

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ НАСИЛИЕ
НАД ДЕТЬМИ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**
Независимая ассоциация детских психиатров и психологов. Москва.

Мой доклад посвящен нерешенным проблемам организации психиатрической помощи детям и подросткам в России и тем формам социальной заброшенности (child neglect) и социально-психологического насилия (child abuse), которое они испытывают в связи с несовершенством этой организации. В юридическом плане оказание психиатрической помощи детям регламентируется Законом РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, где дети приравнены к недееспособным лицам и где совершенно не учтена специфика детской психиатрии. Эта специфика заключается в нескольких моментах:

а) в детской психиатрии акцент должен делаться на профилактической работе, т. е. выделении рискованных групп детей, детей с нарушениями доблезненного и пограничного уровня;

б) психические расстройства в детстве в подавляющем большинстве обратимы, и, следовательно, второй акцент в детской психиатрии должен делаться на реабилитационной деятельности в отношении заболевших детей;

в) ребенок является неотъемлемой частью своей семьи, и, следовательно, детская психиатрия должна быть в принципе психиатрией и психотерапией семейной.

В то время как решение вопроса об оказании психиатрической помощи ребенку полностью отдано его семье, в Законе никак не учтены ситуации, когда семья (или лица ее заменяющие) по тем или иным мотивам лишают ребенка возможности получения необходимой психиатрической помощи; никак не определена ответственность детского психиатра первичного звена за состояние психического здоровья детского населения на обслуживаемом участке; никак не учтена необходимость тесного взаимодействия детского психиатра с другими службами и ведомствами (социальными, образовательными и т. д.).

Все эти и другие, более частные, особенности оказания помощи психически больным детям никак не регламентируются указанным Законом. Они не учтены и в существующей организации детской психиатрической помощи. В связи с чем основное нарушение прав психически больных детей заключается в том, что далеко не все они получают необходимую профессиональную помощь, а именно, только 10% нуждающихся в такой помощи детей могут получить ее в государственной психиатрической службе. Кто же входит в остальные 90%?

- это дети раннего возраста, поскольку у нас не оказывается психиатрическая помощь детям до 4-летнего возраста, в то время как уже 15% из них проявляют отчетливые психические нарушения;

- это дети с психическими нарушениями пограничного уровня, распространенность которых в подростковом возрасте достигает 76%;

- это дети с психосоматической патологией, каковых в населении до 40%;

- это дети с алкогольной, наркоманической и токсикоманической зависимостью, число которых в последние годы нарастает лавинообразно и, по экспертным оценкам, охватывает 20%-40% подросткового населения, в то время как в России практически отсутствует специальная детская наркологическая служба и в настоящее время нет ни одного специализированного стационара, куда можно положить ребенка-наркомана;

- это дети-сироты с нарушениями психического развития, находящиеся в интернатных психоневрологических учреждениях, где, по данным специальных исследований, 63% из них не осматриваются психиатром по году и более.

Детская психиатрическая служба в существующем на сегодняшний день виде не в состоянии оказать помощь всем этим детям по целому ряду причин. При существующем официальном нормативе обслуживания детским психиатром 15 тысяч детского населения реально 1 специалист приходится в среднем на 30 тысяч, а если учесть повышенную концентрацию специалистов в столице и Петербурге, то для остальной России это соотношение окажется еще более тяжким. Детские и подростковые психиатры лишились профессионального статуса, поскольку эти специальности были изъяты из официальной номенклатуры специальностей Минздравом РФ. Детские психиатры, работающие не в психиатрических учреждениях, лишены профессиональных прав и льгот и одновременно профессионального контроля и, следовательно, не могут полноценно выполнять свои функции.

Существующая система подготовки кадров для детской психиатрии не обеспечивает необходимого разнообразия и достаточного профессионального уровня специалистов. Можно приводить множество примеров из практики, демонстрирующих низкий уровень диагностической и лечебной квалификации детских и подростковых психиатров. Однако, приведу лишь один статистический пример: ежегодно в России впервые, подчеркиваю, впервые, устанавливается диагноз умственной отсталости нескольким тысячам подростков в возрасте 15-17 лет, что означает, что до этого возраста такие дети либо вообще не попадали в поле зрения психиатра, либо попадали к психиатрам, которые не увидели нарушений, определяемых еще в дошкольном возрасте, либо получили этот диагноз впервые в подростковом возрасте совершенно неправомерно, о чем еще будет сказано ниже.

Одним из главных препятствий в организации полноценной психиатрической помощи нуждающимся в ней детям является ведомственная разделенность детских служб, что особенно пагубно сказывается на судьбе самых незащищенных детей - лишенных родительского попечения, оказавшихся в особых социальных условиях (бомжей, бродяг, преступников, беженцев и т.п.). Если в учреждениях здравоохранения, при всех указанных выше недостатках, все же поддерживается определенный профессиональный уровень психиатрической помощи детям, то в учреждениях других ведомств не приходится говорить и об этом. А ситуация в детских психоневрологических инвалидных интернатах в отношении психиатрической и общемедицинской помощи настолько ужасна, что просто не поддается описанию.

Наконец, создаваемые альтернативные (негосударственные) учреждения для психокоррекционной помощи детям играют крайне незначительную роль, поскольку организации, высокопрофессиональные и действующие на благотворительной основе, лишены сколько-нибудь существенной государственной поддержки, а работающие для извлечения прибыли малодоступны для населения и порой низкопрофессиональны.

Теперь от общего описания положения детской психиатрии позвольте перейти к типичным ситуациям нарушения прав детей с психическими нарушениями. Здесь мы опираемся на личный опыт психиатров, поскольку ни специальных исследований, ни тем более статистических данных на этот счет, естественно, не существует. Проведенное несколько лет назад комиссией зарубежных специалистов по инициативе английской баронессы Кокс подобное исследование было затем отражено в книге "Пути отчаянья...", само название которой говорит о полученных результатах. И хотя работа данной комиссии получила в отечественной психиатрии ряд правомерных критических оценок,

но сама идея, осуществленная баронессой Кокс, к сожалению, не получила развития в нашей деятельности.

Наиболее болезненная проблема в данном аспекте - это неправомерная диагностика умственной отсталости и связанная с ней социальная дискриминация детей и подростков. Мы неоднократно сталкивались с случаями, когда сиротам, находящимся интернатах для умственно отсталых, по мере их взросления последовательно утяжелялась диагностика от наиболее легких степеней (задержки умственного развития) в младшем школьном возрасте до имбецильности в старшем школьном, после чего эти подростки автоматически получали 2 группу инвалидности и переводились во взрослые инвалидные психоневрологические интернаты, где должны были оставаться всю жизнь, практически лишенные без суда дееспособности, среди тяжелых психически больных, слабоумных стариков и старух. Попытки юношей и девушек вырваться из этих интернатов, как правило, наталкиваются на непреодолимое противодействие администрации. По свидетельству подростков, вышедших из детских психоневрологических интернатов, там повсеместно существует практика не санкционированного психиатром применения психотропных препаратов для "успокоения" детей (на местном детском сленге это называется "укол без нормы", т.е. без врачебного назначения). Наконец, приходится постоянно встречаться с неправомерно расширенной диагностикой умственной отсталости медико-педагогическими комиссиями, которые, с чем мы сталкивались лично, действительно могут впервые в жизни поставить диагноз дебильности 15-летнему подростку, до этого достаточно успешно учившемуся в общеобразовательной школе, и рекомендовать родителям поместить его в интернат для умственно отсталых.

Мы не беремся утверждать, что приведенные здесь факты являются системой, для этого необходимы специальные исследования и инспекции. Суть, однако, в том, что не существует никакого действующего механизма, никакой не зависимой от того или иного ведомства службы, которая взяла бы на себя защиту прав таких детей, которые годами находятся в учреждениях для умственно отсталых и отсталы уже в силу этого, если и не от природы, которые лишены минимальных социальных, профессиональных и бытовых навыков; не существует службы, которая взяла бы на себя защиту прав семьи, имеющей ребенка, ущемляемого неверной диагностикой, теми или иными социальными ограничениями в связи с его психическими отклонениями; не существует службы, которая защищала бы ребенка от семьи, препятствующей оказанию ему необходимой психиатрической помощи. Все благие пожелания обращаться во всех таких случаях за судебной защитой не более чем лукавая уловка при учете уровня правосознания нашего населения, отсутствия ювенальной судебной системы и практического отсутствия адвокатуры, достаточно профессионально ориентированной в специфических проблемах детства. В этих условиях практическая профессиональная бесконтрольность ведомственных структур, проводящих медико-педагогическую диагностику и содержащих детей с нарушениями психического развития, не оставляет многим из этих детей шанса на адекватное социальное бытие.

В июне 1997 г. на заседании Палаты по правам человека при Президенте России от имени Независимой ассоциации детских психиатров и психологов нами были внесены предложения по решению законодательных и организационных проблем детской психиатрической помощи:

I. Разработка и принятие специального дополнения в Закон Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" по вопросам детской психиатрической помощи.

Основные положения этих поправок должны быть следующими:

1. Реализация принципа максимальной доступности психиатрической помощи детям.
 2. Государственная поддержка семьи, имеющей ребенка с психическими нарушениями.
 3. Ответственность детского психиатра первичного звена за поддержание психического здоровья детского населения, с целью чего узаконенность профилактических психолого-психиатрических осмотров детского населения, обязанности детского психиатра активно предлагать психиатрическую помощь, развития детской психолого-психиатрической патронажной службы, активного взаимодействия детского психиатра с социальной службой.
 4. Отмена практики возрастных ограничений на оказание психиатрической помощи детям.
 5. Подтверждение незаконности любых внесудебных социальных ограничений для психически больных детей, в том числе перевода воспитанников “вспомогательных” интернатов в инвалидные психоневрологические интернаты.
 6. Подробная разработка в рамках действующего законодательства механизмов воздействия на семью, препятствующую оказанию квалифицированной психиатрической помощи ребенку с психическими нарушениями.
 7. Защита профессиональных прав и льгот и установление профессионального контроля за деятельностью детских психиатров, работающих в непсихиатрических учреждениях различных ведомств.
 8. Узаконенность открытости учреждений, содержащих детей с психическими нарушениями, для общественного и независимого профессионального контроля.
 9. Конституирование участия независимых сертифицированных экспертов в работе медико-педагогических комиссий (по аналогии с комиссиями по установлению инвалидности, где подобное участие закреплено в последнем правительственном Положении о работе таких комиссий).
- II. Передача всех учреждений, содержащих детей с выраженными психическими нарушениями (т.е. инвалидов в связи с психической патологией), в ведение здравоохранения.
- III. Введение поста Уполномоченного по правам ребенка при Президенте РФ и создание Комиссии по защите прав детей при Парламенте РФ.
- IV. Организация в соответствии с действующим Законом РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” системы социально-правовой защиты детей с психическими расстройствами и их семей, не зависимой от здравоохранения и других ведомств (возможно, как функции муниципальных и региональных комиссий по защите прав детей, если такие будут созданы).
- V. Создание рабочей группы при Администрации Президента РФ или Правительстве РФ для разработки плана реализации предложений Российской конференции “Сироты России: проблемы, надежды, будущее” (Москва, 1993) по реформированию системы призерения детей-сирот в РФ.
- VI. Стимулирование и государственная поддержка альтернативных (негосударственных) форм оказания психолого-психиатрической помощи детям и их семьям при условии доказанности профессионализма, эффективности и некоммерческого характера таких организаций.
- Мы получили уже официальную поддержку некоторых из этих предложений от Администрации Президента. К сожалению, осталась неясной позиция на этот счет Министерства здравоохранения, поскольку вслед за письмом, поддерживающим ряд предложений, пришло письмо, где все они

отвергаются, причем оба, как ни странно, подписаны Министром. Нам предстоит еще длительная и нелегкая борьба за права психически больных детей и их семей, но мы не теряем надежды на положительный итог наших усилий, потому что, как известно, “надежда умирает последней”.

Приложение

ПРОЕКТ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

I. Современная ситуация

Психиатрическая помощь детям, сформировавшаяся в Советском Союзе в тридцатые годы, основана на сети региональных диспансерных и стационарных учреждений. Эта служба имела определенные преимущества: бесплатность всех видов помощи; возможность активного наблюдения за больными детьми, получения статистики по детской психической патологии, планирования детской психиатрической помощи.

Вместе с тем данная система имеет и много недостатков:

а) она отделена от систем образования, социальной защиты и других государственных ведомственных институтов. В психиатрических учреждениях больные дети не могут получать мультидисциплинарную помощь или коррекцию, поскольку последние ограничены возможностями здравоохранения. И, наоборот, дети с психическими нарушениями в интернатных и коррекционных учреждениях других ведомств не получают полноценной психиатрической помощи;

б) она фактически отделена и от общей медицины (педиатрии), лишена такого важнейшего связующего с последней звена, как детская психосоматическая помощь;

в) отсутствуют профилактические и реабилитационные подходы. Участковый детский психиатр обслуживает 15 000 детского населения и не имеет возможности для профилактической и реабилитационной работы. Это приводит к неблагоприятным исходам многих психических нарушений в детстве. Вся система ориентирована на помощь уже тяжело психически заболевшим детям, глубоко дизадаптированным, и не имеет никаких организационных основ для их возвращения к нормальной жизни после лечения;

г) при том, что многие психические нарушения проявляются в первые годы жизни, отсутствует психиатрическая служба для детей раннего возраста. По сложившейся практике ребенок попадает к детскому психиатру лишь с 4-летнего возраста;

д) отсутствует такое актуальнейшее в современных условиях направление психиатрической помощи, охватывающее громадные контингенты детей, как детско-подростковая наркология;

е) система подготовки кадров для детской психиатрической службы не обеспечивает необходимого набора специалистов, их квалификации на современном уровне;

ж) отсутствуют социальные и юридические службы для детей с психическими расстройствами и их семей. Отсутствует законодательная защита прав детей с проблемами психического здоровья;

з) отсутствует взаимодействие между государственными и негосударственными организациями. Министерство здравоохранения официально сотрудничает лишь со структурами, которые находятся в его ведении. Экспертиза новых проектов проводится теми же институтами, которые заинтересованы в этих проектах, что приводит к соответствующим результатам;

и) отсутствует научно-методический центр федерального уровня по психосоциальным проблемам детства.

Одновременно социальные проблемы вызывают нарастающее ухудшение положения детей: около 7% (1,5 миллиона) детей школьного возраста не посещают школу; около 1 000 000 из них бродяжничают; число детей-сирот превысило 500 000; 40% детей подвергаются насилию в семьях; в школах 16% учащихся испытывают со стороны педагогов физическое насилие и 22% - психологическое; за последние 5 лет число самоубийств детей и подростков выросло на 60%; их противоправное поведение растет в 2 раза быстрее, чем среди взрослых, особенно по тяжким преступлениям против личности.

Указанные факторы тесно связаны с психическим здоровьем детско-подростковой популяции. Только 16% подростков школьного возраста могут быть признаны психически полностью здоровыми. Среди социально дизадаптированных подростков психическая патология достигает 95%. По экспертным оценкам, до 20% школьников имеют опыт употребления наркотических и токсикоманических средств. Число смертей в результате алкогольных отравлений в детско-подростковом возрасте за последние 5 лет увеличилось в 3 раза. По мнению работников системы образования, 80% подростков, попадающих в спецучреждения для девиантных детей, требуют срочной психокоррекционной помощи.

Но только 10% нуждающихся в психиатрической помощи детей могут сейчас ее получить в государственной психиатрической службе!

В последние годы отсутствуют официальные статистические данные о распространенности и структуре различных психических расстройств в детском населении. Более того, в ноябре 1995 г. Министерство здравоохранения ликвидировало специальности детского и подросткового психиатров в официальном списке медицинских специальностей.

II. Необходимые действия по улучшению охраны психического здоровья детей и подростков

1. Внедрение основных принципов развития службы охраны психического здоровья детей:

а) детская психиатрическая служба (ДПС), сохраняя профессиональную связь с общей психиатрией, должна получить организационную самостоятельность и должна быть поставлена в условия необходимости тесного взаимодействия со всеми ведомствами и учреждениями, основная деятельность которых связана с детским населением;

б) наряду с решением лечебно-диагностических задач профилактика социальной дизадаптации, связанной с психическими расстройствами, и реабилитация должны стать главными направлениями деятельности ДПС;

в) мультифакторная природа психических расстройств и связанной с ними дизадаптации в детстве требуют мультидисциплинарного подхода к организации системы помощи больным детям и их семьям со взаимодействием специалистов многих профессий: психиатров, психологов, педагогов, социальных работников и т.д.;

г) служба психического здоровья должна быть настолько приближена к населению, чтобы быть максимально доступной для детей, подростков, их родителей и всех специалистов, работающих с детьми.

2. Принятие специальных законов, регулирующих оказание психиатрической и психологической помощи детям. Эти законы должны дать детям и их родителям равные возможности для получения помощи и защитить их от какой-либо дискриминации по признаку наличия психического расстройства у ребенка.

3. Декретирование естественных (принятых во всем мире) границ подросткового возраста, требующего соответственно подготовленного специалиста (подросткового психиатра).

4. Введение открытого конкурса программ “Развития службы психического здоровья детей”.

5. Участие в организации и деятельности вневедомственных (межведомственных) мультидисциплинарных центров социально-психологической помощи детям и подросткам. Основная цель таких центров - профилактика и коррекция социальной дизадаптации, осуществление программ социально-психологической реабилитации для каждого обратившегося ребенка.

6. Создание Федерального межведомственного научного и организационно-методического центра по психосоциальным проблемам детства.

III. Структура детской психиатрической службы

1. Детская психиатрическая служба (ДПС) строится по региональному принципу как самостоятельная структура регионального здравоохранения и обслуживает всех детей в возрасте от 0 до 17 лет включительно. Региональная ДПС строится организационно как единое учреждение с различными подразделениями.

2. Центральное звено региональной ДПС - детская психиатрическая консультация (диспансер), обладающая штатом необходимых специалистов: психиатр раннего возраста, детский психиатр, подростковый психиатр, детско-подростковый нарколог, детский психотерапевт (игротерапевт), подростковый психотерапевт, семейный психотерапевт, медицинские психологи для разных возрастных периодов детства, методист-организатор и т.д. Диспансер, объединяющий специалистов с узкой квалификацией и обладающий необходимой диагностической базой, является главным консультативно-методическим центром региона.

3. Возглавляющий диспансер главный врач является главным детским психиатром региона, обладающим функциями административного и методического руководителя всей региональной ДПС.

4. Первичное звено ДПС - детский психотерапевтический кабинет на базе участковой педиатрической поликлиники. Кабинет включает как минимум трех специалистов - психиатра, психотерапевта и медицинского психолога, а также социального (патронажного) работника. Эти специальности могут объединяться в двух-трех лицах, но обладающих соответствующей квалификацией, подтвержденной профессиональными сертификатами.

В зависимости от условий и возможностей региона данные специальности могут дифференцироваться по обслуживаемым возрастам (микропсихиатр, подростковый психиатр), специализации (детско-подростковый нарколог, семейный психотерапевт) и т.п.

Психотерапевт, помимо коррекции пограничных психических нарушений, осуществляет связь с общей педиатрией, курируя функциональную (психосоматическую) патологию в поликлинике и педиатрическом стационаре (как штатный консультант). Совместно с медицинским психологом осуществляет детско-подростковую и семейную психотерапию. Медицинский психолог, помимо общеизвестных функций, является основным связующим звеном с немедицинскими учреждениями, взаимодействуя с педагогами, психологами, инспекторами органов ООП и др. специалистами.

5. Региональная ДПС, помимо

1) психотерапевтических кабинетов и

2) диспансера, включает:

3) детский психотерапевтический стационар в общей педиатрической клинике, выполняющий также функции психосоматического отделения;

4) детский психиатрический стационар (как отделение диспансера или самостоятельное учреждение, или изолированное отделение при общем педиатрическом стационаре, или отделение при региональной психиатрической больнице)

5) детско-подростковый наркологический диспансер (кабинет) со стационаром;

6) психоневрологический интернат для детей-инвалидов;

7) психотерапевтический санаторий;

8) санаторно-лесную школу, психокоррекционные ясли/сад для детей с негрубыми отклонениями в развитии и психическими расстройствами пограничного уровня (организуются как межведомственные учреждения совместно органами здравоохранения и образования).

6. Специалисты региональной ДПС участвуют в организации вневедомственных или межведомственных учреждений и органов, создаваемых на паритетных началах совместно с заинтересованными ведомствами, а также с негосударственными профессиональными и благотворительными организациями (медико-психолого-педагогическая комиссия, комиссия по делам несовершеннолетних, центр социально-психологической помощи, реабилитационный центр, кризисный центр, телефон доверия и др.).

7. Специалисты ДПС участвуют в органах по аккредитации учреждений, в деятельность которых включены психиатрические и психокоррекционные аспекты, независимо от ведомственной принадлежности и правового положения этих учреждений.

8. На федеральном уровне руководство ДПС осуществляется Отделом ДПС во главе с Главным специалистом по детской психиатрии МЗ РФ. В состав отдела ДПС включается также Главный специалист по подростковой психиатрии МЗ РФ.

Для координации деятельности федеральной ДПС и негосударственных организаций, работающих в области детской психиатрии и психокоррекции, при Отделе ДПС создается специальный информационный центр.

IV. Принципы взаимодействия ДПС с непсихиатрическими учреждениями (межведомственное и междисциплинарное взаимодействие)

1. Специалисты ДПС оказывают консультативную помощь как свою функциональную обязанность во всех государственных учреждениях региона, деятельность которых связана с детским населением.

2. Специалисты ДПС работают в немедицинских и мультидисциплинарных (вневедомственных, межведомственных) учреждениях как совместители лишь при наличии у этих учреждений права (лицензии) на медицинскую деятельность и при наличии в структуре этих учреждений “медико-психологической службы”, возглавляемой заместителем директора по медико-психологической службе. Специалисты ДПС ведут в данных учреждениях помимо установленной в них документации собственную конфиденциальную документацию в соответствии с нормативами психиатрических учреждений.

3. Специалисты ДПС работают в непсихиатрическом учреждении лишь при условии сохранения за ними всех профессиональных прав и льгот, установленных законодательством и нормативными документами МЗ РФ.

4. Специалисты ДПС работают в негосударственных организациях на контрактной основе при наличии у этих организаций права (лицензии) на медицинскую деятельность и ведут в данных организациях помимо установленной в них документации собственную конфиденциальную документацию в соответствии с нормативами психиатрических учреждений.

V. Подготовка кадров для ДПС

1. Основные задачи системы подготовки специалистов ДПС заключаются в

а) получении ими фундаментального образования и достаточной практики в общей психиатрии/психологии до начала специализации в детской психиатрии/психологии;

б) получении ими фундаментального образования и достаточной практики в общих вопросах детской психиатрии/психологии до специализации в более узких профессиональных областях;

в) предоставлении специалистам ДПС возможности узкой специализации и повышения квалификации по всем современным аспектам детско-подростковой психиатрии/психологии, а также по методическим и практическим аспектам межпрофессионального взаимодействия со всеми специалистами, деятельность которых связана с детьми.

г) регулярном подтверждении ими своего профессионального уровня, а также обладания современными знаниями в смежных с узкой специальностью областях.

2. Для повышения профилактической направленности работы здравоохранения и лучшей ориентации врачей в целостном (холистическом) подходе к пациенту необходимо введение в планы подготовки студентов педиатрических и лечебных факультетов межкафедральных программ по вопросам охраны психического здоровья, в т.ч. детей и подростков, повышения его уровня и качества.

3. Первичная специализация по детско-подростковой психиатрии осуществляется в 2-годичной клинической ординатуре, куда направляются врачи, прошедшие интернатуру по общей психиатрии с последующей работой в психиатрическом учреждении не менее 2-х лет, либо имеющие не менее 3-летнего стажа работы в области общей психиатрии.

Для выпускников педиатрических факультетов медицинских ВУЗов, в т.ч. направляемых на специализацию непосредственно по окончании учебы в них, срок клинической ординатуры устанавливается продолжительностью от 3-х до 5-и лет в зависимости от ее задач (первичная специализация по детско-подростковой психиатрии, приобретение более узкой или дополнительной специальности - микропсихиатр, детско-подростковый нарколог, детско-подростковый психотерапевт, психиатр в детско-подростковом психосоматическом отделении, специалист по детско-подростковой судебно-психиатрической экспертизе и др.).

Дальнейшее усовершенствование детско-подростковых психиатров (при наличии не менее 2-х лет стажа работы в детско-подростковой психиатрии) по общим и узко-тематическим вопросам строится по дифференцированному принципу на соответствующих циклах кафедр последипломного образования сроком от 2-х недель до 6-и месяцев с регулярным обучением на них специалистов не реже 1 раза в 5 лет.

В аспирантуру по детско-подростковой психиатрии принимаются врачи, имеющие не менее 3-х лет стажа работы (включая ординатуру) в детско-подростковом психиатрическом учреждении.

Сертификация, аттестация и подтверждение профессиональной категории детско-подростковых психиатров должна осуществляться комиссиями, административно не зависимыми от учебного заведения, в котором специалист проходил обучение и усовершенствование, а также от учреждения, где он работает.

4. К работе в качестве медицинского психолога детско-подросткового психиатрического учреждения (а также психосоматических отделений и других учреждений, оказывающих психокоррекционную помощь детям и подросткам) допускаются специалисты с фундаментальным высшим психологическим образованием, имеющие диплом медицинского психолога и прошедшие

усовершенствование по психопатологии и клинике психических расстройств, пато- и нейропсихологии, а также психотерапии детского и подросткового возраста.

Первичная подготовка детско-подростковых медицинских психологов может производиться в качестве дополнительного образования для общих и школьных психологов или педагогов-дефектологов, либо педиатров (на факультетах медицинской психологии медицинских ВУЗов) по дифференцированным программам в течение 2-х лет.

Сертификация и аттестация детско-подростковых медицинских психологов должна осуществляться по изложенному выше принципу независимости соответствующими профессиональными комиссиями с участием специалистов по детско-подростковой психиатрии.

5. В учебные планы и программы кафедр усовершенствования по детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии следует ввести циклы повышения квалификации для специалистов смежных профессий - общих психиатров и наркологов, педиатров, детских невропатологов, общих и школьных психологов, дефектологов, логопедов, педагогов, работников подростковых пенитенциарных учреждений, социальных работников и др.

6. Минимально необходимая номенклатура специальностей, подготовка которых обеспечивает потребности ДПС:

а) детско-подростковый психиатр, психиатр раннего возраста, детско-подростковый нарколог, детский психотерапевт, подростковый психотерапевт, семейный психотерапевт;

б) психолог раннего возраста, детский психолог, подростковый психолог, игротерапевт, детско-подростковый патопсихолог, нейропсихолог;

в) специалист по функциональной диагностике ЦНС в детском возрасте;

г) методист-организатор ДПС, специалист по социально-психиатрическим и социально-психологическим проблемам детства и семьи (социальный, патронажный работник).

VI. Реализация проекта развития ДПС

1. Развитие ДПС должно осуществляться поэтапно опираясь на существующую систему ДПС с сохранением всех ее позитивных качеств.

2. Первоочередным этапом развития ДПС должна стать реорганизация подготовки кадров.

3. Конкретный план реализации проекта будет разработан в случае принципиального одобрения его соответствующими государственными структурами.

(Проект разработан членами Правления и Ученого совета Независимой ассоциации детских психиатров и психологов, обсуждался с участием организаторов детской психиатрической службы Москвы и Министерства здравоохранения РФ.)