

Психически больной. Что делать?

Первичная информация для семей с психически больными людьми

При поддержке Федерального Министерства Здравоохранения и содействию в
самопомощи больничных касс
Переработка 2009: при содействии общества самопомощи вспомогательных
страховых касс.
Переработка русской версии в 2010: при поддержке Федерального Министерства
Здравоохранения

Предисловие	3
Между нами говоря	4
Заблуждения и ошибочные представления	5
„Это всего лишь психика...“	5
Противоречие чувств	6
Десять правил для родственников	7
Психические заболевания	8
Вопросы о причинах	8
Вопросы, связанные с диагнозами	8
Шизофренические психозы	9
Депрессии	12
Биполярные расстройства (маниакально-депрессивные заболевания)	14
Заболевания, связанные с навязчивым состоянием	15
Расстройство пограничного типа	16
Заболевания, связанные с непреодолимым патологическим влечением	17
Лечение при психических расстройствах	18
Какая помощь оказывают медикаменты?	18
Что подразумевается под психотерапией?	20
Психолого-педагогическая работа	22
Социотерапия	23
Стандарты в психиатрическом лечении	24
Система обеспечения для психически больных людей	25
Организация взаимопомощи для родственников лиц, страдающих психическими заболеваниями	31
Правовые основы	33
Информация и привлечение родственников к лечению и реабилитации	33
Законное представительство и полномочия	33
Размещение	35
Ответственность	37
Пособие на детей	37
Обязанность содержания: привлечение родственников	38
Помощь психически больным людям и инвалидам	39
В случае болезни: услуги по лечению больных	39
В случае (угрожающей) инвалидности: Услуги по реабилитации и участию	40
Люди с тяжелыми формами инвалидности: помощь и дополнительные компенсации	47
инвалидам	47
Помощь при необходимости в уходе	48
Обеспечение средств к жизни	49
Дальнейшая информация	51
Наши данные	52

Предисловие

Тот, кто спрашивает у родственников людей с психическими заболеваниями, чего Вам чаще всего не хватает в Вашем положении, в большинстве случаев слышит ответ: информации и понимания. Поэтому не случайно, что информация и понимание являются двумя ключевыми словами для Федерального союза родственников психически больных людей, земельных объединений и местных групп родственников, которые вот уже на протяжении десятилетий занимаются самостоятельной внутрисемейной помощью в области психиатрии.

Данная брошюра - это актуализированная новая форма текста, который впервые был составлен в 1998 году и коренным образом переработан в 2003. Он концентрируется на таких картинах болезней, как депрессия, биполярное расстройство, шизофрения, расстройства, которые сопровождаются приступами страха и навязчивым состоянием и основывается на желании проинформировать родственников через других родственников, чтобы представить им обзор в сжатой форме с точки зрения семьи.

В нашем понимании семья существует в социальной среде, в которой нуждается каждый человек, будь он здоровым или больным. И каждый в этой среде имеет права и обязанности, является подателем и получателем одновременно. Если один из членов семьи становится психически больным, то он нередко выпадает из этой среды. Хотя заболевший имеет особую претензию на помощь и предупредительное отношение, однако другие члены семьи также обладают правами, которые не могут надолго оставаться без внимания, если только он не хочет рисковать распадом семейных уз.

В такой особой ситуации, как правило, требуется помощь извне – идет ли речь о преодолении кризисов, о лечении, реабилитации и социальной защищенности больного, или о финансовых и моральных тяготах родственников. Цель настоящей брошюры состоит в том, чтобы ознакомить с основной информацией и воодушевить родственников на то, чтобы активно принять свою судьбу, сохранить свои права и права больного и затребовать помощь, в которой они нуждаются. А это, как мы знаем, нелегкая задача. Сообща действовать легче: в самостоятельной внутрисемейной помощи в области психиатрии, движении, в котором с восьмидесятых годов участвуют родственники психически больных людей, Вы найдете заинтересованных лиц, которые смогут оказать Вам поддержку и придать мужества.

Гудрун Шлибнер

Председатель федерального союза родственников лиц с психическими расстройствами (зарегистрированный союз)

Апрель 2009

Из соображений упрощения читаемости текста в данной брошюре употребляется только мужской род при наименовании людей и рода деятельности. Женский род также всегда подразумевается.

Между нами говоря

Являетесь ли Вы отныне родителями, ребенком, братьями и сестрами, партнером или партнершей человека с психическим заболеванием – данная брошюра предназначена для Вас, которая содержит информацию по следующим комплексам тем:

- Медицинские и терапевтические вопросы
- Система помощи
- Правовые основы
- Самостоятельная внутрисемейная помощь

Каждый из этих пунктов мог бы заполнить собой объемные тома; в самом деле, литература по этой тематике почти необозрима. Однако, как Вы уже сами установили, насколько сложны, а нередко и противоречивы медицинские понятия и поучительные суждения, правовые основы и уж, конечно, система помощи. К осложняющим обстоятельствам следует также добавить различные условия, существующие в той или иной федеральной земле, а порой и в каждом отдельном районе.

Поэтому настоящий труд может предложить Вам лишь общую ориентацию, с тем, чтобы, Вы, например, в том месте, где проживаете, более целенаправленно, обладая лучшей осведомленностью, могли найти помощь, в которой нуждаетесь Вы и член Вашей семьи, страдающий психическим расстройством.

В то же время следует заранее сказать: при этом поиске Вы должны подготовиться к неприятным неожиданностям, поскольку не везде Вы сможете получить самую необходимую помощь. Это начинается с отсутствия помощи в состоянии кризиса и еще долго не заканчивается при недостаточном обслуживании больных в стадии выздоровления после пребывания в клинике.

Настоящая брошюра содержит обзор важнейших возможностей по оказанию помощи – имеются ли они в непосредственной близости от Вас, в каком количестве и качестве, на этот вопрос можно ответить только на месте. Мы хотели бы Вас определенно приободрить, не трусить и не дать себя запугать, если Вам недостает помощи или если Вы наблюдаете ухудшение состояния. Обратитесь к ответственным лицам, ищите поддержку у общественности через группы родственников и федеральные союзы!

Равным образом в системе амбулаторной помощи, как с медицинской, так и с терапевтической стороны, желание и действительность не всегда совпадают: ни в случае получения достоверных последних сведений о причине и возникновении психических заболеваний, ни при наличии наилучшего рецепта, с помощью которого Вы хотели бы вылечиться. Возможно, утверждение подобного рода, может Вас испугать, однако оно касается – чего многие не знают – очень большого количества, если не большинства заболеваний, подумайте хотя бы о ревматизме или диабете. Если внимательно посмотреть, то психические заболевания не отличаются от других. Распространенное представление о том, что «человек, однажды заболев психически, навсегда остается больным», является ошибочным. Совсем нередко происходит, что болезнь вновь исчезает или же она, по меньшей мере, может быть благополучно преодолена. Надежду вселяет также то, что в последние десятилетия достигнут значительный прогресс в исследовании и лечении психических заболеваний, и не в последнюю очередь благодаря новым медикаментам. Тем не менее – что мы опять-таки должны подвергнуть критике – больные с психическими расстройствами зачастую слишком поздно проходят лечение, недостаточно или совсем не лечатся и не обслуживаются и оставляет желать лучшего совершенствование различных терапевтических методов.

Заблуждения и ошибочные представления

Еще одно короткое замечание относительно выбора слов и некоторых заблуждений. Уже упоминалось, что представление о том, что «человек, однажды заболев психически, навсегда остается больным», является некорректным. И при хронических заболеваниях происходит смена благоприятных и менее благоприятных времен; даже тяжелобольные имеют «здоровые островки», которые следует использовать в совместной жизни и для разговора.

К распространенным ошибочным приговорам относится представление о том, что больные с психическим или душевным расстройством должны приравниваться к умственно отсталым лицам. Это совершенно не верно, как показывает один только взгляд на многих психических больных и тем не менее еще талантливых людей, которые внесли выдающийся вклад в искусство и добились успехов в других областях. Если делается ударение на различии, то это не значит, что на душевнобольного следует смотреть сверху вниз, а означает лишь то, что больной нуждается в иной помощи. Раньше на всех таких людей наклеивался ярлык «умственно отсталый» и во времена фашизма они уничтожались тысячами. Сегодня мы больше не употребляем понятие «душевнобольной», а говорим о «психическом заболевании» и «психически больных», для того, чтобы прояснить смену взглядов и познаний.

« Это всего лишь психика...»

Необходимо также опровергнуть другое ошибочное представление: в настоящей брошюре речь идет не о легких душевных «отклонениях», которые проявлялись на протяжении жизни, а о тяжелых заболеваниях, которые глубоко проникли в жизнь больного и Вашей семьи. Несмотря на имеющиеся, к счастью, положительные процессы, сравнительно высокий процент пациентов страдает рецидивами или на продолжительное время времени остается ущемленным. Это означает: жизнь семей, в которых появились такие больные, протекает иначе, чем ожидалось, планы и желания остаются на заднем плане, все участники должны пройти через мучительные процессы адаптации и обучения, пока в конце концов – возможно - не будет восстановлено равновесие.

Это основывается на опыте очень многих семей и их психически больных родственников. Если Вы, как родственник, лишь с недавнего времени вступили в конфронтацию с психической болезнью, то Вы, пожалуй, найдете эти описания удручающими. Однако, возможно, это облегчит Вашу жизнь, так как в этом Вы обретете свой собственный опыт и Ваши страдания будут оправданы.

В данной брошюре мы пытаемся, от одного родственника к другому, найти правильный тон: мы хотели бы дать информацию и вызвать понимание, не предаваясь иллюзиям, и указать на возможности для оказания помощи, за которой Вы можете обратиться, не скрывая проблем. Именно сокрытие чаще всего происходит в семьях – порой из стыда, чаще по доброй воле, чтобы каким-то образом пощадить больного или вызвать большего понимания со стороны окружающего мира. Обратная сторона такого поведения, к сожалению, заключается в том, что проблемы и недуги недооцениваются и не принимаются всерьез – «это всего лишь психика...», говорят многие и при этом полагают: это не так уж плохо и если взять себя в руки, все наладится. Последствия таких взглядов могут оказаться совершенно непредвиденными и, конечно, являются основанием для оказания недостаточной помощи, на что, как правило, жалуются семьи

Противоречие чувств

Нам представляется уместно также поговорить о противоречивых чувствах родственников по отношению к больному. С одной стороны, к больному относятся с пониманием и хотят защитить его, с другой стороны, может появиться раздражение и недовольство, если в результате поведения больного вся семейная жизнь идет как попало. Хотя известно, что в болезни винить нельзя, даже если это и трудно, но нужно сдерживаться.

В конфликтах подобного рода образуется несколько фронтов. Некоторые родственники становятся на сторону больного и выступают против «остального мира». Другие родственники действуют совершенно наоборот: они настолько расстраиваются и нервничают, что способствуют обособлению больного. Иные же колеблются между пониманием и сочувствием, с одной стороны, и отказом и гневом, с другой стороны – изнурительная для нервов перемена чувств.

В этой игре участвуют сами больные, а также врачи и подсобный персонал, а «камень преткновения» примыкает то к тем, то к этим. Все в этой сложной и постоянно меняющейся ситуации понятно, однако от этого, безусловно, не становится легче найти решения, которые приемлемы для всех участников. Именно для этого должна быть поставлена цель. Девиз Немецкого Союза родственников сводит воедино эту цель в тезисе: чтобы жить вместе с психически больными, необходимо быть уверенными в себе и солидарными.

Позвольте нам обратить внимание на отношение к профессиональным помощникам, в особенности к врачам. Несомненно, было бы неверным, относиться к лечащим специалистам с принципиальным недоверием – равным образом, было бы неправильным ожидать от них чуда. Врач, как «господь Бог в белом», будет Вам по-настоящему помогать не только в связи с Вашим горем, он является также важнейшим партнером в союзе с Вами против болезни.

Возможно, Вам покажется следующее утверждение подозрительным, однако существует опыт, приобретенный многими родственниками до Вас: Вашим важнейшим помощником являетесь Вы сами! Поэтому настолько важно, чтобы Вы заботились не только о больном, но также и о самих себе.

Первым шагом на пути к оказанию самостоятельной помощи является информация. Тот, кто больше получает информации о болезни, тот может лучше управляться с ней и преодолевать ее последствия. Родственники могут обращаться к врачам и другим профессиональным помощникам, читать специальную литературу и разыскивать консультационные пункты. Однако, если речь идет о многочисленных и сомнительных вопросах, возникающих в ежедневном общении с психически больным, «экспертная оценка» других родственников является незаменимым источником помощи и информации. Наведите справки, где поблизости от Вас существует одна из групп. Если имеется хорошо работающая и инициативная группа, то это может оказаться огромной поддержкой в Вашей сложной ситуации и помочь Вам найти истинно верный путь.

Из деятельности одной из таких групп родственников, а именно в Центре по психиатрии при Университете Гиссена, взяты примеры из практики, которые приведены в настоящей брошюре.

Десять правил для родственников

Вопросы, касающиеся «правильного» обращения с психически больными членами семьи, часто являются первым поводом, если в поисках за советом вы позвоните по нашему справочному телефону, обратиться в земельные союзы родственников или местные группы по оказанию самостоятельной внутрисемейной помощи. От такой беседы никто не должен ожидать простой формулы для решения своей проблемы; однако из опытов, накопленных другими в подобных ситуациях, можно извлечь для себя пользу. В дальнейшем мы обобщили важнейшие из этих опытов родственников в десяти основных правилах и сознательно перечисляем их до информационной части настоящей брошюры. Они выглядят просто, однако, чаще всего, в реальных условиях Вам будет достаточно сложно следовать этим правилам. Тем не менее, как для Вас, Ваших больных родственников, так и для их семей игра стоит свеч. Благодаря Вашему поведению Вы можете способствовать тому, чтобы избежать стресса и конфликта в семье и обеспечить спокойствие во взаимоотношениях друг с другом.

1. Постарайтесь ограничиться важнейшими делами и поначалу закройте глаза на некоторые проблемы поведения. Воспользуйтесь правом приоритета!
2. Оставьте пациента в покое – избыточное попечительство ни ему, ни Вам не пойдет на пользу. Не оберегайте его и не заботьтесь о нем сверх всякой меры и предоставьте ему самостоятельность настолько, насколько это возможно. Однако дайте ему понять, что Вы в его распоряжении в любой момент, когда он в Вас нуждается.
3. Дайте время себе и пациенту, прежде всего после острой фазы заболевания. Не дожидайтесь с нетерпением «быстрого скачка вперед», а содействуйте продвижению малыми шагами и радуйтесь им.
4. Приравняйте Ваши ожидания и стремления к ситуации, избегайте чрезмерного стимулирования и не предъявляйте повышенных требований.
5. Если Вы хотите что-то сделать (например, прибрать в комнате), прежде подумайте, как поступить деликатнее и дождитесь наиболее благоприятного момента. Выражайте свои мысли ясно и деловито. Если Вы действуете с раздражением или с прямым нажимом, у Вас уменьшаются шансы добиться намеченной цели и Вы сами себе создаете дополнительный стресс.
6. Подумайте о том, что симптомы заболевания являются не выражением злой воли, а попыткой справиться с нарушенным образом жизни.
7. Поразмышляйте также о том, что пациент сам пытается защититься от болезни еще здоровые части своего организма и помогите ему их укрепить и развить.
8. Позаботьтесь о спокойном укладе жизни – даже если порой это дается с трудом. Потрудитесь над тем, чтобы свести до минимума конфликты и натянутые отношения в семье. Спросите себя, поможет ли Вам выйти из тяжелого положения прогулка на свежем воздухе или дать волю собственным чувствам.
9. Займите хорошо обдуманную позицию в отношении медикаментов. Во многих случаях они необходимы и могут помочь, отчасти через продолжительные промежутки времени. В принципе, прием лекарств это дело самого пациента и его врача. При необходимости, Вы сами можете указать пациенту на лекарственные препараты, но должны избегать того, чтобы чувствовать за собой полную ответственность за их прием или оказывать давление.
10. И, наконец: хорошенько позаботьтесь о себе! Тщательно берегите свои силы, поддерживайте контакты и занимайтесь хобби, а также позволяйте себе некоторые блага.

Психические заболевания

Вопросы о причинах

До сих пор никто точно не знает, как появляются психические заболевания и все говорит о том, что их возникновение обусловлено не только одной причиной.

Ни биологические, ни психологические и социальные факторы не могут сами по себе являться причиной; только их взаимодействие у некоторых людей может привести к психическому заболеванию. В отношении возбудителей, принимаются, в частности, следующие соображения: физические недомогания, заболевания мозга, употребление наркотиков, тяжелые умственные и социальные нагрузки или генетическое предрасположение. Порой это происходит как при той известной капле, которая переполнила край бочки: к врожденному пороку и тяжелой жизненной ситуации может добавляться еще и создающее нагрузку событие, в результате которого человек теряет равновесие – он становится психически больным. Простыми словами это то, что подразумевает современная психиатрия под рабочей гипотезой «концепции уязвимости, ведущей к стрессу». Это означает, что люди с повышенной чувствительностью могут реагировать на длительный стресс и чрезмерно завышенное требование, а также на удары судьбы с психическим расстройством.

Как в народе говорят, такие люди более «тонкокожие», чем другие и им труднее отмежевываться и защищаться от тягот внешнего мира.

Поскольку люди склонны к поиску непостижимых объяснений, в прошлом и в науке часто находили причину психических заболеваний в происхождении семьи и родственников. Сегодня известно, что такое направление мысли являлось одним из многих заблуждений в психиатрическом исследовании.

■ Памятка

Для чувств осознания вины и нечистой совести нет основания. Расслабьтесь и мобилизуйте свои силы. На возникновение заболевания Ваше поведение не оказывает влияния! Но Вы, тем не менее, должны знать, что Ваше поведение и Ваше отношение вполне могут повлиять на дальнейшее течение болезни.

Вопросы, связанные с диагнозами

Возможно, Вы уже удивились, насколько сложно обстоит дело с диагнозами психических заболеваний даже у самих специалистов или что каждый отдельный случай может сопровождаться различными диагнозами. Для этого имеется много оснований. Как уже упоминалось, речь идет об очень сложных и еще во многом неисследованных взаимосвязях. Кроме того, сделать вывод из картины болезни теоретически проще, чем в практической жизни. Поэтому психиатрические диагнозы следует рассматривать в виде вспомогательных средств в работе. Сегодня они определяются на основании международных соглашений. Такие системы диагнозов еще ничего не говорят о причинах болезней, поскольку в них руководствуются исключительно симптомами.

Самой известной системой классификации психиатрических диагнозов является глава F Международной классификации болезней МКБ-10 (Международная классификация болезней десятого пересмотра). Классификация МКБ-10 носит описательный характер и отказывается от теоретических разъяснений. Вместе с тем она опирается на американский справочник диагностики и статистики психических расстройств DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Предубеждение в отношении психиатрической диагностики существует как среди ученых, так и в обществе, не исключая пациентов. Однако без диагностики также нельзя обойтись. Тот, кто ищет помощь, как правило, хотел бы услышать и о диагнозе, чтобы как-то определиться со своими недугами и расстройствами. Диагнозы могут оказывать самое различное влияние на заинтересованных лиц:

- Они разъясняют феномен.
- Они уменьшают страх (поскольку проясняется вопрос о помощи), или усиливают страх (поскольку пробуждаются негативные ожидания, связанные с будущим).
- Они определяют проблемы, связанные с симптомами.
- Они оправдывают спад дееспособности и нарушение социального поведения.

Из всего перечисленного следует, что с психиатрическими диагнозами следует обращаться крайне предусмотрительно. Проблема возможных положительных и отрицательных последствий диагнозов выдвигает высокие требования к лечащим специалистам.

■ Памятка

Однако осмотнительное обращение с психиатрическими диагнозами отнюдь не означает, что пациенты могут быть плохо проинформированы о медицинских аспектах их заболевания и лечения.

Родственники также должны быть осведомлены о важнейших психиатрических диагнозах и особенностях лечения. Информацию по данному вопросу мы обобщили в нижеследующей главе. На наиболее употребительных терапевтических методах мы остановимся в отдельной главе.

Шизофренические психозы

При шизофрении речь идет о достаточно часто встречающемся, тяжелом психиатрическом заболевании. Средний риск заболевания составляет около одного процента населения. В мире насчитывается примерно 45 миллионов человек (в Германии около 800 000), независимо от их этнической или культурной принадлежности, их доходов или уровня образования

Слово «шизофренический» следует переводить как «расщепление или раздвоение мышления». При этом ни в коем случае, как это чаще всего принято, нельзя путать с «раздвоением личности». Напротив, понятием «шизофрения» передается наличием двух, параллельно сосуществующих миров восприятия.

В одном из них больные, страдающие шизофренией, воспринимают реальность точно так же, как и их окружение. Одновременно они переживают другую реальность, которая имеет тяжелые последствия для их здоровья. При этом меняются чувства, мысли, поступки. Если вспышка болезни возможна практически в любом возрасте, то ее начало более, чем у половины пациентов с шизофреническими психозами приходится на период между половой зрелости и тридцатилетним возрастом. Этим заболеваниям в одинаковой степени подвержены оба пола, однако у женщин начало первого заболевания в большинстве случаев случается позже.

Симптомы

Картина болезни определяется так называемыми положительными и отрицательными симптомами.

К положительным симптомам относятся галлюцинации, бредовые идеи, расстройства мышления и необычная манера поведения. Это особенно странно и тревожно воздействует на окружение и вызывает страх, даже у самих больных. Опасность суицида велика!

Негативные симптомы описывают общую утрату активности, сопровождающуюся потерей речи, нарушениями эмоциональной духовной жизни, которые могут привести к понижению и отказу умственной деятельности.

Терапия

В настоящее время лечение шизофренических психозов почти всегда происходит с применением медикаментов, включая психологические и социально-терапевтические мероприятия. Это требует от врачей определенного опыта, чуткости, а также терпения и плодотворного сотрудничества всех участников, так как часто требуется время для нахождения надлежащего индивидуального лечения.

Медикаментозное лечение

При выборе медикаментов (одновременно речь идет об антипсихотических или нейролептических препаратах) следует ориентироваться на симптомы, подверженные влиянию: на галлюцинации или бредовые идеи лучше всего прибегать к так называемым высокоактивным нейролептическим препаратам, которые оказывают лишь незначительное успокаивающее действие.

При сильном возбуждении предпочтительнее применять так называемые нейролептические препараты с более низкой активностью, которые обладают меньшим антипсихотическим воздействием, чем седативные (успокаивающие) средства.

К особой группе современных медикаментов относят «атипические нейролептические препараты» из-за их специального состава и способа воздействия. Они часто лучше переносятся организмом чем обычные нейролептические препараты. В общем не следует быть зависимым от нейролептических препаратов.

Из высказываний группы родственников

„Если раньше это называлось: маниакально-депрессивное заболевание, то теперь говорят о шизофрении. И как теперь следует различать.“

Медикаменты существуют не только в виде таблеток, но и в виде инъекций и препаратов пролонгированного действия, однако не все из этих препаратов имеются в распоряжении во всех вышеуказанных формах.

Как многие другие медикаменты, нейролептические препараты оказывают побочные действия, в особенности на

двигательные функции и кровообращение и могут иметь крайне осложняющие последствия. Пациенты часто жалуются на тот факт, что ими можно подавить лишь симптомы. А порой можно также услышать требование относительно того, что психозы должны изжить себя без воздействия психофармакологических средств.

Такая позиция зачастую упускает из виду страдания больных и их семей. Так как нейролептические препараты способствуют диалогу между пациентом и его окружением, а зачастую даже только за счёт препаратов это становится возможно, многие родственники поддерживают медикаментозную терапию вопреки частично обременяющим побочным действиям. Особенно во времена обострения болезни.

Психотерапия

Во время фазы обострения шизофренического психоза пациенты прежде всего нуждаются в создании достаточных возможностей, чтобы защитить себя от избыточного стимулирования и чрезмерного раздражения.

Поэтому Вам, как родственнику, на этом этапе не имеет смысла прибегать к терапевтическим беседам. После того, как острая симптоматика затихает, у больного часто возникает огромная потребность поговорить о прошедших событиях, чтобы осмыслить пережитое. И уже после этого следует предложить обратиться за психотерапевтической помощью!

Мы вышли бы за рамки настоящей брошюры, если бы подробно остановились на многообразии различных психотерапевтических возможностях лечения. Поэтому ниже приведем лишь некоторые указания.

Принципиально все лечащие врачи должны выработать общую основную психотерапевтическую установку для пациентов, способную оказывать повседневную поддержку.

Сюда относятся:

- Духовная поддержка беседами и личным содействием,
- Предоставление больному информации о заболевании и лечении,
- Оказание помощи, которая позволит осмыслить события во время острого заболевания.
- Поддержка при долговременном столкновении с болезнью
- Информация и беседы, предназначенные для родных и близких.

После острой фазы заболевания должны предлагаться специальные психотерапевтические методы с учетом индивидуальных потребностей пациента, по взаимной договоренности с лечащим врачом.

К ним относятся:

- Методы, снимающие психическое напряжение
- Поддерживающая психотерапия
- Методы терапевтического воздействия на поведение больного

Психотерапевт должен обладать опытом лечения психозов.

Прогнозы

Шансы для лечения шизофренических психозов значительно лучше, чем это считалось раньше. Одно из основных правил гласит, что одна треть пациентов, единожды в жизни перенесших стадию заболевания, излечивается окончательно. У другой трети пациентов вновь появляются толчки болезни, которые, тем не менее, при соответствующем терапевтическом сопровождении могут привести к относительно нормальной жизни.

У последней трети пациентов шизофрения переходит в хронический процесс и ведет к различному по силе ограничению уклада жизни и необходимости поддержки на протяжении всей жизни.

■ Памятка

Шизофренических психозов нет! Каждый имеет свои особенности. Это осложняет понимание болезни со стороны родственников и совместную жизнь с больным и требует чуткости, терпения и осведомленности. Группы родственников могут охотно протянуть руку помощи.

Депрессии

Более трех миллионов человек в Германии страдают от депрессии. При этом исходят из того, что примерно от пяти до двенадцати процентов населения, по крайней мере, хоть один раз в своей жизни заболевают депрессией, требующей лечения. Во всех западных промышленных странах в последние годы отмечается увеличение заболевания. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 2020 году депрессия выйдет на одно из первых мест в мире и будет являться самой большой проблемой здоровья на земле.

Депрессия, с медицинской точки зрения, часто является очень сложным диагнозом, а для родственников – в оказании помощи, так как депрессии почти всегда сопровождаются такими физическими недомоганиями, как нарушения сна и аппетита, проблемы кровообращения, головные боли и боли в желудке.

Дополнительное затруднение состоит также в том, что соматические заболевания могут быть как причиной, так сопутствующим явлением депрессии.

Депрессия почти всегда подкрадывается незаметно, обычно в скрытой форме, в редких случаях проявляется на следующий день или в течение нескольких дней. Этой болезни подвержены в равной мере, как женщины, так и мужчины.

Как распознается депрессия?

Типичными симптомами депрессии являются постоянно подавленное или тоскливое настроение, отсутствие интереса и утрата чувства радости, снижение двигательной активности. К другим, часто встречающимся признакам болезни относятся расстройства сна, причем это может выражаться как трудностью засыпания, так и частым пробуждении ночью или чрезмерно продолжительным сном. Аппетит то снижается с потерей в весе, то увеличивается с приступами ненасытного голода. Пропадает сексуальный интерес. Характерными являются сильные дневные колебания с угнетенным состоянием утром и заметным улучшением вечером.

В противоположность печали и дурному настроению, которые присущи любому психиатрическим заболеванием, требующим лечения; она способна довести человека до суицида. Как правило, единой картины болезни нет. Это создает трудности для врачей в установлении из нас, подобные чувства у больных депрессией являются хроническим состоянием, из которого они не могут выйти без врачебной помощи. Жизнь утрачивает свою привлекательность, ничто не способно пробудить интерес или вызвать радость. Чувства вины и приступы беспричинного страха до настоящей паники, внутренняя пустота, мысли о смерти и фантазии о самоубийстве чаще всего относятся к картине болезни.

Как лечат депрессию?

Депрессивные заболевания хорошо поддаются лечению, а именно:

- медикаментозному лечению так называемыми антидепрессантами,
- Духовной поддержкой (беседами) и/или долговременной психотерапией,
- специальными формами лечения, такими, как электросудорожная терапия, фототерапия или депривация (лишение) сна.

„День ото дня ей становится все хуже и хуже, она не проявляет ни малейшего интереса к профессии и ей хочется все бросить. Мы не знаем, что ей посоветовать и чем мы можем ей помочь».

Медикаментозное лечение

Антидепрессанты, вопреки широко распространенной точке зрения, не обладают свойствами наркотической зависимости. Решающим является их регулярный прием в течение продолжительного периода.

У некоторых людей это может длиться на протяжении месяцев, пока лекарственные препараты не окажут соответствующее действие, в то время как для других потребуется принимать их всего лишь в течение нескольких недель, чтобы почувствовать заметное улучшение настроения и двигательной активности.

Наиболее частыми побочными действиями антидепрессантов являются сухость во рту, головокружение, сердцебиение и расстройства пищеварения.

Психотерапия

До начала лечения психотерапия может заключаться лишь в поддерживающих и сопутствующих беседах, которые подчеркивают, что речь идет о временной болезни без участия или не по вине пациента.

При самых легких течениях болезни применяются модификации терапевтического воздействия на поведение в зависимости от состояния больного. В любом случае доверие и понимание между пациентом и терапевтом важнее, чем терапевтическая «техника».

Едва ли эффективной может оказаться такая психотерапия, при которой самосознание пациента строится на расходах его родственников. Поскольку семья зачастую является последним социальным контактом депрессивного пациента, то разлад семейных отношений из-за терапевта может быть губительным. Внутрисемейная терапия рекомендуется только в том случае, если каждый член семьи оказывает индивидуальную и достаточную поддержку.

Другие биологические методы

Электросудорожная терапия

Электросудорожная терапия (ЭСТ) является одним из крайне редко применяемых методов лечения, который пользуется дурной славой, поскольку раньше использовался без наркоза. Метод электросудорожной терапии основывается на том, что с помощью раздражения головного мозга электрическим током вызывается эпилептический припадок или судорожное состояние. Эффективность этого метода лечения доказана. Сегодня ЭСТ осуществляется под наркозом и прежде всего применяется при затяжных кататонических психозах (состояние оцепенения до полной неподвижности) и при не поддающейся лечению депрессии. ЭСТ главным образом наносит вред пациентам с временным расстройством памяти. Она опасна для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Современная техника применения ведет сегодня к гораздо лучшей переносимости больными этого метода лечения.

Фототерапия

Фототерапия, при которой пациент в течение длительного времени подвергается сильному воздействию источника света, применяется с недавних пор, особенно при так называемых сезонных депрессивных состояниях. Она достаточно эффективна при этих формах заболевания, но пока еще относительно мало распространена.

Депривация (лишение) сна

При лечении некоторых депрессивных заболеваний применяется терапия *лишением сна* для кратковременного улучшения симптоматики. Однако, устойчивого действия лишением сна не достигается.

Прогнозы

Многие депрессивные заболевания полностью излечиваются, от 40 до 50 процентов в первые шесть месяцев, 20 до 30 процентов – через год. От 5 до 10 процентов пациентов остаются хронически депрессивными, и, примерно у 20 до 30 процентов заболевание хотя и излечивается, но, тем не менее, продолжает сохраняться пониженная толерантность к нагрузке.

■ Памятка

Тяжелые формы депрессии являются опасным для жизни заболеванием. От 10 до 15 процентов пациентов погибают от суицида. Родные и близкие должны очень серьезно воспринимать угрозы о самоубийстве и упорно настаивать на медицинском лечении, даже если учесть, что повторные угрозы подобного типа сами по себе могут становиться невыносимой нагрузкой для родственников.

Биполярные расстройства (маниакально-депрессивные заболевания)

Биполярными расстройствами в Германии страдают около 4 миллионов человек. Таким образом, биполярные расстройства (ранее также: маниакально-депрессивное заболевание) относятся к наиболее распространенным психическим страданиям. Более того, до настоящего времени они часто не распознаются и поэтому не всегда лечатся надлежащим образом.

Каким образом распознается биполярное заболевание?

Периоды возвышенного чувства, чрезмерная активность, неспособность критической оценки своих действий, наряду с отсутствием сна, меняются подавленностью, угнетенным состоянием духа с различной быстротой (от нескольких дней до одного года).

Типичным признаком маниакального состояния является интенсивное возбуждение, повышенное и часто необоснованное хорошее настроение, а также субъективное чувство чрезмерной личной активности. На фазе маниакального состояния больные часто упорно не признают существования какой-либо проблемы и раздражаются, если им кто-нибудь укажет на очевидные трудности. Зачастую пациенты не готовы к лечению и должны быть принудительно помещены на стационарное лечение по инициативе родственников или в административном порядке органами по надзору.

Терапия

При лечении маниакального состояния рекомендуется комбинировать медикаментозных и психотерапевтических элементов. При медикаментозной терапии необходимо делать различие между экстренным и длительным медикаментозным лечением.

Назначаются сильнодействующие нейролептические препараты и препараты стабилизирующие настроение пациента, как например Литий.

Прогнозы

Биполярные заболевания имеют хорошие шансы на успешное лечение. Родственникам особенно трудно их выдержать из-за неспособности критической оценки чрезмерной активности и часто связанного с этим раскрепощенного состояния больного. Если это

ведет драматической принудительной госпитализацией, то очень часто эту травму семьи переживают в течение длительного времени.

■ Памятка

Родственники больных депрессией должны с большим терпением относиться к чужому миру переживаний и принимать на себя задачи временно неспособного к нормальной жизни человека.

Во время маниакальных фаз редко удается предотвратить чреватые последствия действия пациента (как напр. основания фирмы, кругосветные путешествия, бессмысленные покупки). Еще больше, чем при других психических заболеваниях, родственники должны обращать внимание на свои собственные потребности и при необходимости обращаться за помощью, например, в группы родственников или к профессиональным специалистам.

„Он был жутко активен и чрезмерно весел. Врачи видели в этом положительный признак после депрессии. Но из опыта мы знали, что он снова впал в маниакальное состояние.“

Заболевания, связанные с навязчивыми состояниями

Расстройства, связанные с навязчивыми состояниями, в течение длительного времени считались редким психиатрическим заболеванием. По самым новейшим сведениям они составляли один-два процента от общего населения, встречаются несколько чаще у женщин, чем у мужчин. Первые признаки проявляются в юности или на ранней стадии зрелого возраста. Первый контакт с терапевтическим учреждением в среднем происходит через семь лет после первого появления расстройства.

Как распознается болезнь навязчивого состояния?

Расстройства, связанные с навязчивостью, распознаются в развитии повторяющихся ритуалов, которые трансформируются в навязчивые действия и могут длиться на протяжении нескольких часов. При этом больные отдадут себе отчет в бессмысленности своего поведения.

В большинстве случаев навязчивые поступки сопровождаются ярко выраженным влечением к совершению того или иного действия, которые заключаются, например, в том, чтобы постоянно что-то проверять, считать, мыть, приводить в порядок и собирать.

Признаки:

- Синдром навязчивых мыслей или действий (или оба синдрома) появляются как минимум через две недели.
- Мысли, возникающие помимо воли, но признаваемые больным как свои собственные идеи, которые исходят от других лиц или под влиянием внешних воздействий.
- Они постоянно повторяются и воспринимаются как досадные и бессмысленные.
- Больной пытается противостоять симптомам навязчивости, но прилагаемые усилия безуспешны.
- Больной страдает от симптомов навязчивости и из-за высоких затрат времени ограничивается в своих социальных контактах и на своей личной трудоспособности.

Терапия

Лечение заболеваний, связанных с навязчивым состоянием, долгое время считалось трудным. Особое значение для достижения успеха имеет хорошее отношение со стороны терапевта. Разъяснение больному симптомов и информация о состоянии пациента очень важны в начале лечения. Одним из эффективных методов лечения навязчивых состояний является поведенческая терапия (техника экспозиции и предотвращения реакции). Более трудным представляется терапевтическое воздействие на навязчивые мысли.

Для медикаментозного лечения чаще всего применяются так называемые серотонинергические антидепрессанты, которые считаются наиболее эффективными. Цель медикаментозной терапии заключается в том, чтобы создать основу для проработки стрессовых, вызывающих страх ситуаций.

Прогнозы

Часто между началом расстройства и первым лечением проходит много времени и заболевание может уже перейти в хроническую форму. На этом фоне должна приниматься во внимание статистическая норма лечения, которая составляет около 60%.

■ Памятка

Родственники не должны закрывать глаза на симптомы или реагировать на них со страхом; прежде всего необходимо, чтобы они обратились к опытному терапевту.

Существуют клиники, которые специализируются на заболеваниях, связанных с навязчивыми состояниями. При своевременном лечении шансы на выздоровление или улучшение состояния очень хорошие!

Расстройство пограничного типа

«Borderline» означает пограничная линия. Под расстройством пограничного типа подразумевают психическое заболевание между неврозом, психозом, депрессией с быстро меняющимся настроением. Такое состояние трудно поддается диагностике. В психиатрической литературе нередко оспаривается существование пограничных психических нарушений. Мы ссылаемся здесь на описания в популярной литературе и на опыты родственников и больных.

Каким образом распознается погранично психическое расстройство?

Пациент с так называемым пограничным расстройством отличается почти от всех других психически больных тем, что он действует не как больной. Он выдвигает высокие требования к своему окружению, так как, с одной стороны, он ищет близости окружающих его людей, а с другой стороны, их не переносит («я люблю тебя, я ненавижу тебя»). В большинстве случаев чувствуется внутренняя пустота и постоянной скуки являются подоплекой для переживаний больных людей.

Если все или некоторые из перечисленных ниже симптомов совпадают, то следует предположить пограничное психическое нарушение:

- непостоянные и несоразмерно интенсивные межличностные отношения,
- сильные колебания настроения,

Лечение при психических расстройствах

Вид и тяжесть многих психических заболеваний требуют одновременного применения фармакологического лечения и психотерапии. Прежде всего при тяжелых и продолжительных процессах оба метода лечения должны дополняться проведением социально-терапевтических мероприятий, т.е. средствами оказания помощи, позволяющими преодолеть недуги в таких важных сферах, как работа, место проживания, организация досуга и режима дня.

„Я испытываю большой страх перед рецидивом, так как он больше не принимает свои пилюли. Что же мне делать?“

„Он должен сам учиться бороться со своей болезнью и обращаться с медикаментами, я не могу быть его надсмотрщиком.“

Какую помощь оказывают медикаменты?

Сегодняшнюю психотерапию нельзя себе представить без применения психофармакологических препаратов. Согласно всем исследованиям они являются незаменимым вспомогательным средством при лечении тяжелых психических расстройств. К ним относятся шизофрения, маниакально-депрессивные заболевания, острые приступы страха или депрессивные расстройства с непосредственной угрозой самоубийства.

Психофармакологические средства не ликвидируют болезнь, но они помогают устранить или облегчить мучительные недуги; они служат для периодического лечения, т.е. они могут если не предотвратить рецидивы и кризы, то, по крайней мере, снизить их частоту.

Постоянное употребление лекарственных препаратов может вызвать не только желаемые, но и нежелательные действия. Поэтому важно тщательно обдумать как их взаимную пользу, так и создаваемую нагрузку. Всякий раз необходимо взвешивать, где они способны спасти жизнь, а где сделать жизнь сносной или обеспечить удовлетворительное качество жизни и, по возможности, нормальные будни в личной жизни и работе.

Сегодня различают четыре группы психофармакологических препаратов:

- нейролептические препараты
- антидепрессанты
- транквилизаторы или успокоительные средства
- снотворные средства

Нейролептические препараты (Антипсихические препараты)

Нейролептические средства влияют на восприятие и степень раздражения (особенно при бредовом состоянии и галлюцинациях), они изменяют психомоторику и могут оказывать седативное (успокаивающее) действие. Кроме того, они обнаруживают антиманиакальный эффект. Слабо активные нейролептические препараты, главным образом из-за их успокаивающего действия, часто применяются для улучшения сна. Однако, основной областью применения нейролептиков являются заболевания, которые связаны с бредом и галлюцинациями, маниакальными синдромами и агрессивностью. При шизофренических заболеваниях нейролептические препараты оказывают дополнительное профилактическое (предупредительное) действие.

- частые и необоснованные вспышки гнева,
- невероятная самооценка, склонность к угрозам и попыткам самоубийства, а также агрессии по отношению к самому себе и другим,
- отсутствие ясного чувства тождественности,
- отчаянные усилия побороть страх перед реальным или воображаемым одиночеством,
- хронические чувства пустоты или скуки,
- мимолетные параноидные вспышки или другие подобные симптомы,
- Саморанительное поведение, самовредительство.

Терапия

Лечение пограничного психического расстройства является комплексной и сложной, преимущественно психотерапевтической задачей. Особенно важно при лечении больного с пограничным нарушением создать положительную картину для самооценки и укрепить его собственное «я». В обращении с таким пациентом огромное значение имеет абсолютная открытость и способность к самоограничению. Это касается как родственников, так и профессиональных помощников.

Специфическое медикаментозное лечение таких расстройств не известно.

■ Памятка

При некоторых клиниках созданы специализированные отделения для этих групп пациентов и пациенток, здесь проводится также длительное лечение. Однако основная задача лечения состоит в том, чтобы оно проходило в амбулаторных условиях.

Заболевания, связанные с непреодолимым патологическим влечением

Несмотря на их большое распространение, болезням патологической зависимости уделяется недостаточное внимание. Пациенты с этим заболеванием должны относиться к компетенции системы обеспечения. Это может служить причиной тому, почему больные с патологической зависимостью не относятся к самым популярным пациентам и даже многие терапевты или психиатрические учреждения их лечение изымают из каталога своих услуг. Это касается также многих учреждений дополнительного и амбулаторного психиатрического и психотерапевтического обслуживания.

В Германии помощь больным с патологической зависимостью частично исключена из медицинского обслуживания и отнесена к компетенции консультационных пунктов. Стационарное обслуживание, особенно продолжительное лечение, также переместились в специальные клиники, в результате чего, конечно, страдает система обслуживания в общинах.

Заболевания патологической зависимости часто возникают параллельно с другими психическими болезнями или расстройствами (что может быть обусловлено какой-либо причиной, либо являться следствием нанесенного ущерба). В этом случае речь идет о «двойном диагнозе» и о комбинированном лечении. Разумеется, не всегда просто, найти надлежащую помощь для пациентов с двойным диагнозом.

Нейролептические препараты оказывают различные побочные действия, особенно на телодвижения (двигательные функции человеческого тела). Зато от них не следует ожидать развития зависимости.

Антидепрессанты

Антидепрессанты после определенного времени приема влияют на жизненные расстройства депрессивных пациентов. Кроме того, некоторые средства (серотонинэргические антидепрессанты / serotonerge Antidepressiva) могут применяться при лечении тревожных и навязчивых расстройств. Иногда антидепрессанты имеют положительное воздействие на хронические синдромы боли.

Побочные действия большей частью являются следствием воздействия на вегетативную нервную систему, а также сердечно-сосудистые функции, функции желез, например, слюнных желез и т.д., при этом антидепрессанты не вызывают привыкания в независимости от длительности лечения.

Транквилизаторы (Успокоительное средство)

В большинстве случаев транквилизаторы являются бензодиазепинами. Они способны снимать состояние тревоги, страха, беспокойства и обеспечивать нормализацию сна. Поэтому они в основном применяются как снотворное, а также средство против заболеваний, сопровождающихся состояниями паники и страха. Бензодиазепины, в основном, представляют собой медикаменты с низким побочным действием, тем не менее, при отмене приема лекарства они чаще всего могут способствовать так называемому феномену рикошета (то, что было снято при помощи медикамента, через короткое время возвращается к прежнему патологическому состоянию в усиленной форме). После регулярного приема (более трех месяцев) эти средства теряют свое действие: поэтому они должны всегда назначаться только на определенный, по возможности короткий период времени. При более длительном употреблении транквилизаторов может развиваться зависимость. Транквилизаторами часто злоупотребляют, используя их в качестве заменителя наркотика.

Снотворные средства (Снотворное средство)

Классическими снотворными средствами являются барбитураты (Barbitursäure-ergärage), лекарственные вещества, производные барбитуровой кислоты, которые вследствие высокого риска, связанного с привыканием, почти исчезли с рынка. Вместо них, как правило, в качестве снотворного применяются транквилизаторы и низко активные нейролептические препараты. Для регуляции сна у депрессивных пациентов можно также воспользоваться успокаивающим действием антидепрессантов.

Медикаменты для профилактики фазных аффективных расстройств

Для предотвращения рецидивов, порой необходим продолжительный прием медикаментов. Литий и некоторых Антиэпилептика показали положительные результаты в фазовой профилактике аффективных расстройств (маниакальных и депрессивных) а также утвердились как аниманиакально действующие субстанции. Некоторые из них оказывают дополнительное благоприятное воздействие при агрессивности и могут положительно влиять на шизоаффективные заболевания. При лечении определенных форм депрессии в целях фазовой профилактики медикаменты могут комбинироваться с антидепрессантами.

Литий, соль, как правило, хорошо переносится. «Терапевтическое окно» (разница между действенной и вредной дозой), тем не менее достаточно невелико, что должно учитываться при дозировании. Дополнительно при приеме лития часто появляется тремор (дрожание), функция щитовидной железы может быть нарушена. Ни на один из медикаментов нет описания по развитию зависимости.

■ Памятка

Может случаться, что назначенные медикаменты, не имеют разрешения для лечения соответствующих признаков болезни. Это допустимо („Off-Label-Use“: использование не по инструкции). Поэтому инструкция по медицинскому применению не должна сбивать вас с толку. Поэтому упаковочный лист не должен сбивать Вас с толку!

Что подразумевается под психотерапией?

Слово «психотерапия» дословно переводится «лечение духовными средствами». При этом в первую очередь речь идет о лечении словом. Отчасти применяются также и другие, не медикаментозные формы лечения, такие, как танец, музыка, рисование, инструктаж по динамике движения, техника дыхания, упражнения для расслабления мышц и т.д. Психотерапия является важнейшей составной частью лечения психиатрических заболеваний.

В общем и целом – и, разумеется, особенно в кризисных ситуациях, в психиатрии оправдала себя на практике поддерживающая и придающая мужество форма психотерапии, так называемая «основная психотерапевтическая установка». При этом основная цель психотерапевтов прежде всего состоит в укреплении уверенности в себе, в собственных силах, в разграничении излишних обязанностей, соблюдении личных предельных нагрузок и снижении необоснованного чувства вины. В этом смысле психотерапия при всех психических заболеваниях должна быть сама собой разумеющейся.

Директивы психотерапии

В Германии публичными больничными кассами и объединением врачей больничных касс, в которых также представлены психологи, достигнуты специальные психотерапевтические договоренности и согласованы директивы. Речь главным образом идет о том, какие методы в какой форме и за какое количество часов должны оплачиваться больничными кассами. Проведение психотерапии с обязанностью возмещения затрат, строго регламентировано: начиная с подачи заявления до количества возможных часов лечения, от права на проведение лечения до официального разрешения на отдельные терапевтические методы. Разрешение на то или иной метод лечения для возмещения расходов больничными кассами предполагает наличие научных справок и документов, подтверждающих их действенность. Частные больничные кассы также ориентируются на договоренности, но у них есть собственные правила и договоры.

Из многочисленных психотерапевтических школ и методов, в рамках договоренностей между больничными кассами и врачами, соответственно, психотерапевтами, принципиально разрешены лишь два:

1. Психоаналитически обоснованный метод

На передний план лечения выдвигается неосознанная психодинамика и анализ наиболее важных конфликтных и эмоциональных моментов в жизни (З. Фрейд, К. Юнг и др.).

Аналитическая психотерапия

В центре внимания анализа находятся ранние годы жизни, ранние конфликтные и симптоматические ситуации; речь идет об эмоциональном созревании. Средствами лечения (которое часто также называют лечение психоаналитиком), среди прочих, являются анализ сновидений, свободных ассоциаций и особенно терапевтический подход. Лечение, как правило, проводится регулярно каждую неделю и продолжается несколько часов. Терапевт занимает умеренно «сдержанную» позицию. Основная задача состоит не только в лечении симптомов болезни, но и в анализе основополагающих изменений структуры личности. Продолжительность лечения составляет примерно 160-240 часов.

■ **Памятка**

В стандартной форме психоанализ для людей с психозами не предусмотрен и может только нанести вред; в модифицированной форме этот метод должен применяться только в единичных случаях. Наличие психоза не является поводом для отказа от психотерапии.

Обоснованная глубинно-психологическая психотерапия

Основываясь на психоаналитическом понимании заболевания, находят применение различные методы лечения, как, например, «фокальная терапия», «динамическая психотерапия» и, в особенности, «низкочастотная поддерживающая глубинно-психологическая терапия», способная в течение длительного времени регулировать межличностные терапевтические взаимоотношения. Чаще всего лечение относится к конкретным актуальным темам и проблемам, и длится примерно 50-80 часов.

■ **Памятка**

Данная форма лечения подходит также для пациентов с психотическими заболеваниями, причем в заявке на лечение всегда требуются особые обоснования, так как психозы не имеют само собой разумеющегося показания.

„Моя сестра находится на лечении у психиатра и психотерапевта, который только спрашивает, принимает ли она лекарства и переносит ли их. Не слишком ли мало? Не мешало бы прибегнуть также к психотерапии.“

2. Поведенческая психотерапия

Целью данного метода лечения является изменение поведения пациента в смысле лучшего решения психологической проблемы. В рамках обучающей и социальной психологии речь идет о терапевтическом воздействии на конкретное поведение, образ мыслей, эмоции, мотивации и реакции тела. Поведенческая терапия может применяться как индивидуальная или групповая психотерапия. Она включает в себя конкретные программы и обусловленные симптомами стратегии (например, программы тренинга для расширения социальной компетенции или программы для определенных психических отклонений, таких, как фобия или сексуальные расстройства). Как правило, период лечения длится от 45 до 60 часов.

Из применяемых методов терапии, которые не оплачиваются страховой кассой прежде всего назовем следующие:

- психодрама,
- недирективная психотерапия (психотерапия по Роджерсу)
- Гештальт-терапия,
- системная терапия (семейная терапия),
- логотерапия,
- анализ межличностных отношений.

Эти методы терапии не разрешаются в рамках финансируемого больничными кассами амбулаторного лечения. Однако многие из них в модифицированной форме находят свое применение в терапевтических концепциях клиник или у отдельных терапевтов.

■ **Памятка**

Ваш заболевший родственник должен посетить, по меньшей мере, один, а лучше несколько так называемых пробных сеансов, во время которых терапевт и пациент смогут разобраться, достигнут ли они между собой взаимопонимания.

При семейной терапии родственники должны обратить внимание на то, что все участники относятся друг к другу с равным уважением и в равной мере нуждаются в помощи специалиста. Взаимные упреки свидетельствуют об ошибке специалиста.

Психолого-педагогическая работа

Для того, чтобы пациенты и родственники могли лучше понять болезнь и оказывать поддержку при лечении, разработаны так называемые педагогические методы психотерапии. В настоящее время имеется достаточно много отработанных материалов, приносящих успех прежде всего при лечении шизофренических заболеваний, а также разработаны многообещающие концепции для терапии депрессий и других психических расстройств. Вместо понятия «психолого-педагогическая работа» применяется более нейтральное обозначение «психотренинг» или «психо-информация». При применении этих методов лечения предпринимаются попытки проинформировать пациентов и их родственников о болезни и ее лечении, чтобы они, с одной стороны, получили как можно больше информации о собственной ситуации и границах допустимой нагрузки, с другой стороны, научить их укреплять свои собственные силы при самоизлечении.

■ **Памятка**

Привлечение родственников к психическому воспитанию самым наилучшим образом оправдало себя на практике. Если они будут обладать тем же уровнем знаний, что и пациенты, то будет меньше возникать натянутых отношений и конфликтов, что в значительной степени способствует успешному преодолению заболевания.

Беседы в форме диалога, как например, семинары, посвященные теме «психоза», на которых пациенты, родственники и терапевты сообща обмениваются как информацией, так и опытом, являются важным дополнением.

Социотерапия

Социальная психотерапия, несмотря на то, что с 2000 г. она официально регулируется больничными кассами как финансируемая услуга, она до сих пор редко проводится по различным причинам. Для родственников больных с хроническими психическими заболеваниями, так же как и для психиатрического ухода в домашних условиях, социальная психотерапия могла бы быть очень полезной услугой, которая позволила бы разгрузить родных и близких. Поэтому мы настойчиво требуем ее повсеместного внедрения.

Социальная психотерапия служит предотвращению и, соответственно, снижению срока пребывания пациентов в больницах. К целевой группе относятся психически больные люди с диагнозами шизофрении, а также формами депрессии с психотическими симптомами.

Социальная психотерапия может назначаться официально допущенными частнопрактикующими врачами с особыми полномочиями, а также ведомственными амбулаторными отделениями. Для этого сначала составляется план социально-терапевтического обслуживания, в котором конкретно определяются цели и содержание социальной психотерапии.

Первым шагом лечения является создание среды, позволяющей вынести нагрузку. На этой основе между социальным терапевтом и пациентом обсуждаются и согласовываются возможности психической стабилизации и более рационального использования амбулаторной системы помощи (из области работа, структурирование и организация дня, быта, досуга, попечения, медицинского обслуживания и т.д.). При лечении в стационарных условиях должны обеспечиваться контакты с родственниками, снижаться границы доступа к больному: социальная психотерапия является как амбулаторным, так и общественным мероприятием. Благодаря ей могут сниматься проблемы и кризисы в домашней и социальной среде пациента и изыскиваться возможности для изменения качества жизни. Рационально также вовлекать в этот процесс оказания помощи родственников, соседей или друзей и знакомых.

К другому кругу задач социальной психотерапии относится содействие в наблюдении за течением болезни пациента. Здесь, например, может идти речь о том, чтобы распознавать индивидуальные симптомы на ранней стадии болезни и разработать свой личный план кризисных ситуаций.

„Наша дочь совершенно не следит за своим хозяйством и ребенком, все забросила. Порой она не просматривает поступающую почту, и тогда пропускает важные встречи.»

Стандарты в психиатрическом лечении

Как в общей медицине, так и в психиатрии имеется множество различных методов лечения, суждений и стереотипных направлений. И поскольку нет определенного объяснения причин возникновения психических заболеваний, новые тезисы в соматической медицине нередко как внезапно появляются, то также быстро и исчезают.

Психиатрические концепции и методы лечения колеблются между чисто медицинским и психосоциальным полюсом. Поэтому пациентам и их родственникам трудно распознать, какой из методов лечения является наиболее эффективным и современным.

Ниже приведены критерии, которыми должен руководствоваться профессиональный помощник:

- Искренность, готовность к ведению беседы, человечность, наряду с компетенцией,
- Сочувствие страданиям пациента и положению, в котором оказались родственники,
- Предоставление пациенту информации по:
 - индивидуальным планам лечения
 - назначению лекарственных препаратов и их побочным действиям
 - перспективам на будущее.

Заболевший член Вашей семьи не должен мириться с тем, что:

- беседы с лечащим врачом невозможны,
- информация о лечении, назначении лекарственных препаратов и их побочных действий либо отсутствует, либо она недостаточна,
- не проводятся соматические обследования,
- отсутствует постоянное обслуживание,
- человечность и общение, основанное на доверии, не должны приниматься в расчет.

■ Памятка

Медицинское обслуживание является также услугой! Существуют качественные признаки и различные специалисты, предлагающие свои услуги. Если Вы обнаружили недостатки и всяческие нарушения, однозначно укажите на это и сообщите при необходимости вашей страховой больничной кассе. С плохим обслуживанием мириться нельзя!

Система обеспечения помощи

для психически больных людей

Для пациентов и для Вас, как родственнику, система оказания психиатрической помощи во многом представляется как «джунгли». Ландшафт для обеспечения помощью больных с психическими расстройствами в той или иной федеральной земле Германии, или в том или ином районе страны, крайне разнообразен. Поэтому приведенный здесь перечень важнейших элементов системы помощи позволяют только приблизительно сориентироваться в существующей проблеме. Сложность состоит в том, что нет единых названий. Учреждения с подобным видом услуг в различных странах имеют совершенно разные наименования и, наоборот, учреждения с идентичными наименованиями предоставляют различные услуги совершенно иного характера. Таким образом, это приводит к тому, что у Вас нет возможности на месте получить информацию о соответствующих видах услуг с их преимуществами и недостатками и, особенно, обменяться опытом с другими заинтересованными лицами.

«Существовала договоренность, что в случае рецидива она снова поступит в эту клинику, но когда коснулась дела, там обещания своего не сдержали».

Средства помощи и поддержки для психически больных людей и их семей в Германии сосредоточены в двух различных сферах: в здравоохранении и социальном обеспечении. Это влечет за собой глубокие, прежде всего финансовые последствия как для самих больных, так и для их родных и близких. В результате все сводится к определенному ущемлению интересов по отношению к больным с физическими недомоганиями. Больничные кассы и другие объекты, несущие расходы по медицинскому обслуживанию, стараются не признавать необходимые услуги для психически больных как составную часть медицинского обслуживания, а также как свою обязанность по их оплате. Поэтому такие сферы, как снабжение и обслуживание больных с психическими расстройствами отнесены к системе социального обеспечения. Существует мнение, что психиатрическая помощь должна подразделяться на стационарные, частично стационарные, амбулаторные и другие вспомогательные (дополнительные) услуги. Наше изложение системы помощи ориентируется на традиционное подразделение, занимающее господствующее положение во многих местах. Как мы уже упоминали в предисловии, больные и их родственники часто критикуют, что в таком подразделении их потребностям и пожеланиям не уделяется внимания и что в кризисных ситуациях не оказывается настоящей помощи. В течении нескольких лет предпринимались многообещающие попытки что-то изменить, на которых мы здесь, тем не менее, не можем подробно остановиться. Последовательность, в которой обсуждаются средства помощи и учреждения, занимающиеся данным вопросом, наверняка не имеет значения, но зато как нужна сама помощь в каждом отдельном случае. В настоящее время пребывание в клинике для подавляющего большинства пациентов, по сравнению с прежними временами, значительно сокращено; в равной степени возросло значение оказания помощи вне стационара, без которой нельзя обойтись и которая должна оказываться повсюду в требуемой мере.

Психиатрическая клиника и психиатрическое отделение в общей больнице

Психиатрическая клиника является у нас традиционной формой обслуживания людей с острыми психическими заболеваниями.

Однако, в последние десятилетия значимость клинического лечения изменилась, это касается как уменьшения количества койко-мест в стационарах, так и сокращения времени пребывания. Сегодня клиники являются только одним из многих учреждений, способных оказать необходимую помощь.

Признаком качества стационарной психиатрии являются хорошее знание услуг, предоставляемых иными учреждениями социального обеспечения в области психиатрии, а также благотворное сотрудничество и объединение в сеть с этими структурами.

Общежития

Учреждения социального обеспечения, или общежития для психически больных людей рассчитаны на принципиально не ограниченное сроком пребывание их обитателей. Желательно, чтобы в нормальных жилых районах были сосредоточены хотя бы небольшие интегрированные предложения по оказанию услуг, но до сих пор это удавалось редко. Также и общежития должны быть рассчитаны на то, чтобы их обитатели в будущем могли снова вернуться к самостоятельной жизни вне учреждений подобного типа.

Несмотря на то, что места в общежитиях повсюду являются дефицитным товаром, пациенты и их родственники должны осмотреть несколько таких учреждений и поинтересоваться теми услугами, которые они предлагают, поскольку могут существовать значительные различия как в пространственных условиях, так и в обслуживании.

Врач широкого профиля

Значительно количество больных с психическими расстройствами – по меньшей мере, в начале болезни, а порой и в течение длительного времени – лечится у домашнего врача. Для этого имеются различные причины. Возможно, что пациент по происшествии продолжительного и мучительного для всех времени испытывает доверие только к своему домашнему врачу или же он боится (например, в маленьком городе) обратиться к психиатру. Часто домашний врач является первым, кто вступает в противоборство с психическим расстройством. От его оценки может зависеть многое. При тяжелых заболеваниях он должен, по возможности, обратиться за советом к официально практикующему невропатологу.

Официально практикующие невропатологи

Наряду с домашними врачами, официально практикующие врачи-невропатологи чаще всего являются первым явочным и важным пунктом для долговременного обслуживания многих психически больных людей. Такие врачи-специалисты называются по-разному: врач по психиатрии или также по психиатрии и психотерапии, по психиатрии и неврологии, врач по неврологии или невропатолог.

Наряду с установлением диагноза и обнаружением других возможных заболеваний, от невропатолога следует ожидать консультации пациента – с его согласия – а также родственников по болезни, ее лечению и по обращению с ней. Значительную роль играет назначение лекарственных препаратов, а также необходимое изменение, уменьшение или повышение дозы лекарства, назначенного врачом.

Важным является то, чтобы между пациентом и врачом установилось хорошее отношение доверия. Вы, как родственник, должны помочь найти «подходящего» врача больному и, при необходимости, произвести его замену.

Нижеследующие вопросы должны Вам помочь в поиске хорошего врача:

- Как долго врач будет проводить беседы с пациентом, могут ли при этом присутствовать родственники и другие заинтересованные лица?
- В какой мере он сможет проникнуться чувством и уважением к подчас сложной и чаще всего сильно пораненной личности пациента?
- Способен ли он указать пациенту на подходящие ему услуги из дополнительной области, включая предложения по самостоятельной помощи, и содействовать налаживанию соответствующих контактов?
- Какую помощь может оказать официально практикующий врач в случае наступления кризисов?

Институтские амбулатории при психиатрических клиниках и отделениях

Институтские амбулатории являются составной частью соответствующих клинических учреждений. У них есть постоянный штат сотрудников из различных профессиональных групп, представленных в клинике. Институтские амбулатории существуют во всех федеральных землях. Они обслуживают больных людей с хроническими или повторяющимися психическими расстройствами в зависимости от тяжести заболевания. Для этого круга лиц профилактическое обслуживание и последующее лечение в амбулатории клиники зачастую является более проблематичным, чем регулярное посещение официально практикующего врача-специалиста. В институтских амбулаториях наряду с врачами Вам придут на помощь психологи, служащие социального обеспечения, а также лица по уходу за больными с психиатрическими нарушениями.

Институтские амбулатории проверяют необходимость поступления в клинику и осуществляют медицинское и психиатрическое и социальное пациентов клиник после их выписки. Наряду с медицинским лечением здесь предлагаются также услуги по психиатрическому и социальному обслуживанию.

Дневные клиники

Дневные клиники представляют собой медицинские учреждениями полустационарного типа для лечения психических заболеваний, руководство которых осуществляется врачами. Там лечатся психически больные люди, для которых уже или еще не требуется лечение в стационарных условиях. Обычно эти клиники прикреплены к одному из психиатрических учреждений. Преимущество: пациент находится в хорошо известной ему среде и помимо этого может клинически лечиться.

Заявки, как правило, могут подаваться по телефону. Сначала происходит предварительное собеседование, во время которого выясняется, является ли эффективным лечение в дневной клинике. Для приема в дневную клинику требуется направление.

Направления для лечения в дневной клинике выдаются официально практикующим врачом или больницей. Расходы по лечению принимают на себя больничные кассы.

„Нашей дочери довольно плохо, но она ни в коем случае не хочет в больницу.

Существует ли возможность, чтобы она обслуживалась и лечилась дома?“

Дневные учреждения

Под понятием «дневные учреждения» подразумеваются существующие в различных федеральных землях и регионах Германии самые разнообразные учреждения.

Зачастую они связаны с другими учреждениями, например, консультационными пунктами или службами по предоставлению услуг в месте проживания, или с одним из социально-психиатрических центров.

Дневные учреждения отличаются от дневных клиник тем, что руководство в них осуществляется не врачами и они финансируются не больничными кассами.

Они хотят помочь клиентам в организации их повседневной жизни и досуга и помимо этого часто предлагают программу терапевтической реабилитации.

В большинстве случаев у них пятидневный и, соответственно, восьмичасовой режим работы.

■ Памятка

Как организация, относящаяся к системе социального обеспечения, дневное учреждение, финансируется самими различными способами, так что прежде чем обратиться туда, следует навести справки в соответствующей инстанции.

Социально-психиатрические службы

Ввиду огромных различий в организации, структуре и предложении социально-психиатрических служб внутри одной и той же федеральной земли, едва ли представляется возможным дать здесь точное определение оказываемым ими услугам.

Конечно, можно исходить из того, что сотрудники социально-психиатрических служб имеют опыт в обращении с психически больными людьми и оказании необходимой помощи в случае кризисов.

В целом они несут ответственность за точно ограниченную область или район и хорошо проинформированы о существующей системе оказания помощи психически больным людям в рамках своей сферы услуг.

■ Памятка

Осведомитесь на месте о конкретных предложениях по оказанию услуг со стороны той или иной социально-психиатрической службы. Если в телефонной книге Вы не обнаружите записи, обратитесь за справкой в отдел здравоохранения.

Координатор по психиатрии

Многие города и районы Германии предоставляют работу координатору по психиатрии. Эта относительно новая профессия может сочетать в себе работу психиатра или психолога. Его местонахождением в большинстве случаев является отдел здравоохранения или другое учреждение внутри городского, окружного или районного управления.

Помимо прочего его задачей является планирование услуг в области психиатрии и содействие по устранению дефицита услуг.

■ Памятка

У родственников не должно возникать никаких сомнений по поводу обращения с вопросами, проблемами или затруднениями к «своему» координатору.

Особенно важно, чтобы для семей с хронически больными людьми оказывались следующие услуги в амбулаторной сфере:

- Обслуживание в месте проживания
- Служба оказания скорой помощи при наступлении кризисов
- психиатрический уход в амбулаторных условиях

Обслуживание по месту проживания

Обслуживание по месту проживания является одним из важнейших видов помощи, который позволяет психически больному человеку жить в своей общине. Такие больные могут, с одной стороны, свободно и независимо жить в собственном доме, а с другой стороны, в случае надобности, получать необходимую помощь и поддержку. Обслуживаемое жилье может относиться к группе совместно проживающих людей, отдельным или несколькими квартирам. Финансирование этой услуги не подлежит регулированию со стороны государства.

Родственники особенно хорошо воспринимают этот вид услуги в том случае, если больной поправляется и хорошо уживается со своими соседями и попечителями. Родственники могут привлекаться к финансированию только при высоких доходах.

■ Памятка

Поинтересуйтесь в своем отделе здравоохранения относительно предлагаемых услуг по Вашему местожительству. Сравните некоторые из них. Если в Вашем городе нет обслуживаемого жилья, потребуйте предоставление такой услуги через Вашего политического деятеля!

Помощь в критических ситуациях

Такая помощь часто является первой, в которой нуждаются родственники. Поэтому она в нашем перечислении она названа последней лишь только по той причине, что функционирующая служба помощи по преодолению кризисов является крайне редкой.

Тем не менее в некоторых местах имеются психиатрические и социально-психиатрические службы по оказанию неотложной помощи, которые очень эффективно работают и оказывают настоящую помощь в преодолении кризисов как больным, так и их родственникам. Различие состоит лишь во времени доступа к этим службам: одни работают только по часам и в конце недели, другие только в конце недели.

В редких случаях официально практикующие невропатологи и психиатры готовы к сотрудничеству. Специалисты по психиатрии оказывают помощь в снятии кризиса в экстренном случае, пока снова не понадобится постоянная консультация и лечение специалистов.

Больные и их родственники часто вновь попадают в ситуации, при которых «нормальный» врач скорой медицинской помощи не в состоянии в достаточной мере снять нагрузку. Для многих первый контакт с психиатрией носит травматический характер из-за возникающего кризиса. Участие всех близких и родных в преодолении этого кризиса нередко усугубляет дальнейшее течение болезни и снижают доверие к предлагаемым средствам по оказанию помощи.

■ Памятка

Поинтересуйтесь на месте, имеется ли служба по преодолению кризисов и как в нее можно обратиться. Как правило, в телефонном справочнике должен быть указан номер телефона, который Вы также можете найти и в Вашей дневной газете. Действуйте без промедления, если нет помощи по преодолению кризисов или если она плохо функционирует.

Амбулаторный психиатрический уход

Амбулаторный психиатрический уход представляет собой предложение помощи для больных людей с хроническими психическими заболеваниями в собственном районе проживания, которое сегодня еще не везде находит свое применение. Этот врачами предписанный уход за больным ведётся санитарями общественно-социальных стационаров или амбулаторных медицинских учреждений и состоит в домашних посещениях больного один или несколько раз в неделю. Амбулаторный психиатрический уход должен предупреждать рецидивы, преодолевать их или удерживать в границах их последствия. Благодаря оказанию такой помощи предотвращаются или значительно сокращаются сроки пребывания в клинике. Она способствует поддержке незатронутых болезнью частей организма у больных людей и направлена в основном на преодоление повседневных проблем и конструктивное разрешение конфликтных ситуаций в окружающей социальной среде.

Амбулаторный психиатрический уход рассчитан на взрослых психически больных людей, которые нуждаются в помощи и обслуживании в домашних условиях и не в состоянии самостоятельно разыскать необходимые предложения по оказанию помощи.

Финансирование осуществляется больничными кассами, частично землями или соответствующим городом. Для психически больных людей, как правило, расходов не возникает.

■ Памятка

Амбулаторный психиатрический уход имеется далеко не во всех городах и районах. Для родственников он может быть особенно полезен и способен во многом помочь. Обратитесь к политическим властям и потребуйте содействия в организации такой помощи!

„Я уже не знаю, что мне делать. Мой сын меня просто измучил, он был доставлен врачом скорой помощи и полицией в клинику, а там отказались его принимать и привезли мне его назад домой“.

Организация взаимопомощи для родственников лиц, страдающих психическими заболеваниями

Корни

Насколько эффективным, полезным и позволяющим уменьшению нагрузки может быть участие в группах родственников, мы уже многократно вели речь в настоящей брошюре. Далее мы хотели бы попытаться представить краткий обзор развития и структуры движения родственников психически больных людей в Германии. Это не так просто, поскольку это «движение снизу» многообразно, многосторонне и далеко не однородно.

Колыбелью движения родственников является Штуттгарт. Здесь впервые в 1970 году встретились родственники психически больных людей и постоянно собираются для обсуждения круга вопросов. Почти в то же самое время возникла группа родственников в Гамбурге под руководством экспертов, где при университетской больнице в Гамбург-Эппендорфе была создана дневная клиника и в 1973 году предложена групповая терапия для родственников пациентов.

В течение дальнейшего десятилетия движение распространилось по всей стране. Во всех федеральных землях появились федеральные союзы и объединения родственников лиц с психическими расстройствами. В июле 1985 г. был создан зарегистрированный Союз родственников психически больных.

Между тем, в настоящее время существует свыше 500 групп по оказанию самостоятельной помощи.

Главная задача группы по оказанию самостоятельной помощи

Уже само понятие «самостоятельная помощь» неотделимо связано с самоопределением и личной ответственностью. В том, что касается нас, родственников психически больных людей, это означает: Мы хотим преодолеть состояние беспомощности и неспособности, в которое нас часто вводит заболевание члена нашей семьи. Мы хотим обладать правом на самоопределение и солидарно жить с нашими заболевшими членами семьи. Мы хотим, чтобы сохранялись права всех участников.

Для этого мы хотим внести свой собственный вклад. Мы должны, например, обмениваться информацией и приспосабливать свое поведение к возникшей ситуации. Мы должны вмешиваться, если видим, что больной или больная не в состоянии себе помочь.

Однако, эти задачи часто превосходят наши силы, нам не хватает понимания и места, в котором можем открыто говорить о наших заботах и нуждах, а также о ярости и заблуждении. Таким местом может стать группа родственников, такая, какая существует во многих местах. Порой это просто открытая группа, к которой может примкнуть любой так, как он хочет; в иных случаях это закрытая группа, в которую новичков принимают только по запросу. Иногда всем руководит «профессионал», а часто нет или же время от времени приглашаются гости из профессиональной области. И, таким образом, деятельность групп самостоятельной помощи крайне разнообразна и это не плохо.

Одно является общим для групп: в течение времени члены их семей констатируют, что они не брошены на произвол судьбы со своими проблемами. Это утешает – однако, следует подумать и о другом. Не всегда носят «исключительно» личный характер, не всегда помощь и информация, получаемые при обсуждении в группе, достаточны. Часто – лучше сказать чаще всего – проблемы с самой системой помощи приводят родственников в отчаяние. Здесь отсутствует помощь в случае появления кризисов, там возникают проблемы с больничными кассами или другими носителями затрат, здесь

никто не желает говорить с родственниками в клинике, там допускают ошибки в прогнозах будущего больных и отправляют в кассу... Список обвинений был и продолжает оставаться длинным.

Поэтому со стороны «простых» групп родственников была предпринята попытка к объединению, которое позволило бы обращаться за получением помощи из вне и бороться с этими проблемами. Во многих регионах организовывались союзы на уровне тех или иных земель, и в конце концов, был создан Федеральный Союз родственников. С этой целью мы были представлены на всех политических уровнях, на которых принимались соответствующие решения. Другой важнейшей задачей союзов родственников является просветительная работа среди общественности с целью снижения неосведомленности и предубеждения по отношению к психически больным людям.

В качестве голоса, отданного за семьи с психически больными людьми, явилось то, что в последние десятилетия многие привлеченные к работе в союзах родственники получали заработок. Все это происходило на добровольных началах и чаще всего за счет дополнительной личной загрузки работой того или иного участника.

Организация – Союзы земель и Федеральный Союз

Как родственнику, которому уже достаточно много удалось сделать в решении своих личных проблем, Вам следует прежде всего подумать о необходимости работы в одном из союзов или объединений. Кто может быть членом такого союза? Задайтесь вопросом, кто если не мы, должен представлять интересы психически больных людей и их семей в политике и общественности? Сильное, хорошо организованное и демократически узаконенное движение по оказанию самостоятельной помощи должно рассматриваться как лобби. При этом движение родственников с его союзами существует в зависимости от двух важнейших факторов, сформулированных Карлхайнцем Вальтером, одним из основоположников движения в Германии: от испытанного внутреннего чувства солидарности, из которого активные и связанные обязательствами люди вновь черпают новые силы. Во время проведения встреч родственников на уровне Федерации и земель происходит не только передача информации. Тот, кто это пережил, знает, как много завязалось контактов, знакомств, дружеских отношений между лицами, затронутых единой проблемой, которые выходят за пределы городов и земель. Другим важнейшим фактором является влияние движения родственников из вне, т.е. влияние на развитие общества. Такое стремление едва ли может преодолеться только самими группами. Союзы родственников могут образовывать центр, в котором аккумулируются и контролируются заботы и нужды, а также запросы по нахождению наиболее благоприятных решений в области обеспечения и в конечном счете передаются на рассмотрение общественности, в особенности в том, что касается политики в здравоохранении».

Это касалось времени учреждения союза, что и по сей день является настолько же актуальным, как и тогда. Подумайте, пожалуйста, о том, хотите ли Вы или можете ли Вы поддержать движение самостоятельной помощи семей своим членством в одном из союзов земли или даже своим личным участием. Вместе мы станем сильнее.

■ Памятка

Необходимую информацию по данному вопросу Вы можете получить в соответствующем Союзе земли. Здесь Вы также узнаете, какие конкретные информация и предложения по оказанию поддержки имеются непосредственно для Вас. Выбор очень многообразен и содержит в себе обширные предложения по проведению конференций, семинаров, предоставлению информационных материалов, по наличию регулярно действующих информационных служб до оказания личной поддержки при обращении в ту или иную инстанцию или медицинские учреждения.

Правовые основы

Ниже, в виде кратких тезисов, мы приводим информацию и ссылки на правовые положения и некоторые вопросы, с которыми постоянно сталкиваются родственники.

Мы стремились к тому, чтобы в доступной форме назвать, по возможности, единые правовые положения, действующие на всей территории ФРГ. Однако, нам хотелось бы недвусмысленно указать на то, что в Вашей федеральной земле, имеется или организовано нечто иное, чем это представлено в данном обзоре.

Информация и привлечение родственников к лечению и реабилитации

При психических заболеваниях информация и привлечение родственников к лечению и реабилитации должно рассматриваться как само собой разумеющееся. В психиатрии проведение собеседования с родственниками уже начиная с 1990 г. считается одной из главных задач. В новой редакции права на восстановление трудоспособности (Кодекса социальных законов IX) в услугах по медицинской реабилитации и участию в трудовой деятельности принимается во внимание информация родственников, если заинтересованное лицо дает свое согласие.

Упомянутое в последнюю очередь является наиболее важным пунктом: передача личных данных и информации всегда требует согласия заинтересованного лица, так как все люди, которые получают необходимые по службе личные сведения о пациентах или клиентах, обязаны сохранять тайну. Для определенных профессиональных групп (например, адвокатов, врачей, психологов, социальных работников) нарушение обязанности по сохранению тайны предусматривает уголовное наказание (§ 203 Уголовного кодекса).

Наряду с этим обязанность по неразглашению тайны регулируется в отдельных профессиональных группах, так, например врачебная тайна оговаривается в «Положении о немецких врачах». В центре внимания здесь находится личное отношение доверия между врачом и пациентом.

Заинтересованное лицо в принципе не может освободить от обязанности сохранения тайны своего врача или сотрудников учреждения. Освобождение от обязанности хранить допускается лишь в том случае, если заинтересованное лицо заранее узнает, кто и какую информацию должен получить о нем.

Общая информация, например, о психических заболеваниях и возможностях лечения и оказания помощи, не относится к обязанности сохранения тайны.

■ Памятка

Местные группы родственников, как правило, также являются «информационной биржей», на которой обмениваются опытом с целью информирования и привлечения родственников.

Законное представительство и полномочия

Вследствие психического заболевания может наступить такая ситуация, когда больной не в состоянии сам урегулировать определенные юридические вопросы, например,

подавать заявления на услуги социального характера, заниматься квартирными и жилищными вопросами, обращаться за помощью (и лечением).

В случае повторного заболевания больной может сам заранее позаботиться и выдать доверенность. Если доверенность не выдана, то по заявлению (например, клиник, учреждений или родственников) суд по делам опеки проверяет, требуется ли назначение официального лица, представляющего интересы больного в учреждения социального обеспечения.

Доверенности

Общезвестно, что достойным доверия лицам может выдаваться доверенность по ведению счета. По новым законоположениям Гражданского кодекса (ГК) Германии, действующим с 1999 г., существует возможность выдавать доверенность почти на все случаи жизни. Сообразно с этим, доверенность может выдаваться, например, не только в связи с денежными вопросами, но и по поводу подачи ходатайства об оказании социальной помощи, согласия или отказа от лечебных мероприятий, а также помещения в клинику. При проведении мероприятий по размещению больных или «рискованных» лечебных мероприятий доверенное лицо, так же как и официально назначенный представитель органа социального обеспечения должны получить согласие суда по делам опеки.

Именно при подачи заявления об оказании социальной помощи, например, пособия по болезни, или для выполнения обязанностей по соучастию (например, сообщения о болезни в Агенство по труду) или при получении корреспонденции имеет смысл оформить доверенность. В этой связи самыми доверительными лицами являются родственники, при условии, что и они в свою очередь готовы выполнять все предстоящие им обязанности и живут вблизи от психически больного члена семьи.

Однако, выдача доверенности является шагом, который должен быть хорошо обдуман.

■ Памятка

Для получения информации о наделении полномочиями и что необходимо учитывать при выдаче доверенности Вы можете обратиться в местные учреждения социального обслуживания (например, при городском или районном управлении) или в организации по оказанию материальной помощи (например, при благотворительных объединениях).

Право на социальную опеку

Законом социальной опеки, действующим с 01.01.1992 г., было реформировано право опеки и попечительства над лицами, достигшими совершеннолетия. При этом новый кодекс не создавался, на что намекает само название «Закон о социальном обслуживании», а были просто внесены изменения, прежде всего в Гражданский кодекс ФРГ и в закон о делах добровольной юрисдикции (который регулирует судебный процесс, в том числе, при назначении официального опекуна размещении, например, психически больного человека).

С введением права на социальную опеку было исключено лишение права голоса лица, достигнувшего совершеннолетия и введено право на самоопределение.

Официальный опекун может назначаться судом для выполнения таких задач, которые больной не может урегулировать самостоятельно. При этом суд должен проверять, наличие доверенности или же достаточность другой помощи, т.к. таковая имеет преимущество перед назначением опекуна.

Понятие «Опекунство» порой допускает неправильное толкование, поскольку оно также широко распространено в сфере социальной помощи (например, обслуживаемое жилье). При урегулированном в Гражданском кодексе (ГК) правовом опекунстве речь преимущественно идет о соблюдении и защите законных интересов обслуживаемого лица. При этом официально назначенный опекун должен оказывать поддержку больному на условиях партнерства, и, в случае необходимости, представлять его интересы в обществе. Назначение официального опекуна принципиально не влияет на дееспособность больного лица, т.е. он остается дееспособным. Правда, суд вправе, например, в том случае, если обслуживаемое лицо необдуманно заключает договоры, или постоянно подвергает опасности свои доходы или имущество, ограничить его деятельность в определенных областях. Таким образом, в этих областях обслуживаемое лицо может сообщать о своем волеизъявлении, которое будет иметь правовое действие, только с согласия официально назначенного опекуна.

„Он порвал с нами все контакты, мы не можем с ним связаться ни по телефону, ни письмом. Мы хотели бы добиться для него официальной опеки. Должны ли мы этим заняться или не стоит?“

При определенных мероприятиях, например, расторжение договора найма жилой площади, ограничивающее свободу размещение больного (например, в психиатрической клинике), или при проведении «опасных» лечебных мероприятий, официально назначенный опекун должен дополнительно получить санкцию суда. Родственники также могут обратиться в компетентный суд по делам опеки и предложить в качестве опекуна лицо, которому они доверяют! Принятие на себя заботы одним из близких родственников, например, отцом или матерью, о своем совершеннолетнем, психически больном ребенке, должно быть хорошо обдумано, так как этим самым семейные отношения могут претерпевать дополнительную нагрузку.

■ Памятка

Расходы за назначенного судом опекуна (работникам социального обеспечения, работающим на общественных началах, полагается выплата паушальной суммы затрат, профессиональные опекуны имеют право на выплату гонорара), больной должен оплачивать из своих доходов или имущества. Если обслуживаемое лицо является несостоятельным, не имеет средств либо располагает незначительным доходом, расходы принимает на себя судебная касса.

Привлечение родственников к оплате расходов возможно при условии, что окруженный заботой больной имеет требование алиментов по отношению к своим близким.

Размещение

За прошедшие годы были пересмотрены правовые основы для размещения психически больных людей. Следует различать между

- гражданско-правовым
- публично-правовым
- уголовно-правовым размещением.

Законом о социальном обслуживании учрежден единый порядок гражданско-правового размещения согласно ГК (официально назначенным судом опекуном) и публично-

правового размещения согласно законам о размещении той или иной земли. К ним относятся принятые во многих землях законы об оказании помощи и о мерах защиты психически больных людей. В настоящее время исключительные законы о размещении до сих пор существуют в Баден-Вюртемберге, Баварии, Гессене и Сааре.

Для уголовно-правового размещения действуют законодательные положения ГК, а также законы земель о мерах принудительного исполнения применительно к лицам, представляющим социальную опасность.

Основания для размещения

Размещение на основании гражданского права (официальным опекуном или доверенным лицом) допустимо лишь в том случае, если это необходимо во благо больного и

- на основании психической болезни, душевного или умственного расстройства обслуживаемого лица создается повышенная собственная угроза,
- необходимо обследование состояния здоровья, восстановительное лечение или врачебное вмешательство, которые не могут предприниматься и больной, например, в силу своего психического заболевания, не может признать необходимость размещения (§ 1906 ГК).

В соответствии с законами земель, действующими для публично-правового размещения, оно может осуществляться как при возникновении собственной угрозы, так и при создании угрозы для постороннего лица.

Помещение в психиатрическую клинику, а также другие аналогичные меры по размещению (например, для стабилизации или «иммобилизации») допускаются исключительно с разрешения суда.

Экстренное размещение

Исключением являются законоположения об экстренном размещении (размещение в спешном порядке), при котором должно быть незамедлительно получено разрешение суда. Экстренное размещение допустимо только в том случае, если это связано с наступлением опасности. Гражданско-правовое размещение (только при создании повышенной собственной опасности) может осуществляться официальным опекуном или доверенным лицом (§ 1906 абзац 2 2 ГК); при публично-правовом размещении, оно, как правило, регулируется на ведомственном уровне (местными органами общественного правопорядка и безопасности).

Основательной причины для размещения нет, если возникает опасность рецидива или внезапной вспышки психоза или больной отказывается принимать назначенные врачом лекарственные препараты для лечения психического расстройства или если он сам отправляется на лечение.

Размещение в судебном порядке

Судебный порядок для гражданско-правового и публично-правового размещения является единым и регулируется законом о делах добровольной юрисдикции. Он содержит следующие требования:

- назначение процессуального попечителя, если больной сам не может представлять собственные интересы и если отсутствует доверенное лицо для защиты его интересов;
- личное слушание больного;

- возможность для заслушивания одного из родственников или одного из названных больным доверенных персон;
- запрос врачебного заключения (§§ 70b–70e закона о делах добровольной юрисдикции).

Решение о размещении должно содержать следующие сведения:

- Имя и фамилия больного и более точное название меры по размещению,
- Предусмотренный срок размещения (максимально год, в исключительных случаях – максимально 2 года до повторного освидетельствования)
- Разъяснение судом права на обжалование и порядка его подачи (§ 70f закона о делах добровольной юрисдикции).

■ Памятка

Решение суда может быть обжаловано больным или одним из его родственников.

Ответственность

Родственники психически больных людей часто задают вопрос, кто несет ответственность за ущерб, который может причинить их психически больной член семьи вследствие своего заболевания.

Родственники не несут ответственности за ущерб, причиненный их совершеннолетним членом семьи. При наличии психического заболевания вменяемость может уменьшаться или признаваться невменяемость, так что больной не может нести ответственность за причиненный им ущерб.

■ Памятка

Страхование от ответственности

Для покрытия риска ответственности рекомендуется заключение договора страхования граждан от ответственности. За информацией Вы можете обратиться в самые различные инстанции, предлагающие свои услуги.

Страхование от несчастных случаев

Согласно общим условиям страхования от несчастных случаев психически больные так же как и граждане нуждающиеся в уходе и другие группы людей не могут быть застрахованы от несчастных случаев.

Пособие на детей

Не смотря на возраст, пособие на детей продолжает выплачиваться бессрочно, если инвалидность установлена до достижения возраста 27 лет и ребенок стал физически или умственно-психически неполноценным человеком, и не в состоянии обеспечивать себя сам, т.е. добывать себе средства к существованию самостоятельным заработком или другими постоянными доходами. При условии, что доход (совершеннолетнего) ребенка не превосходит допустимые границы. С 2004 года эта сумма составляет 7680 €.

К доходу, относятся в том числе, выплаты страхового возмещения и социального обеспечения (например пенсия), доход от трудовой деятельности (а также от деятельности, связанной с получением заработка в мастерской для инвалидов), доходы от капитала и т.д. Если ребенок нуждается в уходе с точки зрения обеспечения

попечительства, то деньги, выдаваемые органами социального страхования нуждающимся в уходе людям, не относятся к доходам.

■ Памятка

Если вышеуказанные условия выполняются, то родители психически больных детей имеют право на пособие – есть родители, которым уже 75 лет и они получают пособие на «ребенка», которому уже 50 лет. Компетентной является касса по выплата пособий на детей при отделе по вопросам труда.

Обязанность содержания: привлечение родственников

Если психически заболевший человек не владеет никаким доходом или этого не достаточно, а также не имеет имущества (исключение: маленькая "наличная сумма", например, на сберегательной книжке), из которого он может оспаривать своё проживание, то он нуждается в многократной помощи, что урегулировано во втором социальном своде законов (SGB II) и в двенадцатом социальном своде законов (SGB XII).

Если один из членов семьи пользуется услугами социальной помощи или получает пособие по безработице II (ALG II), точнее если поступает ходатайство о помощи, то

- При общем ведении хозяйства имущество и доход партнера приобщаются к потребительскому расчету, также как и доходы родителей дети которых не состоят в браке,
- При (пространственно) разделенных домовладениях проверяются и учитываются доходы и владения родственников первой степени (супруг, родители, дети). Это возможно не всегда, имеются различия при социальной помощи и пособию по безработице ALG II. В единичных случаях имеет смысл проконсультироваться у специалиста (центры по безработице, адвокаты и т. д.).

Если психически заболевший человек нуждается в предоставлении других услуг социальной помощи – зачастую это помощь безопасной интеграции больных людей в общество – для близких родственников допускаются более высокие необлагаемые налогом финансовые минимумы, в частности существуют другие формы урегулирования. Тем не менее, привлечение родственников больного к финансовой ответственности недопустимо, если это приведёт к резкому ограничению их жизненного уровня.

„Мы были в восторге от общежития и наша дочь также. Совсем забыли поинтересоваться, сколько стоит размещение в нем и кто это оплачивает“.

Относительно особых правил, когда предоставляются услуги по безопасной интеграции больных людей в общество: с 2005 приняты унифицированные правила привлечения членов семьи больного к финансовой ответственности, независимо от того идет речь об амбулаторной или стационарной помощи. Если психически больной человек нуждается в услугах по интеграции в общество, а также в пособии по содержанию, привлечение членов семьи ограничивается следующими суммами:

- до 26 € ежемесячно за услуги по безопасной интеграции больного в общество;
- до 20 € ежемесячно на пособие по содержанию больного.

Если психически заболевший член семьи имеет притязания на услуги основного обеспечения старости и при ограничении трудоспособности (SGB XII четвертая глава) на содержание, привлечение членов семьи возможно, если их годовой доход превышает 100.000 €.

Помощь психически больным людям и инвалидам

Для психически больных людей и инвалидов социальное право предусматривает различные виды помощи, причем акцент делается на том, что должны учитываться особые потребности этого круга лиц (§ 27 абзац 1 Кодекса социальных законов V, § 10 абзац 3 Кодекса социальных законов IX). Социально-правовая структура с законодательными положениями и относящимися сюда постановлениями, директивами и рекомендациями, в целом настолько сложна, что позволяет получить лишь небольшое представление о всей системе.

Аналогично обстоит дело с конкретным предложением услуг по оказанию социальной помощи, которое обнаруживает значительные региональные различия в возможности использования тех или иных учреждений и служб.

■ Памятка

Почти во всех регионах страны имеются социально-психиатрические службы (в большинстве случаев входящих в состав отдела здравоохранения при городском / районном управлении; в Баден-Вюртемберге и Баварии – при благотворительных союзах), которые, как правило, имеют (должны иметь) хорошее представление о предлагаемых в регионах видах помощи. Далее, во многих регионах функционирует пункт координатора по психиатрии, который в силу своей профессии должен ориентироваться в проблеме. Именно в этих службах должна быть сосредоточена компетентная информация о региональном предложении услуг по оказанию помощи: отчасти имеются также «психосоциальные адресные книги» или «путеводители».

Консультация и информация по правомерным требованиям является задачей соответствующих представителей услуг (больничные кассы, пенсионное страхование, агентство по трудоустройству, отдел по вопросам труда, отдел социального обеспечения, интеграционный отдел и т.д.). Для консультации и поддержки людей с физическими и психическими недомоганиями, а также лиц, находящихся под угрозой инвалидности и их доверителей (а также их родственников), для предоставления информации об услугах по реабилитации и участию реабилитационные центры приняли на себя обязательства по созданию общих пунктов обслуживания. Для реализации этого замысла уже предпринимаются определенные действия, главным образом в учреждениях, осуществляющих обязательное социальное страхование, на местах уже имеются «пункты обслуживания» при соответствующих реабилитационных центрах (пункты страхования на случай болезни, пенсионного страхования, бюро по трудоустройству, учреждения по оказанию социальной помощи и по оказанию помощи несовершеннолетним).

В случае болезни: услуги по лечению больных

Установленное законом страхование на случай болезни (SGB V) предоставляет страхователям право на лечение больных, если оно необходимо для установления диагноза, излечения, предупреждения обострения болезни или облегчения страданий, вызванных болезнью (§ 27 SGB V). Эти услуги относятся к компетенции страхования на случай болезни.

Если больные не являются членами больничных касс и нуждаются в помощи, то необходимые расходы по лечению принимает на себя орган социального обеспечения в рамках системы мер, предусмотренных законодательством на случай болезни (§ 48 SGB XII).

К услугам по лечению больных относятся:

- Врачебная помощь, включая психотерапию, а также лечение у стоматолога;
- Лекарственные препараты (медикаменты), а также лечебные средства, к которым относится трудотерапия, которая при психических заболеваниях может назначаться в качестве целенаправленного лечения обусловленных болезнью нарушений психосоциальных и социально-эмоциональных функций для улучшения и стабилизации стимула, мотивации, выносливости и самостоятельности в структурировании дня;
- Домашний уход за больными: имеются специальные услуги домашнего психиатрического ухода за больными;
- Введенная в 2000 году социальная терапия для тяжелого психического заболевания, которая, однако, до сих пор внедряется достаточно медленно;
- Лечение в больницах,
- Услуги по медицинской реабилитации, а также испытание нагрузки и лечение трудом.

На все эти услуги, установленные законом страхования на случай болезни, полагаются доплаты, которые были пересмотрены к 01.01.2004 г. В соответствии с этим все страхователи должны производить доплаты до предельной суммы, которая составляет примерно два процента от дохода. Специальное урегулирование предусмотрено для хронически больных, которые из-за болезни находятся на длительном лечении: для них эта сумма составляет один процент от дохода.

■ Памятка

Информацию по урегулированию доплат, а также по определению хронического заболевания Вы можете получить в больничных кассах. Для ходатайства об освобождении от доплат после достижения предельной суммы должны быть собраны документы об уже произведенных доплатах.

„Он находится в частично стационарном учреждении и теперь больничная касса оказывает давление что б его скорее отпустили. Он сам и мы считаем, что еще рано. Как мы должны сопротивляться этому?“

В случае (угрожающей) инвалидности: Услуги по реабилитации и участию

В социальном праве люди считаются психически неполноценными, если их психическое здоровье на протяжении более, чем шести месяцев с высокой вероятностью отклоняется от типичного для возраста состояния и поэтому их участие в жизни общества ограничено. К этому кругу лиц приравниваются те, которым угрожает инвалидность, т.е. у которых следует ожидать возникновение такого ограничения.

Для инвалидов и лиц, которым угрожает инвалидность, имеются услуги по реабилитации, которые подразделяются на:

- Услуги по медицинской реабилитации
- Услуги по участию в трудовой деятельности
- Услуги по обеспечению материальной поддержки и другие дополнительные услуги
- Услуги по участию в жизни общества.

Услуги по медицинской реабилитации

Услуги по медицинской реабилитации принимаются во внимание, если помимо врачебной помощи (здесь также предполагаются описанные выше услуги по лечению больных) требуется междисциплинарный комплекс услуг (при участии различных профессиональных групп: врачей, психологов, специалистов по трудотерапии, по уходу и социальных работников), чтобы

- предотвратить, устранить, снизить, компенсировать ограничения, включая хронические заболевания, предупредить обострение или
- устранить, преодолеть ограничения трудоспособности и необходимости ухода или предотвратить ухудшение.

Каталог услуг по медицинской реабилитации в о многом соответствует услугам по лечению больных, причем основная задача по оказанию помощи заключается не только лечении заболевания, но и в преодолении или снижении ограничений, возникающих вследствие заболевания или в связи с угрозой болезни.

Новым законом о правах на реабилитацию и участие (Кодекс социальных законов SGB IX), действующим с 2001 г., были определены виды медицинской, психологической и педагогической помощи как часть услуг по медицинской реабилитации, которые имеют особенно важное значение для лиц с хроническими психическими заболеваниями. Эти виды помощи приведены также в услугах по участию в трудовой деятельности в Кодексе социальных законов SGB IX (в нижестоящем разделе по участию в трудовой деятельности эти виды помощи перечислены в отдельности).

Носителями затрат на услуги по медицинской реабилитации при психическом заболевании являются:

- пенсионное обеспечение (если выполнены требования по времени, необходимому для возобновления добровольного страхования и может вернуться трудоспособность или возникнуть опасность утраты трудоспособности);
- страхование на случай болезни и
- субъекты оказания социальной помощи (если отсутствует членство в компании по страхованию на случай болезни).

Для допуска к медицинской реабилитации необходимо установить потребность в реабилитации и способность к реабилитации путем освидетельствования. Кроме того, должны иметься благоприятные прогнозы на успех мероприятия (предполагаемое достижение цели реабилитации). Это касается всех носителей услуг по медицинской реабилитации.

Услуги по медицинской реабилитации до сих пор оказывались преимущественно в стационарных, но со временем также в амбулаторных или частично стационарных условиях реабилитационными учреждениями, которых, тем не менее, слишком мало.

Учреждения медицинской реабилитации

Специально разработанный пакет услуг, предлагаемый для психически больных людей, имеется в реабилитационных учреждениях для психически больных (РПБ), которые

располагают интегрированным предложением услуг по медицинской и профессиональной реабилитации, которые, в частности, начинают с фазы медицинской реабилитации, при которой, помимо прочего, речь идет о восстановлении основной работоспособности (предельно допустимая нагрузка и выносливость, концентрация и т.д.). На этой фазе принимаются во внимание вышеуказанные носители услуг. С учетом требований в каждом отдельном случае за ней следует фаза профессиональной реабилитации (участие в трудовой деятельности) к которой привлекается тот же реабилитационный коллектив сотрудников. К особенностям такого предложения относится также то, что, в случае необходимости, учитывается продолжительность реабилитации при тяжелых психических заболеваниях: она может длиться до одного года, причем после шести месяцев происходит освидетельствование.

Из этих учреждений, которые, по сути дела, созданы для реабилитации в общинных землях, на всей территории ФРГ имеется всего лишь 30; в некоторых землях их вообще нет. Наряду с этим в некоторых землях страны существуют еще переходные учреждения, которые частично имеют договоренность с организациями пенсионного страхования, в редких случаях с больничными кассами по осуществлению мер медицинской реабилитации. С 2006 такой вид реабилитации возможен также в амбулаторной или частично-стационарной форме. К сожалению, за малым исключением (например, Глаухау), их еще нет в наличии.

Наряду с этим следует также указать психиатрические и психосоматические реабилитационные клиники, услуги которых часто не соответствуют потребностям людей с тяжелыми хроническими психическими заболеваниями. Эти клиники, как правило, проводят краткосрочные мероприятия (от трех до шести недель), которые в большинстве случаев заключаются в интенсивных психотерапевтических услугах.

На задний план отодвигаются совершенно недостаточно развитые услуги по медицинской реабилитации людей с тяжелыми психическими заболеваниями, которые финансируются рамках дотационной социальной помощи (например: обслуживаемое жилье, общежития, дневные учреждения).

Участие в трудовой деятельности (профессиональная реабилитация)

Услуги по участию в трудовой деятельности нацелены на то, чтобы сохранить, улучшить, восстановить или повторно восстановить трудоспособность инвалидов или людей, которым угрожает инвалидность, и, по возможности, на продолжительный срок обеспечить их участие в трудовой деятельности.

К услугам подобного рода прежде всего относятся:

- помощь по сохранению или получению рабочего места, включая консультационные услуги и посредничество, мероприятия по тренингу и обеспечению подвижности,
- профессиональная подготовка, включая предварительную подготовку, обусловленную инвалидностью,
- профессиональная адаптация и переподготовка,
- профессиональное обучение,
- прочая помощь, чтобы психически неполноценные люди могли получить соответствующую работу или заниматься самостоятельной деятельностью.

К услугам относится также медицинская, психологическая и педагогическая помощь, если таковая требуется для достижения вышеуказанной цели.

Эта помощь заключается в следующем:

- оказание помощи при лечении болезни и инвалидности
- активизация потенциалов самостоятельной помощи,
- предоставление информации и консультирование партнеров и родственников, а также начальников и коллег с согласия наделенного полномочиями лица,
- посредничество в контактах для обеспечения возможностей самостоятельной помощи и консультации на месте
- помощь с целью психической стабилизации и содействия социальной компетенции, а также тренинг социальной и коммуникативной способности, помощь в умении справляться с кризисами
- тренинг практических для жизни навыков
- инструктаж и побуждение к использованию услуг по участию в трудовой деятельности,
- привлечение к участию специализированных интеграционных служб.

Для участия в трудовой деятельности могут использоваться услуги

- предприятий, сюда относятся также интеграционные фирмы;
- местных организаций, оказывающих услуги по тренингу и квалификации – это могут быть учреждения образования и общинные психиатрические учреждения;
- учреждений профессиональной реабилитации для (психически) больных людей, а также мастерских для инвалидов.

Целью услуг является профессиональная интеграция на общем рынке труда. Из этой постановки цели и задач представителей услуг вытекает, что больные уже к началу того или иного мероприятия должны обладать сравнительно высокой степенью нагрузки (как минимум четыре часа в день). Поскольку доныне практиковалась неполная занятость (полдня), больные люди должны быть загружены, как правило, полную смену.

Об объеме мероприятий принимает решение компетентное учреждение реабилитации:

- бюро по трудоустройству (отдел по вопросам труда)
- Учреждение оплачивающее пенсионное страхование (Немецкое пенсионное страхование)
- союз предпринимателей
- субъекты оказания социальной помощи

■ Памятка

Консультация и информация об услугах по стимулированию занятости является задачей агентств по трудоустройству (отделов по вопросам труда). Специализированные интеграционные службы преимущественно компетентны в области консультации, информации и оказания поддержки людям, получившим тяжелое телесное повреждение или душевную травму, в том что касается профессиональной интеграции, однако они могут также оказывать содействие людям, которые не признаны лицами с тяжелой формой инвалидности. Адреса и телефоны контактных лиц Вы можете узнать в интеграционных службах (раньше: государственное или коммунальное учреждение системы социального обеспечения инвалидов войны и труда), или в местном бюро по трудоустройству.

Эти ведомства, как правило, располагают информацией о региональных или территориальных услугах по оказанию помощи для участия в трудовой деятельности.

Предложения профессиональной реабилитации

В принципе описанные выше услуги для профессиональной реабилитации могут проводиться на предприятиях или в образовательных центрах на месте. Можно

использовать всеобщие предложения услуг федерального агентства по труду (например, переквалификация и другие меры по повышению квалификации). Особенные услуги предоставляются в зависимости от степени тяжести болезни и индивидуальных потребностей инвалида.

Для предоставления особенных услуг имеется широкий выбор предложений профессиональной реабилитации.

Профессиональные тренинговые центры (ПТЦ) это специально разработанные учреждения для психически больных людей, региональные учреждения профессиональной реабилитации, которые на сегодняшний день существуют только в 15 местах. Эти учреждения открывают возможности для выбора профессии и определения степени нагрузки и выносливости, а также для профессиональной ориентации. На этой фазе они могут привлекаться к другим мероприятиям, позволяющим повысить квалификацию. Кроме того, ПТЦ открывает тренинговые и квалификационные возможности для дальнейшей активизации уже приобретенных знаний и навыков и приспособляться к требованиям мира труда.

Предприятия профессионального обучения (ППО) служат для первоначального профессионального обучения преимущественно молодых людей с той или иной степенью инвалидности. Из 52 предприятий профессионального обучения, 28 рассчитаны именно для психически больных, причем два учреждения предназначены исключительно для несовершеннолетних лиц с психическим заболеванием.

Предприятия по содействию профессиональной квалификации (ПСП) являются непроизводственными и территориальными учреждениями образования для подготовки и переподготовки взрослых лиц, имеющих инвалидность. Они располагают спектром услуг, начиная с выбора профессии и работы путем проведения тренинговых и квалификационных мероприятий до получения образования. Большинство из существующих 28 учреждений принимает также психически больных людей, и, разумеется, правда располагает лишь немногими специальными услугами для этого круга людей.

На реабилитационные учреждения для психически больных (РПБ) людей и инвалидов, которые выделяются интегрированным предложением услуг по медицинской реабилитации и участию в трудовой деятельности, уже делалась ссылка в услугах по медицинской реабилитации.

С 1.1.2009 существует форма помощи Поддержка Занятости (§38a SGB IX). Целью Поддержки Занятости является помощь инвалидам, нуждающимся в особой поддержке, в поиске и получении подходящей работы с обязательным социальным страхованием. Поддержка Занятости включает в себя индивидуальную производственную квалификацию и, при необходимости, профессиональное сопровождение. Услуги к индивидуальной производственной квалификации больные получают, в частности, чтобы испытать их для подходящей производственной деятельности, подготовить к трудовым отношениям с надлежащим обязательным социальным страхованием и чтобы поддерживать их при введении в курс дела и при квалификации на производственном рабочем месте. Услуги охватывают также посредничество профессионально-перемежающихся учебных содержаний и ключевых квалификаций, а также совершенствование личности больных людей. Услуги профессионального сопровождения оказываются больным людям, чтобы гарантировать необходимую для их стабилизации поддержку и кризисную интервенцию после освоения подлежащего обязательному социальному страхованию трудового отношения. Услуги оказываются в течении 2 лет, если это необходимо исходя из рода или тяжести инвалидности. Они могут продлеваться ещё на 12 месяцев, если при определённом роде или тяжести инвалидности желаемый стабильный успех квалификации в единичном случае иначе не может быть достигнут. А также если гарантировано, что последующая квалификация приведёт к принятию работы с обязательным социальным страхованием.

Мастерские для (психически) больных людей (МдбЛ) имеют договор поручения реабилитационного характера и наряду с этим предоставляют возможность для долгосрочной деятельности. Предложение мастерских для инвалидов включает следующее:

- порядок поступления на работу. Необходимо выяснить, является ли мастерская «правильным» местом для занятости больных людей и какие услуги для участия этих людей в трудовой деятельности принимаются во внимание. Кроме того, составляется план по включению в состав;
- услуги в области профессионального обучения, которые рассчитаны максимально на два года, чтобы можно было развить, повысить или восстановить работоспособность, и по возможности обеспечить профессиональную интеграцию на общем рынке труда;
- поле деятельности, которое открывает возможность для долгосрочной и длительной занятости, если предоставление работы на общем рынке труда невозможно или еще невозможно из-за инвалидности. Условие для обеспечения поля деятельности заключается в том, чтобы физически или психически неполноценный человек добивался минимальной экономически эффективной производительности труда.

В области профессионального обучения и в сфере работы рабочие места могут быть перенесены на длительное время на другие предприятия.

При наличии около 650 предприятий, рассредоточенных по всей территории страны, МдбЛ располагают очень плотной сетью учреждений для профессиональной реабилитации, многие из них имеют специальные отделения или собственные мастерские для психически больных людей, а также рабочие места на предприятиях.

Даже если это не указано в законе, со вступлением основных гарантий для ищущих работу лиц правомочные организации оплачивающие эти услуги определяют возможность рабочей деятельности менее 3 часов. Следовательно, лица получающие пособие по безработице II (ALG II) не могут пользоваться услугами МдбЛ, в частности, в сфере работы.

В период профессионального обучения продолжается выплата заработной платы (например, пособие, выплачиваемое органом пенсионного страхования, бюро по трудоустройству) компетентным реабилитационным учреждением.

При предоставлении поля деятельности, вознаграждение выплачивается с учетом производительности труда из полученной выручки и чаще составляет между 100 und 150 € в месяц. Поэтому для обеспечения стабильной жизни больные люди часто нуждаются в дополнительных услугах (пособия на проживание). Относительно обязанностей по содержанию со стороны членов семьи смотрите раздел "Правовые основы". Лица, работающие в МдбЛ, подлежат обязательному страхованию в органе социального страхования (страхование на случай болезни, необходимости постоянного ухода, пенсионное страхование).

Особые предложения по трудоустройству

Среди прочих, следует также указать на интеграционные фирмы, ранее называвшиеся «фирмы самостоятельной помощи», которые были учреждены прежде всего для того, чтобы людям с хроническими психическими заболеваниями создать возможности для работы. На территории страны функционирует свыше 400 таких фирм, которые предлагают особые услуги для занятости людей с тяжелыми формами инвалидности и

их деятельность подлежит особым законоположениям. Здесь инвалиды получают заработную плату по тарифу или плату, принятую в том или ином месте. Во многих проектах интеграционных фирм наряду с полной или частичной занятостью инвалидов, предоставляется возможность несколько часов в неделю заниматься своей оплачиваемой работой, чтобы иметь дополнительный заработок к пенсии или социальной помощи. Поэтому эти возможности занятости часто называют «предложением дополнительного заработка».

Наряду с этим, имеются еще и другие возможности дополнительного заработка – созданные общинными психиатрическими организациями – в рамках дневных учреждений. Требования, предъявляются к производительности, пунктуальности и регулярности, не всегда соблюдаются. Одновременно, особенно большое значение придается коммуникативным и социальным аспектам труда.

Услуги по участию в жизни общества

Задача этих регулируемых услуг (в § 55 Кодекса социальных законов SGB IX) заключается в том, чтобы позволить или обеспечить физически или психически неполноценным людям участвовать в жизни общества, чтобы сделать их, по возможности, более независимыми от опеки. К самым важным видам этих услуг относятся следующие:

- Помощь в приобретении практических знаний и навыков, которые необходимы для привлечения инвалидов к участию в жизни общества,
- Помощь по самоопределению в жизни
- Помощь по участию в общественной и культурной жизни.

Однако такие услуги оказываются лишь немногими реабилитационными учреждениями. Сюда прежде всего относится социальная помощь, наряду со страхованием от несчастных случаев. Организации по страхованию на случай болезни и пенсионного страхования, а также бюро по трудоустройству такие услуги не оказывают!

Для людей с психическими расстройствами эти услуги учитываются носителями затрат в основном в виде социальной помощи. Правовые основы регулируются для этого круга лиц правом социальной помощи (SGB XII).

К услугам дотационной помощи, наряду с участием в жизни общества относятся также услуги по медицинской реабилитации и по участию в трудовой деятельности, на чем уже останавливались. Помимо этого, в рамках оказания дотационной помощи, регулируется занятость психически больных людей в мастерских для инвалидов, а также предлагаются виды помощи, которые позволяют получить соответствующую профессию или заниматься надлежащей деятельностью.

В последние десятилетия появились новые предложения по оказанию психиатрической помощи, финансируемой общинами. Сюда относятся различные формы амбулаторного обслуживания на дому (отдельны квартиры, группы совместно проживающих людей), общежития и дневные учреждения.

Денежная или материальная услуга / Личный Бюджет

Ответственное реабилитационное учреждение может оказывать частичные услуги самостоятельно, в сотрудничестве с другими финансирующими сферами услуг или при предъявлении требований с соответствующими службами реабилитации и реабилитационными учреждениями. Здесь речь идет о материальных услугах.

По заявлению нуждающегося частичные услуги могут предоставляться путём Личного Бюджета, чтобы дать ему возможность взять ответственность за свою жизнь в свои руки.

Личные Бюджеты предоставляются как правило в качестве денежных услуг, при регулярных реабилитационных услугах - ежемесячно. В обоснованных случаях выдаются гутшайн-талоны. Личные бюджеты подсчитываются настолько, что покрывают установленные индивидуальные потребности больного, а также необходимую консультацию и поддержку. Как „ специалисты в собственных делах “ больные сами решают, какой род помощи им подходит и какие услуги, точнее какой санитар, окажет им помощь в желаемый момент.

Между получателем бюджета и организациями оплачивающими лечение заключается целевое соглашение. Там в подробностях должны быть описаны необходимые услуги помощи и вместе с тем связанные цели. Получатель бюджета должен предъявить доказательства относительно достижения поставленных целей, отчет о расстроченных денежных средствах (например, счёт-фактура или выписками из банка) предъявлять не надо.

Особое значение для дальнейшего развития частичных услуг больному имеет Собирательный Личный Бюджет, так называемая комплексная услуга. Это касается ситуации, когда несколько организаций оплачивающих лечение и несколько реабилитационных центров, которые оказывают частичные услуги в лечении, объединяются в один бюджет. С 2004 наряду со всеми частичными услугами также услуги государственных больничных касс, социального страхования по уходу, страхования от несчастных случаев при нужде в уходе, а также услуги социальной помощи могут приобщаться к Собирательному Личному Бюджету. При условии, что речь идет о повседневном и регулярной помощи.

С 2008 существует правовые притязания на эту форму услуг. Это значит, что получатель бюджета имеет право выбора и его желания должны учитываться в полном объеме и при наличии законных предпосылок все заявления на разрешение Личного Бюджета должны быть утверждены. К сожалению, существует недостаточно много возможностей независимо проконсультироваться об использовании этих предложений. Информационную брошюру к Собирательному Личному Бюджету можно бесплатно получить в Федеральном Министерстве Труда и Социального Обеспечения, Вильгельмштрассе 49, 10117 Берлин (Wilhelmstraße 49, 10117 Berlin). Брошюру можно также загрузить на интернет-страницах министерства (www.bmas.de) в разделе «Публикации».

Люди с тяжелыми формами инвалидности: помощь и дополнительные компенсации инвалидам

Лицами с тяжелыми формами инвалидности считаются те, у которых степень инвалидности составляет как минимум 50 процентов. Определение степени инвалидности осуществляется органом социального страхования коммуны, в которой живет инвалид. У людей с психическими расстройствами тяжесть заболевания оценивается преимущественно по степени социальных нарушений способности к адаптации. Если ходатайство по установлению тяжести инвалидности отклоняется или признается низкая степень инвалидности, не следует пугаться, а заявить возражение. Часто случается, что возражение соответствует ходатайству.

Признание тяжести инвалидности может быть прежде всего необходимо и имеет важное значение, если у больного есть рабочее место: тот, кто признается тяжело больным, вправе претендовать на сопровождающую помощь в трудовой деятельности и государственные дотации на покрытие расходов по заработной плате (например, для компенсации более низкой производительности из-за инвалидности, чем у здоровых людей), дополнительный отпуск и выплату сумм, не облагаемых налогом.

Свидетельство об инвалидности выдается на ограниченный срок, как правило, на пять лет и при дальнейшем существовании инвалидности продлевается еще на пять лет.

Если степень инвалидности менее 50%, или же как минимум составляет 30%, можно ходатайствовать перед агентством по трудоустройству об «уравнивании», если инвалид без уравнивания не получает рабочего места или не может его сохранить. К сожалению, в последнее время наблюдается тенденция в отклонении ходатайств людей с психическими заболеваниями.

■ Памятка

О преимуществах и недостатках свидетельства об инвалидности для больных среди родственников ведутся различные дискуссии. Некоторые психически больные люди чувствуют себя с этим свидетельством ущемленными в правах, для других оно означает защиту и безопасность. Родственники должны принять окончательное решение, следует ли больным выдавать свидетельство об инвалидности, или нет.

Помощь при необходимости в уходе

В законе о страховании по уходу за больными (кодекс социальных законов SGB XI) описываются нуждающиеся в уходе лица, которым в результате телесного, душевного или психического заболевания или инвалидности на длительный период, как минимум в течение шести месяцев, необходима существенная помощь, с тем, чтобы они могли справиться со своими обычными и регулярно повторяющимися функциями повседневной жизни. Эти обычные и регулярно повторяющиеся функции перечислены в законе о страховании по уходу за больными и относятся к следующим областям:

- личная гигиена,
- питание,
- мобильность
- ведение домашнего хозяйства.

Для установления необходимости в уходе больной должен направить заявление в кассу по опеке (которая относится к соответствующей больничной кассе), после чего происходит освидетельствование медицинской службой.

Необходимость ухода подразделяется на три ступени в соответствии с объемом оказываемой помощи. На первой ступени потребность в уходе включает в себя перечисленные в законе функции, относящиеся к основному уходу (питание, мобильность, личная гигиена). Этот вид услуги осуществляется по меньшей мере один раз в день и занимает как минимум 45 минут.

В зависимости от объема необходимого ухода, предлагаются три ступени ухода, которые различаются по соответствующим расценочным категориям.

При ведении домашнего хозяйства предлагается на выбор оплата деньгами или вещами (помощь, оказываемая службой по уходу), причем возможно комбинирование этих расценок.

Если уход принимают на себя родственники или соседи, то нуждающийся в опеке получает при первой ступени ухода I.- 225 €, ступени II - 430 € и ступени III - 685 € ежемесячно (с 1.1.2012: эта сумма составляет 235 € / 440 € / 700 €). Если родственники или соседи ухаживают за нуждающимся в уходе больным, кассы по опеке принимают на себя расходы по оплате отпуска или болезни опекаемого лица за четыре недели в год. Если уход осуществляется дальними родственниками или занятыми на службе работниками, то разрешается увеличить расходы до 1.510 € (с 1.1.2012: эта сумма составляет 1.550 €).

С 2008 года больной имеет право на дополнительные услуги обслуживания. Сюда относятся нуждающиеся в уходе лица с обусловленными слабоумием нарушениями способностей, с умственной неполноценностью или психическими заболеваниями, у которых из-за инвалидности или болезни имеется длительное и значительное ограничение в повседневной жизни. Затраты по уходу, до 200 € ежемесячно, возмещаются. При этом речь идет не о пособии по уходу, а об услугах компетентными органами (организации обслуживания больных).

Важное по уходу

Во время деятельности, связанной с уходом, обслуживающий персонал должен быть застрахован от несчастных случаев. При несчастном случае предъявляются такие же требования, как и при несчастных случаях на производстве. Это относится к компетенции общинных организаций страхования от несчастных случаев.

Тот, кто после завершения деятельности по уходу желает снова вернуться к работе, имеет право на услуги бюро по трудоустройству (финансирование повышения квалификации и содействие в получении средств к существованию).

Обслуживающий персонал, оказывающий услуги в течение 15 часов в неделю, страхуется в организациях пенсионного страхования. Кассы по опеке (или частные организации страхования по уходу за больными) производят выплату сумм. В пенсионном страховании время, затрачиваемое на уход, засчитывается как обычное время трудовой деятельности.

Для людей, которые нуждаются в уходе, но не выполняли условия правового страхования (предшествовавшая уплата взносов), предоставляется помощь по уходу в рамках SGB XII – Социальная помощь. Услуги по оказанию помощи соответствуют услугам, предусмотренным страхованием на случай возникновения необходимости в уходе (те же суммы на отдельных ступенях ухода). Важное различие состоит в том, что при оказании помощи по уходу, услуги оказываются также в том случае, если необходимость в уходе на ступени 1 не использована или если уход осуществлялся менее, чем на протяжении шести месяцев. В этих случаях расходы оплачиваются только расходы за услуги в вещевой форме исполнения (кассой по опеке). При привлечении родственников действуют положения, которые соответствуют тем, которые применяются при оказании дотационной помощи инвалидам.

■ **Памятка**

Часто подвергается критике, что страхование на случай возникновения необходимости в уходе, предусмотрено только для лиц, которым нанесен телесный ущерб. Психически больной человек, который чаще всего на протяжении многих лет должен обслуживаться и контролироваться родственниками, порой сталкивается с большими трудностями, чтобы получить признание необходимости в уходе.

Обратитесь в союз родственников, которые имеют опыт по преодолению дефицита страхования своих членов семей на случай возникновения необходимости в уходе.

Обеспечение средств к жизни

Обеспечение средств к жизни обычно происходит за счет собственного дохода. Если из-за психического заболевания или инвалидности отсутствует возможность получения дохода от предпринимательской деятельности, то существуют различные формы выплат, «замещающих заработную плату»:

- В случае болезни и предшествующей трудовой деятельности: сначала продолжение выплаты заработной платы работодателем (чаще всего в течение шести недель), после этого – пособия по болезни больничной кассой, которое обеспечивается максимум в течение 18 месяцев.
- Во время реабилитационных мероприятий после предшествующей трудовой деятельности
 - а) При проведении мер по медицинской реабилитации: средства к жизни за счет пенсионного страхования или пособие по болезни, выплачиваемое больничной кассой,
 - б) При проведении мероприятий по участию в трудовой деятельности: средства к жизни за счет пенсионного страхования или бюро по трудоустройству.
- При частичном или полном снижении трудоспособности (ранее: нетрудоспособность) и предшествующей трудовой деятельности: пенсия из-за снижения трудоспособности; при трудоспособности в течение не менее 3-6 часов в день выплачивается полная пенсия по ограничению трудоспособности.
- Совершеннолетние, которые из-за инвалидности длительное время не работоспособны и не имеют доходов или имеют только незначительный доход (например, не имеют притязаний на пенсию, так как они не работали или работали короткое время на предприятии с надлежащим обязательным пенсионным страхованием), могут подать заявление на основное страхование старости и при снижении работоспособности (глава IV SGB XII). Оплата основного обеспечения осуществляется соответствующим округом и городской администрацией. Высота основного обеспечения ориентируется на финансовую поддержку жизни согласно Федеральному закону о социальном обеспечении и состоит из основной суммы (она соответствует стандарту социальной помощи, а также при повышенном спросе – 17% дополнительно – учитываются и единичные нужды как при социальной помощи) а также из суммы оплаты за отопление и квартиру. Кроме того, страховые взносы в кассы здравоохранения и страховые взносы по уходу берёт на себя государство.
- При безработице после предшествующей трудовой деятельности: В зависимости от исходных условий (длительность занятости) пособия по безработице I оплачивается сроком до 18 месяцев. Сумма выплачиваемого пособия исчисляется в зависимости от зарплаты последних месяцев; имущество не засчитывается. После истечения срока все трудоспособные ищущие работу сроком на минимум 3 ч. в день (сюда относятся и лица, которые будут трудоспособны в ближайшие 6 месяцев) получают пособие по безработице II (ALG II), сумма выплаты пособия приравнивается к социальной помощи (пособие на проживание).
- Для всех, кто трудится меньше чем 3 ч. и в ближайшем будущем (6 месяцев) не сможет трудиться больше также предусмотрено пособие на проживание - SGB XII. Однако, услуги социальной помощи предоставляются только второстепенно (§2 SGB XII), это значит, социальную помощь не получает тот, кто может помогать себе сам или получает помощь от других, в частности, от членов семьи или от других социальных структур.

Пособие на проживание охватывает, предметы первой необходимости (для питания, личной гигиены, личных потребностей ежедневной жизни, частично одежду) а также затраты на квартиру (арендная плата). Наряду с этим в очень ограниченном количестве выплачиваются пособия на возросшие нужды (например, при обусловленном болезнью усиленном и дорогом питании) и единичные нужды (например, первичное обустройство квартиры, средства на первично необходимую одежду при беременности и рождении ребёнка, многосуточные школьные поездки) также оплачивается страхование на случай болезни.

Относительно обязанностей содержания со стороны родственником смотрите раздел "Правовые основы".

■ **Памятка**

Перечисленные выше услуги, предоставляются лишь на основании заявления. Исключением являются услуги социальной помощи, для которых, согласно закону, не требуется подача заявления, но на которые все-таки должны заполняться бланки заявки.

ДАЛЬНЕЙШАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Жить с психически больным – Совет и помощь для родственников

Мы хотели бы Вам рекомендовать специально изданный Федеральным Союзом справочник «Жить с психически больным». Он появился в новом издании в издательстве Balance buch+medien verlag, Бонн, в 2008 и охватывает 319 страниц, цена 17,90 € .

Этот справочник

- информирует существенно более обширно, чем данная брошюра о самых частых психических болезнях, терапевтических возможностях и психосоциальной системе обеспечения,
- подробно объясняет самые важные юридические понятия от А (Akteneinsicht - ознакомление с делом) до Z (Zwangseinweisung - принудительная госпитализация),
- содержит информацию от родственников больных, которые делятся своими знаниями и опытом
- содержит главу о коммуникативных техниках, которые могут облегчить общение с больными членами семьи.

Федеральный Союз родственников психически больных людей постоянно расширяет свой ассортимент информационных брошюр. Вы найдёте бланк для заказов со всеми заголовками на нашей интернет-странице www.bapk.de или Вы можете попросить его в нашем бюро.

Относительно отдельных социальных законов Федеральное Правительство постоянно издаёт обновленные инфоматериалы.

- Федеральное министерство здравоохранения: www.bmg.bund.de > publikationen
- Федеральное министерство работы и социального обеспечения: www.bmas.bund.de > publikationen
- Федеральное министерство юстиции: www.bmj.bund.de > publikationen

Там Вы можете заказать брошюры и компакт диски, а также в большинстве случаев скачать информацию.

Общий обзор услуг для хронически больных и инвалидов даётся в сл. тексте

Федеральное сотрудничество Самопомощь: права больных людей и их родственников, 35-е издание, 2007г., цена 4,80 €

Ссылка: BAG Selbsthilfe, Kirchfeldstr. 149, 40215 Düsseldorf,
Тел. 0221/31006-0, факс 0211/31006-48, e-mail: info@bag-selbsthilfe.de

Углубленный обзор юридических вопросов для психически больных, инвалидов и их родственников даёт справочник

Рольф Маршнер: Права Психически больных издание 2008г., 240 стр, стоимостью 15,95 €
Balance buch+medien verlag, Бонн

Психосоциальный обзор

Один раз в квартал выходит Психосоциальный обзор в виде журнала нашего союза. Это социально-психиатрический журнал, учрежденный и издаваемый в немецко-говорящем пространстве для больных, родственников и работников, занятых в системе психиатрии; он информирует об актуальных темах общинной психиатрии, интересных проектах из области обслуживания, искусства и средств массовой информации; содержит новости земель и регионов, а также из работы союза.

www.psychiatrie.de

Наша информация широко представлена в Интернете. В разделе психиатрии с адресом www.psychiatrie.de содержится актуальная информация, собранная вместе с другими отраслевыми союзами и издательством «Психиатрия», по теме психических заболеваний. Здесь также. Там Вы найдёте много ссылок на литературу и получите возможность задать вопросы экспертам.

Горячая линия 0180 5 / 950 951

Кроме того, Федеральный Союз предлагает телефонную самопомощь по номеру 0180 5 / 950 951 (14 центов в минуту из немецкой сети) по понедельникам, вторникам и четвергам с 15.00 до 19.00 часов. В любое время обращайтесь по адресу электронной почты в Интернете: beratung.bapk@psychiatrie.de

Наша концелярия

Контакт и информацию о Союзе Вы найдете через нашу канцелярию в Бонне по адресу:

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

Oppelner Straße 130

53119 Bonn

Tel. 0228/63 26 46

Fax 0228/65 80 63

eMail bapk@psychiatrie.de

Адреса наших земельных организаций Вы найдёте на нашей интернет-странице www.bapk.de или Вы можете спросить в бюро.

Наши данные

Редактор издания:

Familien-Selbsthilfe Psychiatrie

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

Oppelner Straße 130, 53119 Bonn

Текст и редакция:

Ursula Brand, Jutta Seifert, Karl-Ernst Brill, Jörg Holke, Beate Lisofsky

Издание

Декабрь 2010