**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

**ПРОВЕДЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ У ВРАЧА-ПСИХИАТРА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ПНЛАУ).**

**Тамбов -2014**

ОГБУЗ «ТПКБ» А.К. Гажа, О.В. Тулупова, Г.М. Рыбинский

Принудительное наблюдение и лечение у врача психиатра в амбулаторных условиях было введено в 1997 году (УК РФ ст.99,100).

**1. Нормы законодательного права применения принудительных мер медицинского характера.**

1.1.Принудительные меры медицинского характера, как меры государственного принуждения. Являются одновременно мерами медицинскими и юридическими.

Указанные меры являются **юридическими**, потому что:

-их основания, виды, порядок применения и прекращения определяются законодательством РФ ( ст., ст. 97, 98, 99, 100, 101, 102, 104 в редакции Федерального закона от 25.11. 2013 № 317-ФЗ);

-процедура назначения и отмены этих мер регламентирована Уголовно- процессуальным кодексом РФ;

-порядок исполнения принудительных мер медицинского характера предусмотрен уголовно-исполнительным законодательством;

-правовой статус лиц, которым определены принудительные меры медицинского характера, определяется Уголовным, Уголовно- процессуальным кодексами РФ и Законом РФ « об охране здоровья граждан» ( 1993), Законом РФ « О психиатрической помощи и гарантиях прав при ее оказании» .( 1992)

1.2. **Медицинскими** принудительные меры являются потому, что все решения

- о необходимости, содержании, прекращении, продолжения или изменении характера применения принудительных мер, определяются состоянием психического расстройства лица, подверженного принудительному лечению, и необходимостью коррекции этого состояния;

-принимаются исключительно на основании заключения медицинской комиссии врачей-психиатров.

**2. Цели и показания применения, принудительных мер медицинского характера.**

2.1. Целями применения принудительных мер медицинского характера являются лечение и проведение реабилитационных мероприятий с целью излечения или улучшения **психического состояния, а также предупреждения совершения новых деяний, предусмотренных статьями Особенной части Уголовного Кодекса следующих лиц:**

**а) совершивших деяния в состоянии невменяемости;**

б) у которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания;

в) совершивших преступление и страдающих психическими расстройствами, не исключающими вменяемости (УК РФ ст. ст.97,98).

2.2. Вышеуказанным лицам, принудительные меры медицинского характера назначаются только в случаях, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда, либо с опасностью для себя или других лиц.

2.3. Принудительное наблюдение и лечение у врача психиатра в амбулаторных условиях может быть назначено, если лицо по своему психическому состоянию не нуждается в помещении в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях (УК РФ ст.100). Данная принудительная мера медицинского характера не связана с изоляцией и применяется для сохранения пациентами привычной социальной среды, привычного образа жизни, работоспособности, контактов с близкими и обеспечение возможности изменения этой меры на более строгую.

2.4. С учетом этого требования применение данной принудительной меры медицинского характера рекомендуется преимущественно лицам:

а) совершившим общественно опасное деяние в состоянии временного психического расстройства или психотического обострения (приступа, пароксизма) хронического психического расстройства, разрешившихся ко времеи проведения экспертизы, в случаемалой вероятности повторения психоза, а также при сохранности социальной адаптации больного и способности к соблюдению предписанного режима;

б) с хроническими психическими расстройствами или слабоумием после проведения принудительного лечения в психиатрическом стационаре при неустойчивой социальной адаптации и выявлявшейся в прошлом склонности к повторным общественно опасным действиям – в качестве этапа перед полным прекращением принудительного лечения (в порядке изменения принудительной меры медицинского характера).

2.5. Показания для ПНЛАУ после ПЛ в стационаре.

- Преобладание в клинической картине хронического психического расстройства, бредовых и (или) психопатоподобных проявлений с тенденцией к безремиссионному течению или формированию нестойких ремиссий с частыми рецидивами.

- Недостаточная (формальная) критика к заболеванию и(или) совершенному общественно опасному деянию (ООД), не смотря на адекватную длительно проводимую терапию.

- Необходимость продолжения психофаркотерапии и оказания помощи для достижения адекватного (оптимального для данного состояния) уровня социальной адаптации.

- Данные анамнеза о нарушениях социальной адаптации (как в преморбидном периоде, так и за время болезни).

- Отмечавшаяся в прошлом склонность к злоупотреблению алкоголем, наркотиками, иными психоактивными веществами (ПАВ).

-Наличие криминального опыта, повторность привлечения к уголовной ответственности (как в преморбидном периоде, так и за время болезни).

­- Индекс потенциальной общественной опасности ниже 1,5 балла (в отдельных случаях, после особо тяжких ООД - ниже 2,0 баллов).

**3.** **Организация и проведение принудительного наблюдения и лечения у врача психиатра в амбулаторных условиях.**

3.1. Принудительное наблюдение и лечение у врача психиатра в амбулаторных условиях осуществляется врачом-психиатром психоневрологического диспансера (диспансерного психоневрологического отделения, кабинета) по месту жительства пациента. При необходимости по решению суда или главного психиатра соответствующего органа управления здравоохранением данная мера медицинского характера может осуществляться по месту жительства опекуна или членов семьи больного, у которых он временно проживает.

3.2. Психоневрологический диспансер (ДПНО, кабинет) направляет в орган внутренних дел по месту жительства лица письменную информацию о его принятии на принудительное наблюдение и лечение у врача психиатра в амбулаторных условиях. В дальнейшем аналогичная информация отправляется в орган внутренних дел немедленно по получении определения суда о продлении, изменении или отмене принудительной меры медицинского характера.

3.3. Контрольные карты диспансерного наблюдения (форма № 030-1/У) за лицами, находящимися на принудительном наблюдении и лечении у врача психиатра в амбулаторных условиях, располагаются в общих картотеках психоневрологических диспансеров с пометкой в верхнем правом углу лицевой стороны карты «ПЛ» (принудительное лечение) и цветной маркировкой, либо формируются отдельным массивом с той же пометкой.

3.4. При принятии на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение с больного берется информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и лечение у врача психиатра в амбулаторных условиях. Пациенту разъясняются порядок его проведения, обязательность выполнения врачебных рекомендаций, а также назначаются соответствующий его состоянию режим, необходимые диагностические, лечебные и реабилитационные (восстановительные) мероприятия. Пациент должен осматриваться врачом-психиатром в диспансерном психоневрологическом отделении (кабинете), а при наличии показаний на дому, с частотой, обеспечивающей возможность проведения ему по психическому состоянию лечебно-реабилитационных и диагностических мероприятий, но не реже одного раза в месяц. Работа строится по бригадному методу с привлечением психологов, соцспециалистов и соцработников, а при необходимости – членов семьи, опекуна, иных лиц ближайшего окружения пациента, в случаях поведения, носящего антиобщественный характер, а также уклонения от прохождения назначенного ПНЛАУ и с помощью сотрудников полиции.

3.5. В случае, если состояние и поведение больного затрудняют его обследование (длительное отсутствие по месту жительства, оказание сопротивления и совершение других действий, угрожающих жизни и здоровью медицинских работников и иных лиц, попытки скрыться от них), а также создании препятствий по обследованию и лечению со стороны членов семьи опекуна или других лиц, медицинский персонал прибегает к помощи сотрудников полиции. Последние действуют в соответствии с Законом Российской Федерации «О полиции» и Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях граждан при её оказании», оказывают необходимое содействие в розыске, задержании лица и обеспечивают безопасные условия для его осмотра.

3.6. В отношении лица, находящегося на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении, могут быть применены любые медицинские средства и методы, разрешенные в установленном порядке, а также различные виды лечебно-реабилитационной и социально-психиатрической помощи, предусмотренные Законом Российской Федерации « О психиатрической помощи и гарантиях прав при ее оказании. С этой целью оно может быть направлено в любое лечебно-реабилитационное подразделение диспансера (специализированные кабинеты, лечебно-производственные (трудовые) мастерские, дневной стационар и т.п.), а также помещено в психиатрический стационар без изменения формы принудительного лечения, если госпитализация не вызвана возрастанием опасности, носящим стойкий характер. Это лицо пользуется правом на бесплатное медицинское лечение и иными правами и льготами, предусмотренными законодательством Российской Федерации, субъектов Российской Федерации и другими нормативными актами в отношении соответствующей категории лиц, страдающих психическими расстройствами.

3.7. При наличии показаний лицо, находящееся на ПНЛАУ, может быть направлено в психиатрический стационар как добровольно, так и в порядке недобровольной госпитализации. В последнем случае госпитализация обычно осуществляется при содействии полиции. Психиатрический стационар (больница, отделение), в который помещается пациент, письменно извещается врачом, выдавшим направление на госпитализацию, что данное лицо находится на ПНЛАУ.

3.8. Трудоспособные пациенты во время амбулаторного лечения могут с учетом состояния их здоровья трудиться как в обычных условиях, так и в условиях лечебно-производственных специализированных предприятий и цехов, использующих труд лиц, страдающих психическими расстройствами. Выезды по служебной необходимости в таких случаях они согласовывают с лечащим врачом психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета). При изменении состояния, делающими их временно нетрудоспособными, они получают больничный листок, при стойкой утрате или снижении трудоспособности – направляются на МСЭК и в случае признания инвалидами имеют право на пенсионное обеспечение.

3.9. При появлении оснований для изменения меры медицинского характера на стационарное принудительное лечение психоневрологический диспансер (диспансерное отделение, кабинет) также может прибегнуть к недобровольной госпитализации. В таком случае одновременно с госпитализацией по решению комиссии врачей-психиатров возбуждается ходатайство перед судом об изменении принудительной меры, о чем письменно извещается администрация стационара. Вопрос о выписке такого больного может быть решен только в случае получения определения суда об отказе в изменении меры медицинского характера.

3.10. При наличии показаний лицо, находящееся принудительном лечении в амбулаторных условиях, может быть направлено в психиатрический стационар (больницу, отделение) как добровольно (**при добровольной госпитализации вид принудительного лечения не изменяется**), так и в порядке недобровольной госпитализации. В последнем случае госпитализация обычно осуществляется при содействии полиции. Психиатрический стационар (больница, отделение), в который помещается больной, письменно извещается врачом, выдавшим направление на госпитализацию, что данное лицо находится на амбулаторном принудительном лечении.

3.11. При появлении оснований для изменения меры медицинского характера на стационарное принудительное лечение психоневрологический диспансер (диспансерное отделение, кабинет) так же может прибегнуть к недобровольной госпитализации. В таком случае одновременно с госпитализацией **по решению комиссии врачей-психиатров** (**ЦРБ или ОГБУЗ «ТПКБ») возбуждается ходатайство перед судом** об изменении принудительной меры, о чем письменно извещается администрация стационара. Вопрос о выписке такого больного может быть решен только в случае получения определения суда об отказе в изменении принудительной меры медицинского характера.

**5. Составление заключения о психиатрическом освидетельствовании (форма 104/У).**

5.1. Продление, изменение, прекращение применения принудительных мер медицинского характера осуществляется судом по представлению администрации учреждения, осуществляющего принудительное лечение, или уголовно-исполнительной инспекции, контролирующей применение мер медицинского характера, на основании заключения комиссии врачей-психиатров (не менее двух психиатров + председатель ВК), мотивированное решение которой заносится в медицинскую карту пациента и скрепляется подписями всех членов комиссии, что предусмотрено Уголовным (ст. 102) и Уголовно-процессуальным (ст.445) кодексами РФ, и оформляется с соблюдением определенных требований.

5.2. Заключение комиссии основывается на общем принципе необходимости и достаточности рекомендуемой меры для предотвращения новых опасных действий со стороны больного, а также проведения показанных ему лечебно-реабилитационных мероприятий. Рекомендации, содержащиеся в заключении комиссии врачей-психиатров, не имеют заранее установленной силы.

5.3. Регулярность освидетельствования комиссией врачей–психиатров строго регламентирована: первое продление принудительного лечения может быть произведено по истечении шести месяцев с момента начала лечения, в последующем продление принудительного лечения производится ежегодно. Освидетельствование проводится по инициативе лечащего врача, если в процессе лечения он пришел к выводу о необходимости изменения принудительной меры медицинского характера, либо прекращения ее применения, а также по ходатайству самого лица, его законного представителя и (или) близкого родственника. Ходатайство подается через администрацию медицинской организации, осуществляющей принудительное лечение, или уголовно-исполнительную инспекцию, осуществляющую контроль применения принудительных мер медицинского характера, вне зависимости от времени последнего освидетельствования.

5.4. Возможны различные результаты принудительного наблюдения и лечения у врача - психиатра в амбулаторных условиях по месту жительства:

- прекращение, если произошло выздоровление либо такое стойкое изменение психического состояния, при котором исключается опасность с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц.

- изменение на ПЛ в стационаре общего, специализированного, или специализированного типа с интенсивным наблюдением, что обычно обусловлено возрастанием опасности пациента, связанным с изменением его состояния , или обнаружением ранее не выявленных особенностей клинической картины и поведения в том числе, невозможности исполнения решения суда в связи с непосещением лицом участкового врача-психиатра.

- продление проводится при отсутствии оснований для прекращения применения или изменения принудительной меры медицинского характера.

5.5. Заключение о психиатрическом освидетельствовании должно быть написано языком, понятным для лиц, не имеющих специальных знаний, по возможности не содержать специальных психиатрических терминов и аббревиатур. Оно должно подробно и исчерпывающе отражать психическое состояние пациента (за период между освидетельствованиями , детально описываются выявленные в этот период новые случаи заболеваний, приведших к стойким нарушениям функций организма) и на момент освидетельствования, характер течения заболевания, особенности социального статуса (трудовая занятость, самообслуживание , прием лечения, трезвость , наличие семьи, опекуна, жилья, источник средств к существованию и т.д.), содержать рекомендации по его дальнейшей курации.

5.6. Заключение имеет следующую структуру:

1. **Вводная часть**

В этой части указываются:

-наименование учреждения, в котором проводилось освидетельствование;

-дата проведения освидетельствования;

-фамилия, имя, отчество больного;

-год его рождения;

-дата поступления в данное учреждение;

-каким судом и от какого числа вынесено первичное решение о проведении принудительного лечения по данному уголовному делу;

-статьи Уголовного кодекса, по которым было возбуждено данное уголовное дело, приведшее к назначению ПЛ, с кратким содержанием характера общественно опасного деяния (ООД);

-когда и в каком учреждении больной проходил судебно - психиатрическую экспертизу и какое заключение было вынесено экспертной комиссией;

-состав комиссии врачей – психиатров с указанием фамилии, имени, отчества каждого из членов комиссии, его должности, стажа работы по специальности, квалификационной категории, а также ученой степени ученого звания, если они имеются (лечащий врач участвует в комиссии в качестве ее полноправного члена).

1. **Анамнестические сведения**

В данной части заключения приводятся краткие сведения, характеризующие наследственность больного, особенности его раннего развития, учебы. В хронологической последовательности излагаются семейный, трудовой анамнезы с указанием источников, из которых почерпнуты сведения (из медицинской документации, со слов больного, его родственников и т. д.). Отмечаются перенесенные соматические заболевания и другие экзогенные вредности (черепно-мозговые травмы, употребление психоактивных веществ и др.).

Специальное внимание уделяется криминальному анамнезу, характеру совершенных в прошлом правонарушений и обстоятельствам, сопутствующим противоправным действиям больного (состояние алкогольного опьянения, влияние микросреды, нарушение режима лечения и т. д.).

Особенно четко и последовательно следует изложить данные, касающиеся возникновения и течения настоящего заболевания, показать особенности динамики имеющихся психических нарушений (избегая оценочных определений), привести даты прошлых стационирований в психиатрические больницы (с названием больниц), описать наблюдавшиеся особенности поведения при прежних госпитализациях (нарушения режима, алкоголизация, употребление наркотиков, конфликты с окружающими, побеги из больницы и т. д.), указать установленные диагнозы, характер проводившегося лечения, его результаты. Описываются обстоятельства совершения данного ООД (преступления), его связь с проявлениями болезни (психопатологический механизм), а также особенности психического состояния в период прохождения судебно – психиатрической экспертизы.

Далее следует описать психическое состояние больного после назначеня данного принудительного лечения. Приводятся формальные данные о том, когда и какими судами принимались решения о продлении и изменении меры медицинского характера (если это имело место). Указывается характер применявшихся в других психиатрических учреждениях лечебно – реабилитационных мер и отображается динамика психического состояния. В случае рекомендаций о прекращении или изменении вида принудительного лечения отмечается, под влиянием каких терапевтических воздействий ранее наступали те или иные изменения в состоянии больного. Описываются перемены в отношении больного к трудотерапии, участию в жизни отделения, соблюдению режима.

*Социальный статус.* Здесь приводятся данные о социальном положении больного, наиболее значимые в плане возможности его социальной адаптации. Особое значение эти данные имеют при решении вопроса о возможности (невозможности) прекращения применения принудительной меры медицинского характера. Указывается, не признавался ли больной недееспособным, и если да, то имеется ли у него опекун, как он исполняет опекунские обязанности, способен ли контролировать поведение больного и его лечение. Отмечается наличие у больного группы инвалидности и степень утраты профессиональной трудоспособности, получении пенсии и ее размер, наличие других источников средств к существованию, возможность трудоустройства , в том числе в лечебно- трудовые мастерские. Имеет ли больной семью и каковы внутрисемейные отношения. Указывается наличие у больного регистрации (прописки), где и с кем он будет проживать, имеет ли жилую площадь или право на проживание. При наличии соответствующих показаний указывается на необходимость помещения больного в интернат социальной защиты.

**3.Результаты настоящего освидетельствования.**

*Физическое состояние.*

В этом разделе отражаются наличие физических дефектов и телесных повреждений, состояние кожных покровов. Со стороны внутренних органов и систем описываются лишь патологические изменения, если они есть.Здесь же отмечаются отклонения в данных лабораторных и специальных исследований, касающихся физического состояния (анализы крови, мочи, результаты рентгенологического обследования и др.). Если подэкспертный был проконсультирован терапевтом, хирургом, окулистом или врачом другой специальности, то указываются установленные ими диагнозы.

*Неврологическое состояние.*

Описываются симптомы, свидетельствующие о наличии (или отсутствии) признаков функционального или органического поражения центральной и периферической нервной системы. Проводятся данные специальных исследований и проб (ренгенограмма черепа, ЭЭГ- исследование, исследование глазного дна и др.). При этом не только излагаются полученные данные, но и дается соответствующая оценка, раскрывающая клиническое значение выявленных изменений. Указывается диагноз, установленный консультантом –неврологом (если такая консультация проводилась).

*Психическое состояние.*

Данный раздел имеет особое значение. Здесь в динамике описываются проявление психического расстройства с момента поступления больного в данное учреждение (или под его наблюдение) до настоящего освидетельствования. Приводятся исчерпывающие данные о психическом состоянии пациента с отражением не только имеющейся психопатологической симптоматики, но и социально- трудовых установок, отношения к своему психическому заболеванию и содеянному. При этом следует учитывать , что анализ настоящего психического состояния в сопоставлении с динамикой заболевания является основанием для вывода об исчезновении (уменьшении, усилении) общественной опасности больного и о необходимости продления, изменения, прекращения принудительного лечения.

Описывая тот или иной симптом (синдром) , следует избегать оценочных формулировок. Необходимо изложить в сжатой и понятной форме , в чем эти симптомы конкретно выражаются и как больной оценивает свои болезненные переживания, отмечавшиеся в прошлом и (или) имеющиеся в настоящее время. Необходимо не только изложить жалобы и высказывания, но и показать отношения к ним больного, возможность их коррекции, а также наличие диссимулятивных тенденций.

Следует описывать поведение больного в дома, участие в трудовых процессах, выполнение медицинских процедур, отношение к родственникам. Отразить такие особенности как общительность, отгороженность, активность или пассивность, наличие лидерских тенденций, или, напротив , подчиняемость, негативизм, склонность к конфликтам, агрессивность. Описание всех этих проявлений должно быть дано в динамике с указанием на обстоятельства и условия, облегчающие или затрудняющие их выявления.

Завершается психический статус обычно изложением обобщенных данных о состоянии психологических функций, как мышление, интеллект, способность к критической оценке имевших место ранее и сохраняющихся психических нарушений. Рассматриваются отношения больного к совершенному ООД в прошлом и настоящее время, оценка им ситуации в целом, а также характер планов на будущее, подходы к решению семейных проблем, отношение к труду и другие актуальные социальные установки.

Описание психического состояния при необходимости дополняется данными психологического исследования с акцентом на степень сохранности важнейших психологических функций, наличие реабилитационного потенциала, скрытых тенденций к диссимуляции, агрессии, нарушению влечений.

**4. Заключительная часть.**

Заключительная часть является наиболее ответственной , поскольку от ее содержания зависит решение суда о продлении, прекращении ПЛ или изменении его вида, а также последующие лечебно- профилактические мероприятия. В этом разделе указывается диагноз психического заболевания в соответствии с общепризнанными международными стандартами (МКБ-10), дается анализ динамики психопатологической сиптоматики и обосновываются даваемые суду рекомендации.

В случае выздоровления лица или такого изменения психического состояния (в том числе и ухудшения), которое обусловливает исчезновение опасности для себя и других лиц, особое внимание уделяется стойкости наступившего изменения (если оно действительно имеет место) и сглаживанию или исчезновению психопатологической сиптоматики (психопатологического механизма ООД), которая привела к совершению ООД. При этом важно показать, что в настоящее время у больного не отмечается психических расстройств, обусловливающих асоциальные тенденции, появилось осознание болезни, наблюдается повышение адаптационных возможностей.

При необходимости изменения назначенной судом меры медицинского характера на более строгую (в том числе с амбулаторной на стационарную необходимо указать, что состояние больного изменилось, появились грубые расстройства поведения, повторные нарушения, уклонение от амбулаторного лечения, агрессия в отношении персонала и т п). Следует показать, что эти нарушения не являются эпизодом, а совершаются вследствие стойких изменений состояния. На этом основании делается вывод о невозможности проведения показанных лечебно-реабилитационных мероприятий в условиях ранее назначенной принудительной меры и необходимости применить иной вид (какой именно) ПЛ.

При отсутствии оснований для прекращения применения или изменения принудительной меры медицинского характера заключение может быть наиболее кратким, в нем обосновывается вывод о необходимости продления назначенной меры в том же виде. В таких случаях без излишних подробностей следует показать, что в состоянии больного существенных изменений не произошло, указать на наиболее значимые проявления болезни, в силу которых он продолжает представлять общественную опасность. При этом можно также отметить отсутствие достаточно критичного отношения к своему болезненному состоянию, что исключает добровольное проведение показанных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Главный врач лечебного учреждения, осуществляющего принудительное лечение, или его заместитель обязаны обратиться в суд с представлением о продлении, изменении или прекращении принудительной меры медицинского характера не позднее, чем в 10-дневный срок со дня вынесения комиссией врачей-психиатров соответствующего заключения.

Приложение № 1

**Индивидуальный план лечебно-реабилитационных мероприятий**

Учитывая заключение о психиатрическом освидетельствовании лица, находящегося на принудительном лечении (акт СПЭ, выписной эпикриз), лечащим психиатром составляется индивидуальный план лечебно-реабилитационных мероприятий на основании формулы общественной опасности (ФОО), с учетом приемственности со стационаром, этапности и с привлечением соц. службы , психолога, и семьи.

**Медико-реабилитационные мероприятия при проведении ПНЛАУ**

**Актуальность:** психосоциально-реабилитационное направление в последние годы стало приоритетным в практике принудительного лечения. Это объясняется: патоморфозом клинической картины психического заболевания и преобладанием пациентов, совершивших ООД по негативно- личностному механизму.

**В ОСНОВЕ данной программы лежит**  формула общественной опасности (**ФОО**);

**ЦЕЛЬ -** достижение стойкой ремиссии (более года) и снижение социальной опасности для себя и окружающих;

**ЗАДАЧИ -** формирование установок на социально-приемлемый стереотип поведения, и, их стабилизация; осознание своего состояния и ситуации в целом; достижение достаточного прогноза и контроля поведения в рамках социально-приемлемого стереотипа.

**ОСОБЕННОСТИ**  программы:

- **индивидуальность** программы реабилитации (**ИПР**) для каждого пациента, проводится по ФОО (по программе В.П.Котова); с учетом реабилитационного потенциала (**РП**)

**- бригадный подход:** пациент – психиатр – психолог - соц.работник – родственники -пациенты

**- этапность:**

**1** этап - адаптационный;

**2** этап - интенсивных лечебно-реабилитационных мероприятий;

**3** этап - стабилизации;

**4** этап - заключительный ( подготовка к отмене АПНЛ);

**- преемственность:** стационар - диспансер - семья - социум - семья - диспансер - стационар

***Функции врача – психиатра:***

***1****. Организация работы полипрофессиональной бригады и руководство бригадой.*

***2****. При поступлении пациента на АПНЛ определяет психопатологический механизм ООД, составляет функциональный диагноз, на основе которых с другими специалистами разрабатывает индивидуальный план лечебно – реабилитационных мероприятий.*

***3****.Проводит рациональную и эффективную фармакотерапию.*

***4****.Организовывает и непосредственно принимает участие в психообразовательной работе с пациентом и его родственниками.*

***5****.Следит за соблюдением этапности лечебно – реабилитационных мероприятий.*

***6****.Осуществляет контроль эффективности проводимых психосоциальных воздействий.*

***7****.Своевременно представляет пациента для отмены (продления, изменения) принудительных мер медицинского характера с составлением формулы общественной опасности и оценкой проведенных лечебно – реабилитационных мероприятий.*

**P.S.** В целях обеспечения преемственности стационарного и диспансерного наблюдения за больными совершившими общественно опасные действия и подлежащих АПНЛ (выписки после проведения СПЭ или завершения стационарного принудительного лечения, а также при передачи больного, представляющего общественную опасность другому учреждению для продолжения принудительного лечения) необходимы следующие данные, входящие в ФОО:

-ведущий синдром (синдром по которому совершено больным общественно – опасное деяние(**ООД**) и соответственно при обострении данного синдрома в рамках заболевания повышается его социальная опасность для себя и окружающих , что может привести к повторному совершению ООД),

-тип течения заболевания (непрерывный, приступообразный, стационарный), зная тип течения заболевания психиатр прогнозирует тактику лечения больного, совершившего ООД (так при обострении приступа желательна его госпитализация в стационар для профилактики ООД),

-психопатологический механизм (больные совершают ООД в большинстве случаев по типу клише),

-характер и кратность ООД,

-личностные и ситуационные факторы, способствующие или препятствующие совершению ООД (внушаемость, подчиняемость, алкоголизация, наличие родственников, асоциальное окружение…),

-проведенные лечебно-реабилитационные мероприятия и их эффективность (согласно эпикризам, с учетом ФОО ,бригадности, этапности и преемственности),

-рекомендуемые меры по предотвращению ООД( лечение, труд, опека, наблюдение с полицией. АДН, соц. защита…)

Приложение № 2

МЗ СССР ф. № У-325 (78)

Утверждена 15 мая 1978 года № 468

### ОГБУЗ « КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

**« » 201 года**

**А К Т №**

**психиатрического освидетельствования**

на  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**1977** года рождения, находящегося на амбулаторном принудительном лечении в данном учреждении с « » мая 201 года согласно постановлению районного суда гор от 201 года.

обвинявшегося по ст. ч. УК РФ.

Председателя:

Членов комиссии:

Остальные разделы «акта» излагаются на следующих « » листах\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Составляется при прекращении принудительного лечения или изменении его формы.
2. Данные анамнеза: описание физического и неврологического состояния и данные лабораторных исследований; описание психического состояния в динамике с указанием проведенного лечения; заключительная часть, в которой указывается диагноз и обосновывается необходимость прекращения принудительного лечения или изменения его вида.