ситуации. Для части пациентов характерны эмоционально-волевые и поведенческие нарушения.

При эмоционально-волевых расстройствах нарушения поведения часто имеют стойкий характер и требуют лечения. Лица с нарушениями интеллектуального развития часто не способны объяснить окружающим мотивы своего поведения. Они часто становятся жертвами эксплуатации или противоправных действий. Часто то, что окружающие расценивают как трудности поведения, является неловкой попыткой решить ситуацию в условиях недостаточных навыков социального взаимодействия (ухаживания выглядят как сексуальное домогательство).

Среди получателей стационарных социальных услуг, проходивших судебно-психиатрическую экспертизу в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России в связи с рассмотрением судом вопроса о повышении гражданско-правового статуса, подэкспертные с диагнозом «Умеренная умственная отсталость» составляют абсолютное большинство.

Нижние уровни функционирования, отмеченные у больных с умеренной умственной отсталостью, характерны для больных с тяжелой умственной отсталостью. Их адаптация в окружающей среде возможна только при наличии постоянно опекающих их родственников или в условиях организации социального обслуживания.

У больных с тяжелой умственной отсталостью коэффициент умственного развития ниже 20. Они весьма ограничены в способностях к пониманию или выполнению требований или инструкций. Большинство таких

больных неподвижны или резко ограничены в подвижности, страдают недержанием мочи и кала и с ними возможны лишь самые рудиментарные формы невербальной коммуникации. Они неспособны или малоспособны заботиться о своих основных потребностях и нуждаются в постоянной помощи и надзоре. В большинстве случаев такие люди страдают тяжелыми множественными поражениями ЦНС.

Согласно МКБ-10, основным диагностическим критерием умственной отсталости является не просто сниженный интеллект, но «пониженный уровень интеллектуального функционирования, приводящий к недостаточной способности адаптироваться к повседневным запросам нормального социального окружения». При этом определение интеллектуального уровня должно быть основано «на всей доступной информации, включая клинические данные, адаптивное поведение и продуктивность по психологическим тестам», а определение диагностической категории — «на общей оценке способностей, а не на оценке какой-либо отдельной области или одного типа навыков». Критерий адаптивного поведения был добавлен в качестве обязательных для диагностики заболевания критериев в 1959 г. American Association on Mental Retardation (AAMR). Согласно одному из определений, адаптивное поведение — это то, насколько эффективно человек справляется с требованиями повседневной жизни, насколько способен жить независимо и придерживаться общественных стандартов¹². Согласно зарубежным стандартам, для постановки диагноза умственной отсталости дефицит адаптивного поведения должен проявляться не менее чем в двух из следующих сфер: самообслуживание; коммуникативные и социальные навыки; регулирование эмоций и саморегуляция; сформированность бытовых навыков.

Всем пациентам с умственной отсталостью не чаще 1 раза в год рекомендовано проведение психологического исследования с использованием общепринятого психологического инструментария (тест Векслера, тест Равена) с целью оценки уровня интеллектуального развития. Психологическое исследование рекомендовано проводить при направлении на медико-социальную экспертизу, на военно-врачебную экспертизу, судебно-психиатрическую экспертизу, экспертизу профессиональной пригодности и в процессе динамического наблюдения с целью уточнения динамики интеллектуального развития в процессе лечения и обучения. При этом в комментариях подчеркнуто, что установление диагноза умственной отсталости (в том числе при проведении различных экспертиз) лишь на основании цифровых показателей коэффициента интеллектуального разви-

¹² Hodapp & Dykens, 1996.

тия (обычно получаемого при обследовании по методике Векслера) является ошибкой. Во всех случаях диагноз должен быть установлен психиатром на основании клинических данных, а любые психологические методики являются дополнительными, а не определяющими диагностику.

Согласно утвержденным Минздравом клиническим рекомендациям, основными целями лечения при умственной отсталости у взрослых являются редукция или устранение сопутствующих поведенческих нарушений. В зависимости от ведущей причины формирования или усиления поведенческих расстройств, структура терапевтических мероприятий смещается в сторону преимущественно медикаментозной терапии, либо усиления психотерапевтической составляющей комплексного лечения. Комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных методов лечения в сочетании с трудотерапией, социальной работой с семьей и пациентом является одним из основополагающих принципов терапии поведенческих расстройств у лиц с умственной отсталостью.

Психофармакотерапия не является ведущим методом лечения и должна проводиться строго по клиническим показаниям и в течение ограниченного периода времени. Ее применение оправдано лишь в случаях грубых и некорригируемых форм нарушения поведения, при наличии «биологической почвы», предрасполагающей к расстройствам поведения, а также на начальных этапах коррекционно-педагогической работы для снятия аффективной напряженности при наличии сопутствующих выраженных эмоциональных и соматовегетативных расстройств.

Показаниями к назначению лекарств являются: острое психомоторное возбуждение, повышенная раздражительность, агрессия, самоповреждающее поведение, тревожные состояния, импульсивное или опасное поведение, а также осложненные формы умственной отсталости с астенической и иной органической симптоматикой.

Имеется указание на то, что лечение является симптоматическим, назначается краткосрочно (до 6 недель) в случаях непрекращающейся агрессии, неподдающейся нефармакологическим методам коррекции, и когда есть риск причинения вреда пациентом самому себе и другим лицам. Рекомендованы конкретные лекарственные препараты и их дозировки, например, рисперидон рекомендован в средней суточной дозе 1,52 мг/сут, разделенной на 2 приема. Указано, что превышение дозы выше 2,0 мг/сут дает мало дополнительного эффекта, но резко увеличивает риск побочных реакций.

Согласно клиническим рекомендациям, основным методом лечения умственной отсталости является абилитация — формирование и развитие имеющихся возможностей для адаптации в обществе. Целью абилитации

является улучшение качества жизни и социального функционирования взрослых пациентов с умственной отсталостью посредством преодоления их социальной отчужденности, повышения уровня социального функционирования и устойчивой адаптации в сообществе, а также выбор оптимальных путей для развития наиболее сохранных функций. К основным задачам абилитации относится повышение социальной компетентности больных путем развития навыков общения, умения преодолевать стрессы, а также трудовой деятельности; уменьшение дискриминации и стигмы; поддержка семей, создание и сохранение долгосрочной социальной поддержки, удовлетворение, по меньшей мере, базовых потребностей, к каковым относятся обеспечение жильем, трудоустройство, организация досуга, создание социальной сети (круга общения), повышение автономии (независимости) пациентов.

Показаниями для госпитализации в стационар взрослых людей с умственной отсталостью, согласно клиническим рекомендациям, являются исключительно формы умственной отсталости, осложненные психотической (кататонической, галлюцинаторно-бредовой, аффективной и т.д.) симптоматикой. Непсихотические нарушения поведения не являются показанием для стационарного лечения.

Инциденты, происходящие при работе с людьми с психическими расстройствами

С психическими расстройствами связаны риски, создающие угрозу как для безопасности самого пациента (например, в виде суицидальных тенденций, самоповреждающего поведения), так и для окружающих (в частности, из-за возможных агрессивных проявлений или неспособности адекватно оценивать и контролировать свои действия). Как показывают результаты зарубежных исследований, эти риски различны для пациентов психиатрических больниц, жителей стационарных организаций социального обслуживания и людей, живущих дома¹³. В целом, в литературе выделяются следующие типы инцидентов, угрожающих безопасности, которые по-разному проявляются в различных социальных ситуациях: инциденты, связанные с поведением лиц, страдающих психическими расстройствами; инциденты, связанные с психофармакотерапией; инциденты, связанные с организацией работы/инфраструктурой; социально-психологические инциденты; иные инциденты.

Основную категорию составляют **инциденты, связанные с поведением пациентов**. Они проявляются нарушением правил и несоблюдением инструкций; вербальной и физической агрессией, в том числе проявлениями грубости и враждебности во взаимодействии с окружающими; употреблением спиртных напитков и иных психоактивных веществ; рискованным или опасным поведением; самоповреждающими и суицидальными действиями и т.д. Частота инцидентов, связанных с нарушениями поведения, определяется как особенностями психического состояния лиц с психическими расстройствами, так и особенностями организации и недостатками внешнего контроля за поведением пациентов, психическое состояние которых определяется эмоциональной неустойчивостью, склонностью к дисфориям, раздражительностью, импульсивностью, продуктивными симптомами и т.д. При этом если в медицинских организациях основной мерой

¹³ Russotto S, Conti A, Inguaggiato L, Masini A, Mira JJ and Panella M (2026) Patient safety incidents in mental health residential services: a multicenter, crosssectional, survey-based study. *Front. Psychiatry* 17:1810559. doi: 10.3389/fpsyt.2026.1810559

профилактики таких нарушений поведения является психофармакотерапия, то в стационарных организациях социального обслуживания важнейшее значение имеют организация среды, психотерапия и психосоциальная реабилитация. В организациях, предназначенных для длительного пребывания лиц с психическими расстройствами, в том числе социального обслуживания, к перечисленным выше инцидентам добавляются самовольные оставления учреждения, побег. При домашнем проживании более частыми являются инциденты, связанные с самоповреждающими действиями, агрессией по отношению к лицам, осуществляющим уход, нарушения режима приема лекарственных препаратов.

В стационарных организациях социального обслуживания инциденты, связанные с нарушениями поведения, необходимо оценивать, учитывая как особенности психического состояния проживающего, так и особенности сложившейся ситуации, роль провоцирующих факторов, эффективность и уместность предпринятых для разрешения инцидента мер. Рассмотрим несколько примеров.

Случай 1.

Проживающий М., 27 лет, диагноз «Умеренная умственная отсталость с нарушениями поведения, требующими ухода и лечения». С детства проживал в интернатных учреждениях.

Мышление сугубо конкретное. Интеллект снижен. Поведение психопатоподобное. Активный, подвижный, расторможенный. Мало доступен словесной коррекции.

Инцидент: без видимых причин залез на крышу здания по водосточной трубе.

Причины: особенности заболевания, недостаточная занятость, недостаточный контроль.

Профилактика последующих инцидентов: психофармакотерапия, занятость, максимальное привлечение к социально-реабилитационным и спортивным мероприятиям.

Случай 2.

Женщина, 46 лет, поступившая в стационарную организацию социального обслуживания в связи с выраженной социальной

дезадаптацией на фоне злоупотребления спиртными напитками, описывает ситуацию, после которой была направлена в психиатрическую больницу: «Шла гулять, врач позвал в кабинет, начал провоцировать: может быть тебе назначить препараты психотропные? Вот этот, вот этот... Ну, я начала возбужаться, руками махать, прикрикивать, называть разные препараты... Положили в больницу».

Причины: эмоциональная неустойчивость, связанная с заболеванием, и провоцирующее поведение врача-психиатра.

Случай 3.

Проживающая с легкой умственной отсталостью. В стационарную организацию социального обслуживания была определена в связи с лишением родителей родительских прав. В 16 лет была признана недееспособной. Проживая в учреждении для взрослых, по интернету познакомилась с молодым человеком. Через 3 месяца общения, поддавшись его уговорам, ночью ушла из интерната. На попутке добралась до места жительства мужчины. Полтора месяца проживала с ним. За этот период научилась самостоятельно топить печку, готовить, доить козу. Была найдена полицией, возвращена в ПНИ.

Инцидент: По возвращении плачет, отказывается от еды, угрожает убежать к любимому человеку при первой возможности. После помещения в изолятор проявляет агрессию к сотрудникам, высказывает суицидальные идеи. Госпитализирована в психиатрическую больницу.

В ходе обсуждения данного случая с врачами-психиатрами и руководителями стационарных организаций социального обслуживания на организованной БФ «Старость в радость» Школе психиатров был сделан вывод, что принятые в организации меры – помещение женщины в изолятор и усиление лекарственной терапии – оказались неэффективными и не могли привести к желаемому результату, а лишь ухудшили состояние молодой женщины. Было предложено пригласить в учреждение молодого человека, оценить его личные качества, организовать его общение с проживающей в контролируемых усло-

виях организации, привлекая к участию, например, в культурно-массовых мероприятиях. Впоследствии девушка была признана дееспособной, вышла замуж и была выписана из СОСО. В настоящее время ее катамнез благополучный.

Инциденты, связанные с психофармакотерапией включают пропуск приема лекарств, ошибки назначения или дозировок лекарственных препаратов. Такие инциденты наиболее часто встречаются при домашнем проживании и связаны с отсутствием критики к заболеванию и приверженности терапии, а также с забывчивостью, обусловленной когнитивными нарушениями, недостаточным контролем со стороны ухаживающих родственников. В психиатрических стационарах чаще, чем в стационарных организациях социального обслуживания, случаются ошибки назначения лекарственных препаратов или их дозировки. Для ряда стационарных организаций социального обслуживания характерно избыточное назначение лекарственных средств, полипрагмазия (одновременное назначение большого количества лекарственных препаратов). При этом значительно возрастают риски побочных явлений, развития резистентности.

Инциденты, связанные с организацией работы и инфраструктурой, происходят вследствие неукomплектованности штата, высокой нагрузки на персонал, организационных сбоев в оказании помощи. В стационарных организациях социального обслуживания такие инциденты наиболее часто происходят с проживающими с высокой потребностью в уходе. Также при проведении мониторингов и персональных осмотров внешними специалистами регулярно выявляются проживающие, нуждающиеся в коррекции терапии в связи с обострением продуктивной симптоматики. Наиболее частой причиной таких инцидентов, влияющих на безопасность, являлась недостаточная коммуникация специалистов организации с проживающим, которая приводила к задержкам в лечении и ошибкам при назначении лекарств¹⁴. В условиях домашнего проживания к данной группе относятся инциденты, связанные с ограниченным контролем безопасности (риск падения с лестницы, доступ к опасным предметам), частота которых обыч-

¹⁴ ShituZHassanIAungMMTTuan KamaruzamanTHMusaRM. Avoiding medication errors through effective communication in healthcare environment. Movement Health Exercise. (2018) 7:113–26. doi: 10.15282/mohe.v6i2.157

но связана с информированностью ухаживающих родственников о требованиях к безопасной среде, их навыками и ресурсами.

Четвертую группу составляют **социально-психологические инциденты**. К ним относятся все случаи дискриминации, предвзятого отношения, провоцирующего поведения, домогательств. Согласно результатам зарубежных исследований, такие инциденты связаны с поведением и медицинских работников, и сотрудников, не связанных с медициной (социальных работников, ухаживающего персонала). Однако работники, не связанные с медициной, реже сообщают о них коллегам¹⁵, что должно учитываться врачами-психиатрами и руководителями организаций. Инциденты, происходящие в стационарных организациях социального обслуживания, провоцируемые немедицинским персоналом, могут быть связаны с трудностями общения с лицами, страдающими психическими расстройствами, и устоявшимся стилем общения (более неформальным и вербальным по сравнению с медицинскими работниками)^{16,17}, а также трудностями межпрофессиональной коммуникации из-за различий в подготовке, образовании и функциях медицинских и немедицинских специалистов¹⁸. Для стационарных организаций социального обслуживания и домашнего проживания дополнительным риском является социальная изоляция. В домашних условиях более высоким, чем в медицинских и социальных организациях, является риск недостаточной поддержки в кризисных ситуациях.

К **прочим инцидентам** относятся непредвиденные бытовые инциденты, которые чаще случаются в домашних условиях в связи с отсутствием стандартизированных процедур реагирования.

Таким образом, и в психиатрических стационарах, и в стационарных организациях социального обслуживания для лиц с психическими расстройствами имеют место поведенческие инциденты, обусловленные спецификой проявлений психических расстройств. Для стационарных орга-

¹⁵ Russotto S, Conti A, Inguaggiato L, Masini A, Mira JJ and Panella M (2026) Patient safety incidents in mental health residential services: a multicenter, crosssectional, survey-based study. *Front. Psychiatry* 17:1810559. doi: 10.3389/fpsyt.2026.1810559

¹⁶ KeshtkarLBennett-WestonAKhanASMohanSJonesMNOckelsKet al. Impacts of communication type and quality on patient safety incidents: a systematic review. *Ann Intern Med.* (2025) 178:687–700. doi: 10.7326/ANNALS-24-02904

¹⁷ EdenKBTottemAMKassakianSZGormanPNMcdonaghMSDevineBet al. Barriers and facilitators to exchanging health information: a systematic review. *Int J Med Inform.* (2016) 88:44–51. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2016.01.004

¹⁸ ArtioliGCosentinoCFoàCSarli L. Inter-professionalism in health care post-graduate specialization: an innovative laboratory. *Acta BioMed Heal Prof.* (2019) 90:8–16. [Internet]. doi: 10.23750/abm.v90i4-S.8306

низаций социального обслуживания характерны инциденты социально-психологического характера и связанные с длительным проживанием и социальной изоляцией, в связи с чем для всех сотрудников, работающих в таких учреждениях, необходимы специальные программы обучения, направленные на управление рисками, связанными с межличностным взаимодействием с проживающими, контроль агрессии, деэскалацию и эмпатическое общение. Доказано, что такие программы повышают уверенность персонала в своих силах, улучшают коммуникативные навыки и готовность к работе с пациентами, в том числе склонными к агрессивному поведению¹⁹. Домашнее проживание, в том числе социальное обслуживание на дому, характеризуется меньшей формализацией процессов, что повышает зависимость от ресурсов и навыков ухаживающих, а также риск бытовых инцидентов. При этом, несмотря на типичные риски, реальный спектр инцидентов может варьироваться в зависимости от конкретного учреждения, региона и особенностей пациентов.

Учитывая важнейшее значение межпрофессионального сотрудничества, в целях создания эмоционального и социально-психологического климата, авторы рекомендуют повышать квалификацию и уровень знаний всех специалистов, работающих в организации. Эта стратегия является важным компонентом оказания медицинских услуг, направленных на повышение безопасности пациентов. Подобные меры должны внедряться с самого начала обучения студентов медицинских специальностей, чтобы они могли эффективно общаться как с пациентами, так и с коллегами.

¹⁹ AlmulaOTawashEAlaradiMNair B. Building clinical confidence, the impact of de-escalation training on nurses' management of aggression: An integrative review. *Int Emerg Nurs.* (2026) 85:101745. doi: 10.1016/j.ienj.2026.101745

Ответы на обращения граждан по вопросу повышения гражданско-правового статуса

В настоящее время, в рамках оказания социальных услуг в стационарной форме лицам с психическими расстройствами большое значение имеют вопросы восстановления дееспособности граждан, психическое состояние и уровень социального функционирования которых в период проживания в организации социального обслуживания улучшились. В подобных случаях признание дееспособности гражданина, ранее признанного недееспособным, ограничено дееспособным является необходимой формой обеспечения его гражданских прав, а также позволяет значительно повысить уровень автономности человека в повседневной жизни и социальном функционировании, что значительно расширяет возможности социальной реабилитации. При этом обязанность стационарной организации социального обслуживания, предназначенной для лиц, страдающих психическими расстройствами, не реже одного раза в год проводить освидетельствование лиц, проживающих в ней, врачебной комиссией с участием врача-психиатра в целях решения вопроса о возможности пересмотра решений об их недееспособности, ограничении их дееспособности, предусмотрена ч. 3 ст. 43 Закона РФ от 02.07.1992 N 3185 I «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России подготовлено несколько методических рекомендаций, посвященных вопросам дееспособности^{20, 21, 22, 23}, разработана методология судебно-психиатрических экс-

²⁰ Харитонов Н.К., Русаковская О.А., Васянина В.И. Методика проведения судебно-психиатрической экспертизы при восстановлении дееспособности гражданина: Методические рекомендации. М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2021. 32 с.

²¹ Харитонов Н.К., Русаковская О.А., Васянина В.И. Применение стандартизированного протокола экспертного исследования в делах по заявлениям об изменении гражданско-правового статуса. Практическое пособие. М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2023.

²² Харитонов Н.К., Русаковская О.А., Васянина В.И. Процедура исследования способности к проведению операций с финансами у лиц с тяжелыми психическими расстройствами при решении вопросов дееспособности: Методическое пособие (с демонстрационным материалом).— М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2024.— 35 с.

²³ Харитонов Н.К. Подготовка материалов для обращения в суд с заявлением о повышении гражданско-правового статуса лиц, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания (психоневрологический интернат): методические рекомендации / Н.К. Харитонов, О.А. Русаковская, В.И. Васянина.— Москва: Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского, 2026.— 35 с.

пертиз при лишении, ограничении, восстановлении дееспособности²⁴, в связи с чем мы не будем подробно останавливаться на изложенных ранее вопросах.

Согласно ст. 2 Федерального закона от 02.05.2006 N 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», граждане имеют право обращаться лично, а также направлять индивидуальные и коллективные обращения, включая обращения объединений граждан, в том числе юридических лиц, в государственные органы, органы местного самоуправления и их должностным лицам, в государственные и муниципальные учреждения и иные организации, на которые возложено осуществление публично значимых функций, и их должностным лицам.

Все обращения, поступившие в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, подлежат обязательному рассмотрению. Ответы в рамках компетенции за подписью руководителя Центра или уполномоченного лица, направляются гражданам в установленном законом порядке. При подготовке ответов на обращения граждан специалисты стараются учитывать уровень образования человека, его интеллектуальные возможности. При подготовке ответов на обращения граждан с интеллектуальными нарушениями стараются, насколько это возможно, использовать «ясный язык».

Представляем два ответа на типичные вопросы, посвященные дееспособности.

Ответ на письмо недееспособного гражданина, который просит провести ему экспертизу и признать его дееспособным.

Уважаемый XXX, здравствуйте!

В ответ на Ваше обращение сообщаем, что признать гражданина, ранее признанного недееспособным, дееспособным или ограниченно дееспособным может только суд на основании заключения судебно-психиатрической экспертизы.

Для того чтобы суд рассмотрел вопрос о признании Вас дееспособным, в суд должно быть подано соответствующее заявление. Такое заявление Вы вправе подать самостоятельно. Также обратиться в суд с заявлением о признании Вас дееспособным или ограниченно дееспособным может администрация психоневрологического интерната.

²⁴ Русаковская О.А. Методология судебно-психиатрической экспертизы при лишении, ограничении и восстановлении дееспособности.

И в том, и в другом случае судом будет назначена амбулаторная или стационарная судебно-психиатрическая экспертиза. Такие экспертизы в государственных судебно-экспертных учреждениях проводятся за счет бюджетных средств. Вы вправе ходатайствовать о проведении экспертизы в том или ином судебно-экспертном учреждении.

В связи с этим, с целью восстановления дееспособности, рекомендуем Вам сделать следующее:

1. Обратиться к директору Вашего психоневрологического интерната с письменным заявлением об оказании помощи в восстановлении дееспособности и о проведении освидетельствования врачебной комиссией с участием врача-психиатра в целях решения вопроса о возможности пересмотра решения о недееспособности.
2. Пройти освидетельствование врачебной комиссией с участием врача-психиатра в интернате.
3. Если врачебная комиссия даст заключение, что Ваше психическое состояние улучшилось, и решение о Вашей недееспособности может быть пересмотрено, то администрация интерната сама обратится в суд с заявлением о признании Вас дееспособным или ограниченно дееспособным.
4. Если врачебная комиссия даст заключение, что оснований для пересмотра решения о недееспособности нет, то Вы по-прежнему сможете самостоятельно обратиться в суд с заявлением о признании Вас дееспособным. При этом, как получатель социальных услуг, Вы вправе получить от интерната помощь в получении юридических услуг, в том числе бесплатно (например, в составлении заявления в суд), а также в защите своих прав и интересов (например, в консультировании юристом по тому, как будет проходить судебное заседание, как Вам правильнее держаться, какие вопросы Вы можете задать и т.д.).

С уважением и пожеланием успеха...

Ответ на обращение женщины, проживавшей в детском доме-интернате для детей с умственной отсталостью и признанной в 16 лет недееспособной.

Уважаемая XXX, здравствуйте!

Вы написали в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России очень трогательное письмо с просьбой о помощи. Из Вашего письма следует, что Вам сейчас 31 год, Вы с рождения страдаете ДЦП, рано стали сиротой, воспитывались в интернатных учреждениях. В возрасте 16 лет Вы

были признаны недееспособной, проживали у родственников и в монастыре, сейчас живете у своего опекуна, подрабатываете, самостоятельно делаете покупки, читаете, рисуете, строите планы на будущее и хотите восстановить свою дееспособность. В ответ на Ваше письмо сообщаем следующее.

Согласно законодательству Российской Федерации, признание гражданина недееспособным не является необратимым. Согласно пункту 3 статьи 29 Гражданского кодекса Российской Федерации, при развитии способности гражданина, который был признан недееспособным, понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц суд признает такого гражданина ограниченно дееспособным. При восстановлении способности гражданина, который был признан недееспособным, понимать значение своих действий или руководить ими суд признает его дееспособным. На основании решения суда отменяется установленная над гражданином опека. В случае признания гражданина ограниченно дееспособным устанавливается попечительство. Таким образом, **признать Вас дееспособной или ограниченно дееспособной может только суд.**

Порядок рассмотрения заявлений о признании гражданина дееспособным определен главой 31 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации. Рассматривать вопрос о признании Вас дееспособной или ограниченно дееспособной суд может **только после того, как туда поступит заявление о признании Вас дееспособной или ограниченно дееспособной.** Согласно части 2 статьи 286, с заявлением о восстановлении дееспособности в суд могут обратиться: 1) гражданин, признанный недееспособным (Вы сами), 2) Ваш опекун, 3) Ваш законный представитель (например, адвокат), 4) член Вашей семьи, 5) администрация медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь, или стационарной организации социального обслуживания, предназначенной для лиц, страдающих психическими расстройствами (психоневрологический интернат), 6) представитель органа опеки и попечительства. Как мы полагаем, **в Вашем случае с таким заявлением в суд могут обратиться Вы, Ваш опекун, Ваш представитель или органы опеки и попечительства.**

В заявлении о повышении гражданско-правового статуса должны быть изложены обстоятельства, свидетельствующие об улучшении Вашего психического состояния, формировании умений и навыков, развитии или восстановлении способности понимать значение своих действий и руководить ими. Вы можете указать в заявлении, например, что Вы полностью самостоятельно себя обслуживаете, помогаете по хозяйству, подрабатываете клинингом и т.д. По возможности, рекомендуем предоставить в суд характеристику с места работы.

Если Вам или Вашему опекуну необходима помощь в составлении заявления, рекомендуем обратиться в **ведомство труда и социальной защиты населения Вашего региона** с письменным заявлением о предоставлении социальной услуги в виде помощи в бесплатном получении юридических услуг, помощи в защите Ваших прав и законных интересов. Такой вид социальных услуг предусмотрен пунктом 6 статьи 20 Федерального закона «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации». Заявление можно подать через интернет на сайте Ведомства труда и социальной защиты населения Вашего региона.

После подачи заявления в суд при подготовке дела к судебному разбирательству суд назначит в отношении Вас судебно-психиатрическую экспертизу и поручит ее проведение конкретному государственному судебно-экспертному учреждению (ст. 283, ст. 286 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации). Обычно проведение судебно-психиатрических экспертиз по делам о восстановлении дееспособности поручается судом региональному государственному судебно-экспертному учреждению.

Согласно абзацу 2 ч. 2 ст. 79 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации, стороны, другие лица, участвующие в деле, имеют право просить суд назначить проведение экспертизы в конкретном судебно-экспертном учреждении или поручить ее конкретному эксперту; заявлять отвод эксперту; формулировать вопросы для эксперта; знакомиться с определением суда о назначении экспертизы и со сформулированными в нем вопросами; знакомиться с заключением эксперта; ходатайствовать перед судом о назначении повторной, дополнительной, комплексной или комиссионной экспертизы.

Таким образом, **Вы или Ваш представитель вправе ходатайствовать о проведении экспертизы в конкретном государственном судебно-экспертном учреждении**, в том числе в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. Судебно-психиатрические экспертизы по данной категории гражданских дел в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» проводятся за счет средств федерального бюджета, т.е. без какой-либо оплаты Вами лично.

Вопросы, по которым требуется заключение эксперта, определяются судом. В подготовленных специалистами ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России методических рекомендациях предлагаются следующие формулировки вопросов:

1. Страдает ли гражданин каким-либо психическим расстройством?
2. Может ли он, в связи с имеющимся психическим расстройством, понимать значение своих действий и руководить ими?

3. Может ли он, в связи с имеющимся психическим расстройством, понимать значение своих действий и руководить ими лишь при помощи других лиц?
4. Может ли он, с учетом его опасности для жизни и здоровья самого гражданина или для жизни и здоровья окружающих, присутствовать в зале судебного заседания?

По данной категории дел суд может назначить амбулаторную или стационарную судебно-психиатрическую экспертизу. Амбулаторные экспертизы проводятся в течение одного рабочего дня и не требуют госпитализации. При стационарных экспертизах человек госпитализируется в стационар на срок до 30 дней. В ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России при проведении стационарной экспертизы срок пребывания в медицинской организации обычно составляет 28–30 дней. В то же время, по делам об отмене ограничения дееспособности амбулаторное судебно-психиатрическое исследование часто является недостаточным для решения экспертных вопросов, необходимым является проведение стационарной судебно-психиатрической экспертизы, которая позволяет более дифференцированно оценить психическое состояние и использовать дополнительные методы исследования. В связи с этим считаем возможным рекомендовать **ходатайствовать о проведении стационарной судебно-психиатрической экспертизы.**

С уважением...

Заключение

Работа врача-психиатра в стационарной организации социального обслуживания для лиц с психическими расстройствами играет важную роль в обеспечении качества жизни подопечных, поддержании их стабильного состояния и реализации реабилитационного потенциала. Профессиональная деятельность специалиста оказывает влияние на множество аспектов функционирования учреждения, включая:

- организацию лечебно-диагностического процесса;
- эффективность социальной реабилитации;
- обеспечение безопасной среды;
- соблюдение прав проживающих и сотрудников.

В компетенцию врача-психиатра стационарной организации социального обслуживания входит:

- динамическое наблюдение за состоянием проживающих;
- назначение и коррекция лекарственной терапии;
- оформление медицинской документации;
- инициирование врачебных комиссий и консультаций с внешними специалистами;
- участие в решении вопросов, связанных с изменением гражданско-правового статуса, выпиской, предоставлением отпуска, переводом в отделение сопровождаемого проживания.

Успешность выполнения этих задач определяется сочетанием профессиональной квалификации, практического опыта и личностных характеристик специалиста.

В рамках межрегионального методического семинара-совещания «ПНИ — Пространство Новых Идей» (Волгоградская область, 27–30 августа 2025 г.) участники дискуссионной площадки «Психиатрическая помощь в ПНИ: что надо изменить» (35 директоров и 4 врача-психиатра) сформулировали ряд ориентиров, позволяющих оценить эффективность работы врача-психиатра. Эффективный врач-психиатр СОСО:

- знает проживающих, чувствителен к признакам ухудшения психического состояния проживающих, своевременно принимает меры для улучшения;

- даже после общения с врачом-психиатром психическое состояние подопечных улучшается;
- готов поддерживать решения, касающиеся изменения условий проживания и статуса подопечных (обращение в суд с заявлением о повышении гражданско-правового статуса, свободный выход из отделения, выход за территорию, домашний отпуск и т.д.);
- знает и использует в соответствии с клиническими рекомендациями современные лекарственные препараты;
- пользуется симпатией и авторитетом со стороны проживающих и персонала;
- эффективно взаимодействует с сотрудниками;
- осознает комплексный характер психиатрической помощи (включая психотерапию, медико-социальную реабилитацию и психосоциальную поддержку);
- записи в медицинской документации делает неформально, не допуская расхождений с психическим состоянием подопечных.

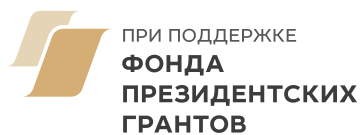
Использование этих ориентиров позволит повысить эффективность психиатрической помощи в целях повышения качества социального обслуживания лиц с психическими расстройствами.

Оказание психиатрической помощи в стационарных организациях социального обслуживания

Редактор Е.Ю. Попова
Макет и верстка Д.Р. Дименштейн
Корректор Г.П. Толмачёв

Подписано 28.10.2026.
Формат 165×235.
Гарнитуры PT Serif, PT Sans.

Издательство «Теревинф»
тел.: (495) 585 05 87
эл. почта: shop@terevinf.com
сайт: terevinf.ru
интернет-магазин: terevinf.com
соцсети: t.me/terevinf, vk.com/terevinf



Издание осуществлено в рамках проекта РБОО «Центр лечебной педагогики» с использованием гранта Президента Российской Федерации на развитие гражданского общества, предоставленного Фондом президентских грантов.