

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.89-058

*О.А. Насинник***ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПЕРИОД НЕОТЛОЖНОЙ И ПРИНУДИТЕЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ**

Национальная медицинская академия последипломного образования им.П.Л. Шупика

Ключевые слова: неотложная, принудительная госпитализация, реабилитация

Психосоциальная реабилитация наряду с фармакотерапией представляют собой необходимые и дополняющие друг друга стратегии помощи. Особенно значимый эффект отмечается при таких сочетанных вмешательствах для больных с первичными психотическими эпизодами [1-3], в том числе и для пациентов, получающих помощь в недобровольном порядке. На начальном этапе реабилитации используется психобразовательная методика в целях повышения осведомленности о заболевании, включающая улучшение комплайенса, выполнение режима лечения, восстановление уровня социального функционирования, распознавание ранних проявлений рецидивов [1, 4], затем подключаются психокоррекционные (ведение индивидуального случая) и социокоррекционные (семейная терапия и психосоциальный тренинг) воздействия, которые позволяют существенно повысить уровень социального функционирования больных, в том числе материальное положение и семейную адаптацию, а также снизить риск совершения ими опасных действий [5]. Весьма перспективными в общей медицине и психиатрии выглядят вмешательства, направленные на актуализацию личности, развитие навыков самопомощи, коррекцию базовых отношений к своему заболеванию и лечению. Речь идет о моделях оценки личности и прогнозирования отношения к болезни пациента через понятия «Лocus контроля» («Health Locus of Control»), «Оценки здоровья» (Health Belief Model), «Поиска помощи при хронических заболеваниях» («The Chronic Care Model») и наконец - «Модель восстановления» («Recovery Model») [6]. Поддержка последней модели профессионалами, защитниками прав пациентов и пользователями привело к принятию в ряде стран (Англии, Шотландии, Ирландии, Новой Зеландии, Канады, некоторых штатах Америки) программ, ориентиру-

ющих психиатрическую помощь на выздоровление/восстановление пациента [7,8]. Причем, одни авторы рассматривают понятия «восстановление» и «реабилитация» как синонимы [9], другие считают, что модель восстановления должна быть адаптирована для использования в психосоциальной реабилитации [10], или «восстановление» и «реабилитация» должны оставаться отдельными концепциями с возможностью взаимодополнения. Модель восстановления, опираясь на надежду в восстановлении утраченных функций, веру пациента в свои силы и возможности, а также исходя из базовых принципов биоэтики (прежде всего автономии с правом выбора, самоопределения), предлагает пациенту реализовать процесс самопомощи, а по сути - достижения активного контроля над своей жизнью. В отличие от критики действующей медицинской модели пользователями и наделения рядом автором модели восстановления значительными преимуществами, в литературе отражены и более взвешенные взгляды профессионалов, отмечающих как слабости данной концепции [11], так в ряде случаев схожесть отдельных ее компонентов с действующими позициями качественного оказания помощи и разработанных таковых стандартов [12].

Исследования последних лет обнаруживают значительный процент выздоровления и стойкого улучшения среди лиц с эндогенными болезнями (более половины из числа изученных), но остается часть пациентов дезадаптированных в силу болезни, среди них много таких, которые не считают себя больными, не соглашаются на прием лечения, а утрата контроля приводит к опасному поведению и необходимости оказания помощи в принудительном порядке. Однако концепция восстановления четко коррелирует с автономным выбором, возможностью принимать собственные решения и контролировать свою

жизнь, и не удивительно, что восстановление исключается в ситуации принуждения, любое принуждение конфликтует с принципом автономии [13, 14]. Выявлено, что принуждение приносит больше вреда, чем пользы, уменьшает доверие к службе, способствует избеганию лечения, в том числе и после выписки, отвращает и других пациентов от помощи, ведет к отказу, нарушает терапевтический контакт, ухудшает конечный результат [15]. Приводятся данные, что 47% пациентов избегает помощи из-за боязни принуждения, а 70% не знают, что такое их «лучшие интересы», являющиеся основанием для помощи; план лечения обсуждается в S случаев, вопреки тому, что больные должны говорить за себя и принимать решения, а выбор пациентом лечения стимулирует его компетентность, автономность и возможность восстановления. При сравнении добровольных и недобровольных пациентов выявлены различия в нарушении прав личности, чувства достоинства (26% из числа недобровольных против 13% добровольцев), и это связано с нарушением автономии пациента. Хотя ряд исследований и показало, что конечный результат принуждения принес пользу, но вместе с пользой пациенты отмечают, что отношение к ним желало быть бы лучшим... [16]. Авторами отмечается, что принуждение следует рассматривать как ошибки, недостатки службы и является показателем ее неэффективности, к тому же часть опасности со стороны пациентов проявляется вследствие отсутствия реагирования на их нужды. Руководство Американской Ассоциации психиатров сообщества предлагает в случаях, когда «...принудительная помощь неизбежна, она должна проводиться в лучших условиях и объемах, а пациенты должны пользоваться состраданием и уважением в период эпизода некомпетентности, им

должна предоставляться возможность соответствующего выбора при рассмотрении терапевтического плана».

В случаях принуждения следует учитывать принцип «реципрокности» [17], заключающийся в том, что ограничение или невозможность обеспечения гражданских прав при оказании помощи должно компенсироваться соразмерным наращиванием объема качественной помощи и ресурсов. В данном случае «ресурсы даже должны резервироваться именно для тех, кто не желает их»; исходя из принципа реципрокности также нужно уважать самоопределение пациента, обсуждать все решения, на которые способен пациент, использовать индивидуализированный подход и наименее ограничительные альтернативы, защищать пациента от эксплуатации, пренебрежения и злоупотребления; нарушение прав индивида требует соблюдения социальных обязанностей [17,18]. С учетом модели восстановления разработаны и используются программы для помощи лицам, подвергающимся психиатрической помощи в принудительном порядке [16], в том числе неоднократно [14,19,20]. Таким образом, даже в условиях недобровольной госпитализации, есть возможность для пациента постепенного возврата власти и контроля над своей жизнью, с тем, чтобы его выбор и контроль поддерживались как можно раньше [21]. Исходя из вышеизложенного, проблема психосоциальной реабилитации лиц, госпитализированных в неотложном и принудительном порядке в психиатрический стационар, требует дальнейшего изучения и совершенствования.

Целью работы являлась разработка целевых мер психосоциальной реабилитации на этапе неотложной и принудительной госпитализации в психиатрический стационар.

### **Материалы и методы исследования**

Изучена сплошная выборка пациентов (163 чел.), госпитализированных по неотложной помощи с апреля 2000 (введение в действие Закона Украины о психиатрической помощи) по конец 2002 года в Киевскую городскую клиническую психиатрическую больницу № 1. Для выявления проблем пациентов, приведших к принуждению, изучена медицинская документация, проведено их клиничко-психопатологическое и катамнестическое

обследование, а также изучена специальная литература, касающаяся вопросов отношения пациентов к недобровольной (принудительной) госпитализации. При изучении пациентов использовались общепринятые шкалы оценки поведения и психопатологических расстройств, критики и соблюдения лечения. Материал подвергнут статистической обработке с использованием программы SPSS, версия 13.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В исследуемой группе было 96 мужчин (58,9%) и 67 женщин (41,1%). Средний возраст

при поступлении  $38,96 \pm 13,8$  года. Длительность заболевания на момент поступления была от

нескольких дней до 10 и более лет, в среднем составляла  $4,3 \pm 0,3$  года. До 1 года болезнь наблюдалась у 33 чел. (20,2%), от 1 года до 5 лет – 45 чел. (27,6%), более 5-ти лет – 85 чел. (52,2%). Впервые в жизни было госпитализировано 40 чел. (24,5%), второй раз – 27 (16,6%), третий раз – 18 (11,0%), более трех раз – 77 (47,2%). При выписке были диагностированы: шизофрения и другие бредовые расстройства – 125 чел. (76%), органические – 16 чел. (9,87%) и аффективные расстройства – 14 чел. (8,6%), расстройства личности – 6 чел. (3,7%), крайне редко (по 1 чел., 0,6%) встречались умственная отсталость и неврогические расстройства. Умеренный дефект психики был выявлен у 19 чел. (11,7%), выраженный – 62 (38,0%), тяжелый – 2 (1,2%), у остальных дефект психики не констатировался. Длительность развития психопатологических расстройств, предшествующих данной госпитализации: острое начало до нескольких дней – 36 чел. (22,1%), 1 нед. – 27 чел. (16,6%), 2 – 3 нед. – 56 чел. (34,4%), 4 – 6 нед. – 19 чел. (11,7%), 7–8 нед. – 3 чел. (1,8%) и более 2-х мес. – 16 чел. (9,8%). У 6 чел. (3,7%) этих данных не удалось установить. Причины ухудшения, по мнению близких и со слов самого пациента: отказ от лечения – 110 чел. (67,5%), а из них у 15 чел. (9,2%) отмечались злоупотребления алкоголем и/или наркотическими веществами. 14 чел. (8,6%) называли причиной заболевания различные психогении, у 39 чел. (23,9%) явная причина не установлена. По отношению к соблюдению поддерживающего лечения и контролю своего состояния большинство (111 чел. – 68,1%) не считали нужным принимать лечение, а если близкие понимали необходимость лечения пациента, то им приходилось прилагать усилия для уговоров пациента согласиться принимать лечебный препарат. Для 34 чел. (20,9%) эти обстоятельства не выяснены. По неотложной госпитализации доставлялись пациенты с острыми проявлениями заболевания, то ли впервые развившегося, то ли при обострении имеющегося. В нашем материале ряд пациентов были доставлены каретами скорой помощи в состоянии психомоторного и/или речевого возбуждения – 69 чел. (36,8%), из них 24 чел. удерживались фиксированными, к некоторым пациентам применялась фиксация в отделении. В приемном отделении оценивались не только клиническая картина заболевания, но и критерии для возможной принудительной госпитализации, а именно опасность для себя и/или окружающих и отказ от предлагаемой помощи. Таким образом, в приемном отделении были за-

регистрованы, чаще в сочетании, но нами оценивалось ведущее: отказ от госпитализации – 64 чел. (39,3%), отказ от подписи согласия на госпитализацию – 22 чел. (13,5%), отказ от лечения – 11 чел. (6,7%), несостоятельность – 3 чел. (1,8%). Учитывались также предыдущие акты агрессии и пребывание на СУ, что имели место у 49 чел. (30,0%), двое из них пребывало на СУ и двое отбыли наказание за кражи, у 110 чел. (67,5%) подобного не было выявлено. Отягощенная наследственность выявлена у 30 чел. (18,4%), алкоголизм в семье у 7 чел. (4,3%). Обращает на себя внимание относительно высокий уровень образования, так у 59 чел. (36,2%) высшее, у 16 чел. (9,8%) – незавершенное высшее, 52 чел. (31,9%) имели среднее специальное, 28 чел. (17,2%) закончили среднюю школу. Неполное школьное образование было у 7 чел. (4,3%) и школа для слабоумных – 1 чел. (0,6%). До заболевания были заняты на неквалифицированных работах 13 чел. (8,0%) не работало 6 чел. (3,7%), у 22 чел. (13,5%) не удалось установить их занятость, но большая часть пациентов была задействована на квалифицированных работах (51 чел., 31,3%), работали служащими 58 чел. (35,6%), занимали управляющие должности 9 чел. (5,5%) или обучались 4 чел. (2,5%). На период лечения в стационаре продолжали работать по своей специальности 30 чел. (18,4%), некоторые часто меняли места работы 14 чел. (8,6%), обучалось 2 чел. (1,2%), имели инвалидность 34 чел. (20,9%), не работало 67 чел. (41,1%), пенсионер по возрасту 9 чел. (5,5%). Среднее число к/д –  $46,828 \pm 37,9$  дня. Ряд пациентов, несмотря на предоставляемые им разъяснения, как в приемном отделении, так и в отделении, куда были направлены, продолжали отказываться от помощи, в связи с чем Комиссией врачей-психиатров было принято решение об оказании психиатрической помощи в принудительном порядке и через сутки направлено заявление больницы в суд с последующим подтверждением данного вида принуждения в судебном порядке. Из числа неотложно госпитализированных 142 пациента изъявили согласие на добровольное получение помощи и 21 человек (14,8%) было госпитализировано принудительно – 8 мужчин (38,1%) и 13 женщин (61,9%). Существенных различий при сравнении групп пациентов, находящихся на лечении по их согласию и без согласия (принудительная госпитализация), по клиническим и демографическим показателям не выявлено. С применением Т-теста для независимых выборок выявлены значимые различия

в продолжительности лечения у лиц, находящихся на принудительной госпитализации. Так, у пациентов на общих основаниях (142 чел.) улучшение отмечено в среднем через 30,65±2,4 дня, после чего до выписки они пребывали в среднем 10,76±1,3 дня, общая продолжительность лечения составляла 41,41±2,7 дня, а у лиц, подвергшихся принудительной госпитализации (21 чел.), улучшение отмечено в среднем через 46,33±10,6 дня ( $p<0,03$ ), после указанного улучшения они были выписаны в среднем через 37,29±7,3 дня ( $p<0,001$ ) при общей длительности лечения 83,48±11,8 дня ( $p<0,001$ ), что косвенно указывает на отрицательное влияние принуждения на длительность лечения. В группе принудительной госпитализации обращает на себя внимание упорное сохранение статуса недобровольно госпитализированного. Эти пациенты в основном отрицали сведения о своих высказываниях и неадекватном, угрожающем окружающим или себе поведении накануне госпитализации, заявляли о неправомерности принудительной госпитализации, зачастую оценивали ее как наказание. При комиссионных осмотрах уточняли, что они не знают, почему они находятся в больнице и получают лечение, что они лечат или какие препараты они получают.

Необходимость оказания психиатрической помощи в неотложном порядке связана со значительным обострением психопатологических расстройств, сопровождаемых утратой критических способностей, в ряде случаев опасным поведением. Одной из ведущих причин таких неотложных состояний является несоблюдение рекомендаций врача вплоть до полного отказа от лечения. В процессе неотложной психиатрической помощи с целью получения осознанного согласия пациенту предоставляются необходимые для этого разъяснения, но ряд пациентов сохраняют свое несогласие с предлагаемыми услугами, в связи с чем и при наличии определенных Законом критериев принимается решение о принудительной госпитализации. Проведенное сравнение групп пациентов, находящихся на лечении по их согласию и без согласия (принудительная госпитализация), по клиническим и демографическим показателям различий не показало, что указывает на схожесть контингентов по ряду признаков. Различия проявляются лишь в исходах. Сравнение принудительно госпитализированных лиц с пациентами на общих основаниях выявило достоверно в два раза большую длительность пребывания в стационаре, в том числе как до и после наступления улуч-

шения. Об относительной вдвое большей (сравнительно с добровольной) продолжительности недобровольной госпитализации указывает большинство исследователей этого вопроса [22, 23]. Но принуждение, помимо длительности лечения и пребывания в стационаре, включает еще ряд отрицательных факторов. Когда пациент удовлетворен помощью, он становится активным участником процесса лечения и терапевтической программы в целом [15] и отмечает более положительный конечный результат [24].

Процесс трансформации помощи должен начинаться с изменения взгляда на больных и на перспективность медицинской помощи, осознания профессионалами возможности выздоровления пациента, что в свою очередь должно быть ему также разъяснено. При первой встрече с пациентом значима всесторонняя оценка его проблем, потребностей, сильных и слабых сторон личности, а также формулирование плана помощи, обсуждения его с пациентом, при этом следует добиться понимания со стороны пациента того, что он партнер в помощи. Реабилитация будет связана с критериями принуждения. Так, в случае опасности для других, близкого окружения или незнакомых лиц реабилитация будет направлена на развитие навыков общения и избегания конфликтных ситуаций. В случае опасности для себя применяются стратегии, устраняющие безысходность и беспомощность, наращивающие самоопределение и планы на будущее. В случае некомпетентности, чаще в связи с утратой критики, работа по возврату критики к болезни типа комплайнс-терапии. Нужно разобраться, почему не начал или прекратил принимать препараты, его отношение к лечению, если не считает себя больным, то показать, в чем мы видим его нарушения поведения и последствия, если из-за боязни побочного действия, то дать пояснения и возможность выбора. Нужно разъяснять пациенту о наличии менее ограничительной альтернативы и как достичь ее. Давать право пациенту взвешивать, выбирать, но предупреждать об ответственности, и возможности применения больших ограничений в случае утраты контроля.

Исследования восприятие пациентом принуждения при госпитализации показали, что такое восприятие может быть сглажено благодаря модификации самого принуждения. Нельзя забывать и принцип «процедурная справедливость» (procedural justice) - концепция, согласно которой решение или действие является правильным, если использована правильная проце-

дура принятия этого решения или выбора этого действия. Таким образом пациент последовательно получает разъяснения касательно всех возможных предпринимаемых мер. При принудительной госпитализации пациент должен быть выслушан, получить шанс участвовать в принятии решения, а без этого нарастает неудовлетворенность и мнение о принуждении [15, 25]. Пациент должен знать, за что и каким образом он будет или подвергнут госпитализации, другим видам принуждения. С другой стороны, все-таки путем госпитализации мы предотвращаем возможный ущерб для здоровья, а в ряде случаев сохраняем жизнь и здоровье, как других лиц, так и самого пациента. Информировуем пациента, а также его близких о наших намерениях, о чем вносим запись в меддокументацию; в присутствии свидетелей знакомим пациента с его правами; предоставляем пациенту копию информации о его правах, вторую приобщаем к меддокументации; заполняем форму решения врача о применении временных мер пресечения, копия которого предоставляется пациенту; эти данные вносятся в меддокументацию, включая и реагирования пациента [26]. Предоставить пациенту возможность выбора, что повышает его автономию, с которой связана удовлетворенность помощи [27]. Но выбор должен быть и для специалиста (т.е. выбор лечения, реабилитации, социальной помощи и т.д.), что связано, конечно, с ресурсами помощи.

До суда лечение назначается по неотложным показаниям и это следует также разъяснить пациенту. Пациенты переносят решение суда более адекватно, но нужно объяснять и разъяснять эти процедуры. Желательно, чтобы и суд давал пояснения пациенту и его родственникам, тогда принуждение ведет к пониманию проблем и необходимости получения терапии для восстановления контроля над своей жизнью и поведением. В то же время пациенту предоставляется возможность защищаться, оспаривать решение суда, приглашать любое лицо, в том числе и психиатра, независимого от психиатрической системы. В ряде случаев возможна помощь в менее ограничительных условиях, например, путем использования амбулаторного принудительного лечения как альтернативы для стационарной психиатрической помощи. Периоды времени как до суда, так и после должны также базироваться на процедурной справедливости, лишены любых поспешных решений на чувство собственного достоинства и права пациента.

Считается, что сегодня все пациенты с тяже-

лыми психическими заболеваниями, особенно лица с устойчивыми психопатологическими расстройствами, выраженной нестабильностью, характеризующейся частыми обострениями и социальной дезадаптацией, требуют реабилитации [28]. Несмотря на принудительность помощи, госпитализируемые пациенты имеют такие же права, как и остальные пациенты (хотя в ряде случаев Законом допускается ограничения этих прав), и на принудительно госпитализированных пациентов распространяются все мероприятия, касающиеся больных, а именно, информированное согласие на лечение и возможность отказа от него, право на информацию, автономию, самоопределение и выбор, реабилитацию. С позиций пациентов ощущение принудительности могут быть смягчены качественным предоставлением помощи, хорошо обученным персоналом, способствующим наращиванию полномочий пациента, автономии, прежде всего в получении доступной и полной информации, обсуждении с ним процесса лечения и терапевтического плана, предоставлении (по возможности) выбора лечения, наименьших ограничительных мер, нестеснения, что будет способствовать более скорому переводу пациента в статус добровольца со всеми вытекающими последствиями. Модель восстановления в современной психиатрии требует пациент-центрированного холистического подхода, в ней переплетаются позиции этико-правовые, качественной психиатрической помощи и психосоциальной реабилитации.

Процесс принуждения в психиатрии наиболее ответственный для профессионалов и значимый для всех сторон, поэтому данный вид помощи следует оказывать в соответствии со стандартами оказания данного вида помощи, а до их разработки следовать этико-правовой процедуре оказания психиатрической помощи в принудительном порядке исходя из биопсихосоциальной модели заболевания. Помощь должна заключаться в оценке всех звеньев, приведших к принуждению, и направленных на них адекватной психофармакотерапии с подключением психосоциальных реабилитационных мер. Причем с учетом принципа реципрокности и соблюдения правового, клинического, этического и реабилитационного компонентов с различными их объемами в зависимости от этапа принудительной госпитализации, психического состояния и компетентности пациента.

С первых этапов принудительной психиатрической помощи следует начинать психосоциальную реабилитацию, первичная цель которой воз-

врат пациента в статус добровольца. В силу отсутствия адекватных программ и соответствующих реабилитационных подразделений на сегодня, реабилитационный комплекс должен проводиться силами имеющихся профессионалов, прежде всего врача-психиатра, медицинских сестер и психологов, согласовав свои действия и компоненты.

Следует отметить, что на наш взгляд, психосоциальная реабилитация – это не только целевые программы, но также целевое избегания

некоторых действий или заявлений со стороны медицинского персонала. Чувство принуждения у пациента уменьшается, когда лечение и отношение к нему осуществляются в соответствии со стандартами (клиническими, этическими и правовыми), он обладает всей необходимой информацией касательно применения к нему психиатрической помощи в принудительном порядке, имеет возможность выбора помощи, в том числе и наименее ограничительной, и занимает свое место в ее реализации.

*О.А. Насинник*

## ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ В ПЕРІОД НЕВІДКЛАДНОЇ ТА ПРИМУСОВОЇ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

У статті на основі дослідження групи пацієнтів та аналізу даних літератури розглянуто особливості примусової госпіталізації та викладені пропозиції щодо проведення психосоціальної реабілітації особам, що госпіталізовані до психіатричного стаціонару у невідкладному та проімусовому порядку. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 2 (22). — С. 3-9).

*O. A. Nasinnyk*

## PSYCHOSOCIAL REHABILITATION DURING EMERGENCY AND COMPULSORY HOSPITALIZATION

National Medical Academy of Postgraduate Education by name P.L. Shupick

In this article there are proposition to psychosocial rehabilitation of patient during emergency and compulsory hospitalization after study sample of patients and analysis of literature concerning emergency and compulsory admission. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P. 3-9).

### *Литература*

1. Гурович И.Я., Шмуkler А.Б., Любов Е.Б. Психосоциальное лечение и психосоциальная реабилитация//Психиатрия: национальное руководство/под ред. Дмитриевой Т.Б., Краснова В.Н., Незанова Н.Г. и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С.469-489.
2. Абрамов В. А., Жигулина И. В., Кислицкая И. И. Первый психотический эпизод и проблемы медико-социальной реабилитации больных// Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2005. -№ 1(15). - С. 3-9.
3. Уткин А.А. Новые формы оказания психиатрической помощи как часть системы комплексной психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации/Автор. дис. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. - М., 2009. – 24 с.
4. Денисов Е. М. Принципы психообразовательной терапии больных параноидной шизофренией в условиях психиатрического стационара//Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2005. - № 1 (15) - С.49-55.
5. Анисимова Н.А. Терапия и психосоциальная реабилитация больных шизофренией, госпитализированных в недобровольном порядке/Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. - Белгород, 2008 –18 с.
6. (Anthony W., Cohen M., Farkas M.) Энтони В., Коэн М., Фаркас М. Психиатрическая реабилитация. – К.: «Сфера», 2001. – 298 с.
7. Buchanan-Barker P., Clarifying the Value Base of Recovery: The 10 Tidal Commitments//Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. - 2008. – Vol.15. - P. 93-100.
8. Malachowski C.K., Kin B. Optimizing System & Patient Recovery Rediscover & Recovery: The Shared Journey Project// International Journal of Psychosocial Rehabilitation. – 2009. – Vol. 13, No 2. – P. 49-64.
9. Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services//World Psychiatry. - 2007. - Vol. 6(2). – P. 68-74.
10. Jacobson N., Greenley D. What Is Recovery? A Conceptual Model and Explication// Psychiatric Services. – 2001. - Vol. 52, No 4. – P. 482-485.
11. Holloway F. Is there a science of recovery and does it matter?// Advances in Psychiatric Treatment. – 2008. - Vol. 14. – P. 245-247.
12. Lester H., Gask L. Delivering medical care for patients with serious mental illness or promoting a collaborative model of recovery?// British Journal of Psychiatry. – 2006. - Vol.188. – P. 401 - 402.
13. Frese F. J., Stanley J. D., Kress K. et al. Integrating evidence-based practices and the recovery model// Psychiatric Services. – 2001. - Vol. 52, № 12. – P. 1462-1468.
14. Roberts G., Dorkins E., Wooldridge J., Hewis J. Detained – what's my choice? Part 1: Discussion// Advances in Psychiatric Treatment. 2008. Vol. 14. – P. 172-180.
15. Lidz C. W., Hoge S.K., Gardner W. et al. Perceived coercion in mental hospital admission//Archives of General Psychiatry. – 1995. - Vol. 52. – P. 1034-1039.
16. Campbell J. Involuntary Mental Health Interventions and Coercive Practices in Changing Mental Health Care Delivery Systems: The Consumer Perspective. - 1997. - 15 p. // <http://home.att.net/PatRisser/force/involuntary.html>.
17. Eastman N. Mental health law: civil liberties and the principle of reciprocity// British Medical Journal. 1994. Vol. 308, № 1. - P. 43-45.
18. Welsh S., Deahl M. P. Modern psychiatric ethics// Lancet. 2002. Vol. 359, № 1. - P. 253-255.
19. Copeland M. E. Involuntary Commitment and Recovery: An Innovative Mental Health Peer Support Program - January, 2006// <http://www.mentalhealthrecovery.com/InvoluntaryCommitmentandRecovery.htm>.
20. Copeland M.E., Mead Sh. Continuing the dialogue// Advances in Psychiatric Treatment. – 2008. - Vol.14. - P. 181-182.
21. Roberts G., Wolfson P. The rediscovery of recovery: open to all// Advances in Psychiatric Treatment. – 2004. - Vol. 10. – P. 37-48.
22. Malla A., Norman R., Helmes E. Factors associated with involuntary admission to psychiatric facilities in Newfoundland// CMAJ. 1987. Vol. 136, June 1. – P. 1166 -1171.
23. Greeman M., McClellan Th. A. Impact of a More Stringent

Commitment Code in Minnesota// Hospital and Community Psychiatry. 1985. Vol. 36, No. 9. – P. 990-992.

24. Kjellin L., Candefjord K., Palmstierna T., Wallsten T. Ethical Benefits and Costs of Coercion in Short-Term Inpatient Psychiatric Care// Psychiatric Services. 1997. Vol. 48, № 12. - P. 1567-1570.

25. Nicholson R.A., Eksenstam C., Norwood S. Coercion and the outcome of psychiatric hospitalization//Int J Law Psychiatry. – 1996. -

Vol. 19. – P. 201–217.

26. Jenkins S.C., Hansen M.R. A pocket reference for psychiatrist/ 2nd ed. - American Psychiatric Press, Inc., 1995. - 276 p.

27. Bloch S., Green S. A. An ethical framework for psychiatry// The British Journal of Psychiatry. 2006. Vol. 188. – P. 7–12.

28. Russler W. Psychiatric rehabilitation today: an overview//World Psychiatry. - 2006. - Vol.5- No 3.– P.151-157.

Поступила в редакцию 16.04.2009