

КАЗАНСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

А. С. ГРАНИЦА

ВВЕДЕНИЕ В ПСИХИАТРИЮ

**ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПСИ-
ХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ**

Учебно-методическое пособие

Казань

2019

УДК 616.89

Г75

Рекомендовано к изданию

Учебно-методической комиссией

Института фундаментальной медицины и биологии КФУ

(протокол №1 от 5.09.2019)

Рецензент:

заведующий кафедрой медицинской и общей психологии

Казанского государственного медицинского университета,

доктор медицинских наук, профессор **Менделевич В.Д.**

Граница А.С.

Г75 Введение в психиатрию. Правовые и организационные аспекты оказания психиатрической помощи в России. Учебно-методическое пособие / Граница А.С. / - Казань: Казан. ун-т, 2019. - Учебно-методическое пособие. – 43 с.

В учебно-методическом пособии рассмотрены основные разделы и исторические этапы развития психиатрии, организационные и правовые аспекты оказания психиатрической помощи в России. Предназначено для студентов и ординаторов медицинских, психологических и педагогических направлений подготовки.

УДК 616.89

© Граница А.С., 2019

© Казанский университет, 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Глава 1. Предмет и задачи психиатрии. Основные разделы психиатрии	5
Глава 2. Основные этапы развития психиатрии как науки	8
Глава 3. Основные направления психиатрии	14
Глава 4. Организация психиатрической помощи в России	21
Глава 5. Правовое регулирование оказания психиатрической помощи	29
Вопросы для самоконтроля	41
Список литературы	42

ВВЕДЕНИЕ

Знание основ психиатрии необходимо врачам самых различных специальностей, так как подавляющее число больных первоначально обращается не к психиатрам, а именно к ним. К сожалению, до сих пор существует определенная настороженность в отношении психических расстройств, которая встречается как среди пациентов, так и среди врачей других специальностей. Поэтому зачастую, прежде чем попасть к врачу-психиатру или врачу-психотерапевту пациенты проходят длинный путь от психолога или врача общей практики до различных узких специалистов: кардиологов, гастроэнтерологов, иммунологов, неврологов и проч. В то же время распространенность психических расстройств по разным оценкам ставит их в пятерку самых встречаемых заболеваний и на первое место по причинам инвалидизации пациентов. Кроме того, многие симптомы психических заболеваний могут быть схожими с теми заболеваниями, которые встречаются в общесоматической практике. Существует большое разнообразие патологий, с которой будущие врачи общей практики будут встречаться чаще всего: пограничная, или малая, психиатрия (невроты, расстройства личности и переходные состояния), соматогенные психические нарушения, психические расстройства при общих и мозговых инфекциях, различные виды зависимостей, умственная отсталость. Ряд заболеваний относится к междисциплинарным проблемам с неврологией, медицинской генетикой, инфекционными болезнями и другими. И наконец, пациенты с психическими расстройствами так же могут страдать от сопутствующей соматической патологии, при оказании этой медицинской помощи потребуется учитывать особенности этой группы коморбидных пациентов.

Таким образом, несмотря на специфику психиатрии как клинической дисциплины, широкое представление о психических расстройствах, их клинических проявлений и принципов терапии важно для общеобразовательного курса студента высшего учебного заведения медицинского профиля.

ГЛАВА 1. ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ ПСИХИАТРИИ. ОСНОВНЫЕ РАЗДЕЛЫ ПСИХИАТРИИ

Психиатрия - медицинская дисциплина, занимающаяся изучением диагностики и лечения, этиологии, патогенеза, распространенности психических болезней и организации психиатрической помощи населению [5, 6, 7, 9,10]. Традиционное определение психиатрии как учения о распознавании и лечении психических болезней содержит самые существенные признаки этой медицинской дисциплины. Это подразумевает, что в задачи психиатрии входят несколько важных направлений. Первое — распознавание — включает не только диагностику, но и исследование этиологии, патогенеза, течения и исхода психических болезней. Второе направление— лечение, — помимо собственно терапии, включает организацию психиатрической помощи, профилактику и решение социальные проблем, входящих в компетенцию психиатрии. Исходя из перечисленного, задачами психиатрии являются:

- изучение клинических проявлений и диагностики психических расстройств
- изучение этиологии психических расстройств
- изучение патогенеза психических расстройств
- изучение распространенности психических расстройств
- формирование принципов терапии и профилактики психических расстройств
- формирование принципов реабилитации (комплекс мероприятий по восстановлению или компенсацию утраченных возможностей) и абилитации (комплекс мероприятий по развитию навыков социальной адаптации) пациентов с психическими расстройствами
- формирование принципов организации психиатрической помощи населению

Решение поставленных задач обусловило необходимость выделения особых разделов психиатрии, со своими более узкими предметами и задачами.

Прежде всего, психиатрия подразделяется на общую психиатрию (общую психопатологию), исследующую основные, свойственные многим психическим болезням закономерности проявления и развития патологии психической дея-

тельности, общие вопросы этиологии и патогенеза, природу психопатологических процессов, их причины, принципы классификации, проблемы восстановления, методы исследования; и частную психиатрию, исследующую соответствующие вопросы при отдельных психических заболеваниях [5, 6, 7, 9,10].

Психиатрическая пропедевтика – вводный курс в клиническую дисциплину, предполагающий обучение методам клинического обследования больного, семиотике болезней, относящихся к данной дисциплине, и воспитание профессиональных черт личности врача на основе медицинской деонтологии.

Возрастная психиатрия подразделяется на детскую, подростковую и гериатрическую психиатрии. Они являются разделами клинической психиатрии, посвященными особенностям проявлений, течения, лечения и профилактики психических расстройств в соответствующем возрасте.

Наркология включает диагностику, лечение и профилактику зависимостей: зависимостей от химических веществ (алкоголизма, наркоманий и токсикоманий), а так же нехимических зависимостей (гемблинг, интернет-зависимость, фанатизм и др.). Смежным с наркологией является раздел клинической психологии - аддиктология (от англ. addiction — пристрастие).

Судебная психиатрия разрабатывает основы судебно-психиатрической экспертизы и проблемы предупреждения общественно опасных действий психически больных.

Социальная психиатрия сосредоточена на изучении роли социальных факторов в возникновении, течении, лечении и профилактике психических расстройств и разработке научных основ организации психиатрической помощи

Транскультуральная (или кросс-культуральная) психиатрия посвящена сравнительному исследованию особенностей психических расстройств и уровня психического здоровья среди различных наций, культур и общественных строев

Ортопсихиатрия объединяет подходы психиатрии, психологии и других медицинских и социальных наук к исследованию и лечению нарушений пове-

дения. Особое внимание уделяется профилактическим мерам, направленным на предупреждение этих нарушений у детей.

Биологическая психиатрия — теоретическая область изучения биологических (нейрофизиологических, биохимических, иммунологических и др.) механизмов развития психических расстройств и действия лекарственных и других биологических методов лечения.

Разделами психиатрии также являются сексопатология и суицидология (изучение причин и разработка мер по предупреждению самоубийств и суицидального поведения, предшествующего им).

Смежными с психиатрией, но особыми научными дисциплинами являются психотерапия (изучающая методы психотерапевтического, немедикаментозного воздействия на пациентов и клиентов), медицинская психология (раздел психологии, изучающий психологические механизмы и психодиагностику психических расстройств, и психологические особенности больных) и психофармакология (занимается созданием и изучением психотропных препаратов и механизмов их воздействия) [5, 6, 7, 9,10].

ГЛАВА 2. ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИИ КАК НАУКИ

Психиатрия (греч. *psyche* — душа, *iatreia* — лечение) в буквальном переводе означает лечение души. Это не соответствует нашим современным понятиям о психических заболеваниях. В настоящее время предметом изучения психиатрии являются психические расстройства, что включает в себя необходимость понимания здоровой психики и отклонений от этого здоровья [5, 6, 7, 9,10]. Но, чтобы прийти к этому пониманию, важно проследить исторические этапы, которые прошло человечество на пути становления психиатрии как научной медицинской дисциплины.

Донаучный этап.

В донаучный период психические расстройства трактовались с позиции мистики или исходя из философских представлений. Так описание психических расстройств встречаются в «Илиаде» и «Одиссее» Гомера, эпосах «Махабхарата», «Младшая Эдда» и «Калевала». Их можно найти также в священных текстах Библии, Корана и Талмуда. Определенный опыт человека связан с религиозными практиками, случайным и направленным использованием психоактивных веществ, а также опытом переживания утрат, греха, боли, умирания, что отражается в сохранившихся описаниях религиозных обрядов и некоторыми традициями в традиционных культурах [5, 6, 7, 9,10].

В медицине античности — периода, который охватывает промежуток от V в. до н.э. вплоть до V в. н.э., — были описаны первые проявления психических расстройств. Эти расстройства с интересом изучались знаменитыми философами своей эпохи (Эмпедокл, Платон, Гиппократ, Аристотель, Теофраст, Демокрит и др.). Сократ отделял состояния, которые он называл «мегалопаранойей», от состояний, терминологически обозначенных им «микрондиамартанейн». Паранойя чаще рассматривалась как один из типов «тихого» помешательства, Пифагор (VI в. до н.э.) противопоставлял паранойе как состоянию болезненному дианойю как состояние здорового ума. На первый план он ставил психическое лечение, музыку, холодные ванны, между тем как кровопускание и

подобные ему «энергические» средства отвергал. Цельс описал меланхолию, галлюцинации (сам термин он не ввел, обозначая феномен как «обманчивое воображение»), нелепые идеи и идиотизм («мория»). Платон выделял два типа безумия — одно, связанное с воздействием богов, другое — связанное с нарушением рациональной души. В платонической и неоплатонической традициях была введена классификация негативных и позитивных душ человека. Аристотель описал основные эмоции, включающие страх, тревогу, и выделил понятие сверхсильной эмоции — аффекта. Гиппократ первым стал утверждать, что болезни не есть порождение «зла», а происходят от конкретных естественных причин. Высокую степень развития в сочинениях Гиппократа обнаруживает психиатрия. По его мнению, душевные болезни объясняются исключительно телесными причинами и заболеваниями мозга. Во всяком случае телесные болезни, связанные с помешательством, например френит, истерия, эпилепсия, нередко отличаются от душевных болезней в общем смысле. Гиппократ и его последователи различали главным образом две основные формы помешательства: «меланхолию» и «манию». Эти наименования, как полагают многие историки медицины, были известны еще до Гиппократа и сохранились до настоящего времени. Под «меланхолией» (в переводе с греч. — черная желчь) понимали все формы помешательства, происходящие от избытка черной желчи, в том числе и сумасшествие в самом прямом смысле. «Мания» (в переводе с греч. — неистовствовать, предугадывать, прорицать) обозначала сумасшествие вообще. Термином «френит» обозначались острые болезни, протекающие при нарушении деятельности мозга, происходящие на фоне лихорадки, часто «с хватанием мушек и малым частым пульсом». Гиппократ среди них выделял такие, как «парафронейн» (бред вообще), «паракронейн» (галлюцинирование, сильная степень бреда), «паралерейн» (бред, бессвязная речь), «паралегейн» (заговаривание, меньшая степень бреда); эти типы упоминаются в гиппократовском сборнике «Эпидемии». Особой заслугой Гиппократа является указание связи «священной болезни», или эпилепсии, с мозгом. Гиппократ описывал клинические случаи «истерии», придерживаясь «маточной» теории, которая была заим-

ствована греками у древних египтян: «Если матка направляется к печени, женщина тотчас же теряет голос; она стискивает зубы и становится черной. Особенно часто болезнь бывает у старых дев и молодых вдов, которые, имея детей, не выходят больше замуж».

Однако самым важным из наследия древних врачей по душевным болезням можно считать то, что сохранил Целий Аврелиан [5, 6, 7, 9,10]. Здесь проявилась точка зрения методиков, которая выражалась в разделении болезней на экзальтированные и угнетенные состояния. Такая классификационная дихотомия «**экзальтация — угнетение**», по-видимому, является одной из первых в истории медицины, она относится к тому периоду, когда психиатрия как наука еще не существовала.

Кл. Гален (II в. н.э.), римский врач и естествоиспытатель, известный тем, что обобщил представления античной медицины в виде единого учения, канонизированного церковью и господствовавшего в медицине вплоть до XV — XVI вв., продолжал развитие идей Гиппократов о значении гуморального фактора в происхождении болезней и темперамента. Он различал среди причин болезненного состояния непосредственные (порча соков, дискразия), вызываемые этими причинами страдания (патос) и вызываемые последним ненормальные образовательные процессы (нозема, нозос); далее он выделял симптомы. Подобно Гиппократу, он выделял «френиты», лихорадочные психозы, меланхолию, манию. Один из видов меланхолии он впервые обозначил как «ипохондрию», полагая, что эта болезнь начинается в желудке. Он описывал такие симптомы «ипохондриии», как отрыжка, отхождение ветров, чувство жара в правом подреберье, зыбление, иногда боли. По Галену, припадки ипохондриии суть следствие воспаления желудка и задержки густой черной желчи. Меланхолики всегда одержимы страхом, который, как и печаль, является постоянным спутником этого заболевания. Клиническое различие между меланхолией и ипохондрией К. Гален видел в наличии при ипохондриии «желудочных» припадков.

В средневековой Европе взгляды на психические расстройства были разнородны. Классификация расстройств зачастую носила демонологический характер в зависимости от стилистики поведения психически больного. В некоторых случаях отношения к пациентам было как к людям, одухотворенным (юродивые, блаженные). Были канонизированы многие подходы Кл. Галена и Гипократа. Св. Августин в своих посланиях из Северной Африки впервые ввел метод внутреннего психологического наблюдения переживаний (интроспекция). Описание переживания, по Св. Августину, позволяет понять его окружающим, разделить, сопереживать. Его описания по праву можно считать первыми психологическими трактатами. Авиценна в «Каноне врачебной науки» описывает две причины психических расстройств: глупость и любовь. Он также впервые описал состояние одержимости, связанное с превращением человека в животных и птиц и подражанием их поведению. А также описал особое поведение врача при беседе с психически больным пациентом.

И все же более частое восприятие людей с психическими расстройствами, как грешников, обуславливало и негуманное обращение к ним. Содержались такие больные чаще в тюрьмах, закованные в цепи. Были особые «корабли дураков», на которые сажали больных и отправляли без еды и воды в открытое море или даже топились. Однако первое отделение для душевнобольных было открыто в 1377 году в Бетлемской королевской больнице – «Бедлам».

Новое время и становление научного периода.

В период Возрождения начинается новый этап развития психиатрии, связанный с попыткой классификации психических расстройств и научного описания их. Во второй половине XVI в. F.Platter (1536—1614), психиатр эпохи Возрождения, создал первую в истории психиатрии классификацию психозов, состоящую из 23 видов психических болезней, размещенных в 4 классах [5, 6, 7, 9,10]. Причины помешательства F.Platter подразделял на внешние и внутренние. Он проявлял интерес к состояниям, пограничным с психозами, относимым теперь к малой психиатрии. С этого момента происходили многочисленные попытки систематизации и описания психических расстройств. P.Zacchia (1584—

1659) предложил свою классификацию психических болезней, включающую 3 класса, 15 видов и 14 разновидностей. Он был одним из основателей судебной медицины, включая судебную психиатрию. В. de Sauvages (1706 — 1767) все психические расстройства, всего 27 видов, описал в 3 разделах, в основу классификации им был положен симптоматический принцип, аналогичный соматической медицине. Ph. Pinel (1801) писал, что "число родов помешательства ограничено, но встречающиеся здесь варианты могут увеличиваться до бесконечности". Важная заслуга его так же в том, что он возглавил движение за ограничение мер стеснения психически больных - первым сняв с душевнобольных цепи, а в области терапии предложил «моральное лечение» душевнобольных.

С 18-19 веках происходит активное описание и выделение основных видов психических расстройств. W.Cullen (1754) трактовал психические болезни как страдания головного мозга, проявляющиеся в его угнетении или возбуждении и он же описал невротические расстройства и ввел понятие «невроз». Т. Sutton в 1813 году описал алкогольный делирий, А. R. Gooch в 1829 году — послеродовые психозы. В 1882 году А. Veuel выделил прогрессивный паралич, который был первым самостоятельным психическим заболеванием, имеющим определенную этиологию и патогенез, то есть соответствующим принципу нозологии в медицине. R. Krafft-Ebing (1840—1902) описал гомосексуализм и аномалии сексуального поведения. С.С. Корсаков в 1890 году выделил психоз при хроническом алкоголизме, сопровождавшийся полиневритом с расстройствами памяти. В конце XIX — начале XX века Е. Kraepelin в классификации психических расстройств выделяет олигофрению, раннее слабоумие, которое в 1911 году Е. Bleuler названо шизофренией. Он также впервые описывает маниакально-депрессивный психоз и парафрению [5, 6, 7, 9,10].

В 1893 году была введена первая Международная статистическая классификация причин смерти МКБ (ICD) 1, последовательно в 1910, 1920, 1929 годах были введены МКБ 2—4, в 1938 — МКБ 5, в 1948, 1955 — МКБ 6—7. В 1952 году в США была введена оригинальная национальная классификация

Diagnostic System Manual Mental Disorders (DSM I), которая отличалась от европейских классификаций тем, что наряду с осью клинических признаков выделялась ось социального функционирования и реакции на стресс. В 1968 году введена DSM 2 в 1987 — DSM 3, в 1993 — DSM 4, в 2000 ее дополнение — DSM 4-TR, в 2013 — DSM 5.

В 1965, 1975 годах соответственно в Европе были введены МКБ (ICD) 8 и 9, а в 1989 — МКБ 10, ввод в практику, которой государствами — членами ВОЗ произошел в 1994 году [5, 6, 7, 9,10]. Тем не менее, наряду со стремлением к созданию единых между Европой и США клинических воззрений и намерениями объединить ICD и DSM, существуют противоположные попытки противопоставить единой системе классификации национальные школы. С 2018 года принята новая МКБ 11 пересмотра, которая в настоящий момент проходит этап адаптации. Ожидается, что переход на нее в России произойдет к 2020 году. В новой редакции классификация болезней более приближена к DSM.

ГЛАВА 3. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХИАТРИИ

Клиническое (феноменологическое, дискриптивное) направление основной акцент делает на выделении существенных признаков психических расстройств, а также поиска их причины [5, 6, 7, 9, 10]. К началу XX века до 70-х годов можно было выделить три основные школы клинической феноменологии, хотя существовали оттенки различных школ психопатологии. Немецкая школа характеризовалась акцентом на нозологические единицы, которые включали синдромы и симптомы. Этой же точки зрения придерживались русские, а затем и советские психиатры. Французская школа, опиралась преимущественно на уровень симптомов и синдромов. Американская школа основное внимание уделяла реакциям, в том числе реакциям адаптации.

Нозологический подход (от греч. *nosos* — болезнь) Все психические расстройства представлены в виде отдельных психических болезней (шизофрения, маниакально-депрессивный, алкогольный и другие психозы). Считается, что каждой болезни присущи свой особый этиопатогенез (допускается разнообразие провоцирующих и предрасполагающих факторов), характерная клиническая картина и течение (хотя выделяются разные типы и их варианты), а также наиболее вероятный прогноз. Возлагавшиеся первоначально надежды на то, что для каждой болезни будет свой особый метод лечения (прививка малярии при прогрессивном параличе, инсулиношоковая терапия при шизофрении и т.д.), не оправдались. Подавляющее большинство современных психотропных средств эффективно при определенных синдромах и даже симптомах, независимо от той болезни, при которой они встречаются. Другим недостатком нозологического направления является неясное положение тех психических расстройств, которые не укладываются в клиническую картину и течение определенных заболеваний. Примером могут послужить случаи, промежуточные между шизофренией и маниакально-депрессивным психозом. Одни авторы считают их особыми шизоаффективными психозами, другие включают в шизофрению, третьи трактуют как атипичные формы маниакально-депрессивного психоза. Существуют также расстройства, как бы промежуточные между шизофренией и погра-

ничными состояниями — неврозами, психопатиями (шизотипическое расстройство, называемое также вялотекущей, или пограничной, шизофренией).

Ведущим методом нозологического направления служит тщательное описание клинической картины и течения психических расстройств, за что представители других направлений называют данное направление «дескриптивной» (т.е. описательной) психиатрией Крепелина.

Синдромологическое направление господствовало в психиатрии в XIX веке и в настоящее время наиболее сохраняется во французской психиатрии. Диагнозами служат названия синдромов (депрессия, делирий, хронический бред, кататония, спутанность и т.д.) независимо от вызвавших их причин. В начале XX века это направление уступило место нозологическому. Однако с появлением в 50-х годах психотропных средств, каждое из которых эффективно при определенных синдромах, синдромологическое направление вновь стало приобретать сторонников. Обычно оно входит как составная часть в эклектическое направление.

Эклектическое направление (его представители чаще называют данное направление «прагматическим», или «атеоретическим») к концу XX века стало наиболее распространенным в мировой психиатрии. По сути дела его отражают Международная классификация психических болезней (9-й и 10-й пересмотры). Систематика строится так, чтобы по возможности отразить суждения представителей разных направлений и многих психиатрических школ. Если причина психического расстройства в общем известна (алкоголизм, наркомании, старческое слабоумие и др.), то оно выделяется по нозологическому принципу. Если же причины неясны, а характерные органические изменения в мозге не установлены, то систематика приближается к синдромологической (выделяются расстройства бредовые, аффективные и др.) или к психоаналитическому направлению (например, диссоциативное расстройство — «раздвоение личности»).

Биологическое направление психиатрии основано на исследованиях связи между физиологией и биохимией мозга, генетикой с основными психическими

расстройствами.

Нейрофизиологическая концепция придает ведущее значение в происхождении психоза внешним воздействиям, а не конституциональному предрасположению. Она основывается на данных экспериментальных исследований состояний полной сенсорной изоляции, приводящей к возникновению страха, галлюцинаций и бреда.

Кибернетическая концепция: психическое расстройство, по мнению последователей этой концепции, может возникнуть в результате, во-первых, нарушения регуляции (фильтра) информации. Увеличение ее поступления вследствие дефекта селекции по ее значимости приводит к информационной перегрузке, когда информация не перерабатывается. В результате внешний мир становится странным, неопределенным, полным значения и тревоги. Во-вторых, согласно этой концепции, психическая болезнь возникает в связи с необычной оценкой повседневных впечатлений, что ведет к гипертрофированному переживанию их значения. В результате развивается состояние сверхбодрствования, при котором происходит восприятие всех внешних впечатлений.

Мердимензиональная концепция [Gaupp K., 1902; Kretschmer E., 1922, 1930] трактует генез бреда как результат сочетания психогенных (реактивных) и эндогенных факторов. Бред, по этой концепции, возникает в результате развития личности в условиях особых жизненных обстоятельств при эндогенном предрасположении к нему. Типичным для развития бреда E. Kretschmer считает присутствие ингредиентов, подходящих как ключ к замку, — склада характера, ситуации и жизненного опыта.

Психологическое направление пытается найти психологические закономерности в возникновении психических расстройств и особенностей их протекания [5, 6, 7, 9,10].

Психоанализ связан с именем S. Freud (1856—1939), который ввел психоаналитический метод лечения психических расстройств, а также обосновал значение структуры сознания и детской сексуальности для диагностики и терапии неврозов. P. Janet создает концепцию психастении, а также психологической

диссоциации, которую применил для объяснения обсессивно-компульсивного и диссоциативного расстройств. А. Adler (1870—1937) в своих теориях («жизненного стиля», «комплекса неполноценности» и «мужского протеста») описывает индивидуально-психологические причины развития психических расстройств. С. Horney психоаналитически обосновывает развитие неврозов как результат социального окружения. М. Klein и А. Freud в 30-х годах создают систему психоанализа детского возраста. Е. Erikson описывает жизненные циклы как кризисы идентичности и вводит их в практику психоанализа и психотерапии. Н. Sullivan (1892—1949) создает интерперсональную теорию, согласно которой реализация бессознательных структур возникает в результате межперсональной коммуникации. С.Г. Jung (1875—1961) основывает школу глубинной психологии, при описании психологических типов (интроверт, экстраверт) он интерпретирует аномалии личности и неврозы. Психоз им объясняется как результат нарушения индивидуации и искажение осознания архетипа. Ж. Лакан (1901—1981) вводит в психоанализ изучение структуры языка и метафор, указывая на то, что язык является моделью сознания и его искажения могут быть интерпретированы аналитическим методом.

Сущность психоза, по Ж.Н. Jackson (1931), заключается в диссоциации (разложении, выпадении) высших, более дифференцированных уровней психической деятельности и высвобождении низших, более примитивных уровней. Психоз не порождает новых явлений. Они представляют собой результат выпадения деятельности высших уровней ("минус-симптомы") с высвобождением деятельности низших уровней ("плюс-симптомы").

Гештальт-психологическая концепция психоза (бредового) отражена в трудах К. Conrad (1958). Согласно этой концепции, развитие бреда проходит ряд этапов. Первый этап — трема представляет собой тягостное чувство неотвратимо надвигающейся угрозы, тревожное настроение с переживанием измененности самого больного и внешнего мира, страхом. Второй этап — апофения. На этом этапе развития бреда появляется новый для больного смысл всего окружающего — дереализация, иллюзии, галлюцинации, расстройство мышления (с преоб-

ладанием протопатического восприятия над эпикритическим), готовность к возникновению идей значения и отношения. В последующей стадии — анастрофы — больной становится центром всех явлений, всего происходящего, он оказывается во власти своих субъективных идей. Бред в ряде случаев систематизируется. Больной изолируется в своем аутистическом нереальном мире. Он не в состоянии понимать других. В последней стадии, стадии апокалипсиса, наступает распад Я (полный распад структуры личности, мышления, эмоций и т.п.).

Экзистенциальное направление использует феноменологически-герменевтическую (толкование) методику обследований больных. Результаты ее применения выражаются не в клинических понятиях, а в категориях философии существования (экзистенциализма). В соответствии с этим, например, у больных шизофренией констатируется изменение бытия. Сторонники этого течения говорят об изменении "наличного бытия", "коммуникации", "собственного мира", что ведет к "крушению жизни". Бред в соответствии с такими взглядами представляет собой самовыражение шизофренического бытия.

Когнитивно-поведенческий подход берет свои истоки из классических работ И.М. Сеченова, В.М. Бехтерева, И.П. Павлова о высшей нервной деятельности, дополненных и частично переосмысленных в рамках бихевиоризма Дж. Уотсона, Э.Торндайка, Б.Ф. Скиннера, а также теории социального научения А. Бандуры. Большое значение в рамках когнитивно-поведенческого подхода придается взаимосвязи между стимулом, его мыслительной обработкой и коечной реакцией в форме эмоционального и поведенческого реагирования. В рамках когнитивно-поведенческой терапии наибольшее распространение получила формула А (событие) – В(установки\убеждения) – С(последствия\реакция). Согласно данному подходу некое событие, имевшее место в реальности, по особому обрабатывается когнитивной сферой. Большую роль при этом имеют не только непосредственные факты и ощущения, но и те мыслительные схемы, которыми индивидууму привычно пользоваться при обработке поступающей информации. Вслед за этой мыслительной обработкой идет реакция, выражаю-

щаяся в эмоциональном, телесном и поведенческом реагировании. Основной причиной невротических, депрессивных и личностных расстройств представители этого направления видят в когнитивных искажениях. Когнитивные искажения представляют собой неадаптивные ошибки восприятия реальности. Их несоответствие реальности, иррациональность искажает восприятие и оценку себя, других людей и окружающего мира и тем самым влияет на другие сферы психического и компоненты системы отношений личности (эмоциональный, поведенческий), провоцируя возникновение невротических и психосоматических расстройств.

Антипсихиатрия — общественное течение, особенно распространившееся в Европе в 60—70-х годах, в котором принимали участие отдельные психиатры и философы [5, 6, 7, 9,10]. Кроме органических поражений мозга, отрицается существование каких-либо психических болезней, которые рассматриваются как «особая форма существования», «иная жизнь». Эти болезни якобы были «выдуманы» психиатрами и используются обществом для изоляции неугодных ему людей. Последователи антипсихиатрического направления в современной психиатрии трактуют все отклонения в психической деятельности человека, вплоть до психоза, не как проявление патологии, а как отражение присущего всему человечеству иррационального начала психической деятельности и выражение протеста против существующего социального уклада. Таким взглядом способствовало широкое применение психотропных средств, благодаря чему психические расстройства стали протекать в более стертых и часто незаметных для обывателей формах. Это же позволило избежать прежнего длительного стационарирования. Также интересен эксперимент Розенхана, проведенный в 1973 году в США. В несколько психиатрических клиник были направлены здоровые добровольцы, которые симулировали признаки психических расстройств. В результате всех их госпитализировали, выставили диагноз и назначили лечение. Розенхан опубликовал это интерпретацией, что психиатры неспособны отличить здоровых от больных людей и поставил под сомнение психиатрию как науку в целом. Однако при обвинениях в злоупотреблении психиатрией, осо-

бенно со стороны неспециалистов, часто не учитываются два важных обстоятельства: возможность диагностических ошибок, совершаемых непреднамеренно и чаще из-за низкой квалификации врачей, и возможность стойких полноценных ремиссий, фактически граничащих с выздоровлением. В последнем случае больные могут отрицать бывшее ранее психическое расстройство, заявляя, что они якобы его симулировали с какой-либо целью или были неправильно поняты.

На волне популярности антипсихиатрии в некоторых странах (например, в Италии) были закрыты психиатрические больницы. Однако постепенно «антипсихиатрия» стала пользоваться все меньшей популярностью. Но ей на смену пришло новое общественное течение, направленное на борьбу со злоупотреблением психиатрией в политических целях.

ГЛАВА 4. ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

Психиатрическую помощь населению оказывают в стационарных и амбулаторных условиях [5, 6, 7, 9,10].

Стационарная психиатрическая помощь оказывается лицам с психическими расстройствами, нуждающимся в круглосуточном наблюдении [3,4]. Для стационарного лечения существуют психиатрические больницы и психиатрические отделения в многопрофильных больницах. Эти отделения могут быть профилированы специально для лечения больных с пограничными непсихотическими расстройствами и лиц, страдающих психозами и одновременно соматическими заболеваниями, требующими активной терапии или оперативного вмешательства. Кроме того, в психиатрических больницах организуются профильные отделения для лечения пациентов с сочетанной психической и соматической патологией, в том числе реанимационные, инфекционные и туберкулезные отделения.

В психиатрических больницах принят территориальный принцип распределения больных: больные из определенного района или участка психоневрологического диспансера поступают в одно и то же отделение (таким образом, осуществляется преемственность в лечении между этими лечебными учреждениями).

Ввиду важности профилактики социальной дезадаптации и нарастания негативной симптоматики, которые зависят, в том числе от правильного подхода к лечению в первом эпизоде заболевания, создаются отделения первого психотического эпизода.

Согласно закону о психиатрической помощи и Уголовному Кодексу Российской Федерации, граждане, признанные невменяемыми освобождаются от уголовной ответственности за совершенное правонарушение и направляются для принудительного лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях. Для таких пациентов, формируются профильные отделения для принудительного лечения.

Для решения экспертных вопросов судебно-психиатрической экспертизы, требующей проведения стационарной судебно-психиатрической экспертизы, выделяются профильные экспертные отделения.

Кроме того, в больнице имеются отделения для лечения больных с пограничными состояниями, паллиативные отделения, лиц пожилого возраста, детей и подростков. В детских и подростковых отделениях больные не только получают лечение, но и обучаются по программе массовой школы. В связи с увеличением продолжительности жизни населения возникает необходимость в развитии психиатрической помощи пожилым лицам. В психиатрических больницах наряду со специальными отделениями для лечения пожилых лиц с психозами открываются отделения для людей этого возраста с пограничными расстройствами.

В некоторых психиатрических клиниках также создаются специализированные отделения для лечения пациентов с сочетанной психической и соматической патологией, туберкулезные и инфекционные отделения, отделение реанимации и интенсивной терапии.

В психиатрических больницах стремятся создать условия и режим, приближающийся к таковым в соматических стационарах. В связи с тем, что в психиатрических отделениях больные проводят более длительный период, здесь должны быть специальные помещения для рекреации, трудовой терапии, музыкальных занятий и других видов реабилитационных и абилитационных мероприятий. Все помещения отделения должны быть спланированы так, чтобы облегчить наблюдение персонала за больными.

Внебольничная и амбулаторная помощь психически больным.

Амбулаторная психиатрическая помощь оказывается лицам с психическими расстройствами, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения в условиях стационара[2-4].

Согласно ст. 26 Закона РФ от 2 июля 1992 г. N 3185-I "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" выделяются два вида амбулаторной помощи:

1. Консультативно-лечебная помощь оказывается врачом-психиатром при самостоятельном обращении лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе или с его согласия, а в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет - по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя.

2. Диспансерное наблюдение может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя в случаях, предусмотренных частью первой статьи 27 настоящего Закона, и предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом - психиатром и оказание ему необходимой медицинской и социальной помощи.

Существует несколько групп амбулаторного наблюдения и лечения пациентов с психическими расстройствами:

Группа Активного диспансерного наблюдения. Осмотр таких пациентов должен быть не реже 1-го раза в месяц. К ним относятся:

А. Больные, совершившие в прошлом общественно опасные деяния, предусмотренные УК РФ и признанные судом невменяемыми с назначением им принудительных мер медицинского характера.

Б. Больные, отбывшие наказание за преступления, совершенные до установления у них психического расстройства.

В. Больные, в структуру психических расстройств которых входит психотическая симптоматика, обуславливающая склонность к совершению общественно опасных действий или их высокую вероятность.

Г. Больные, страдающие пограничными формами психических расстройств, совершившие в прошлом общественно опасные деяния и признанные судом невменяемыми в связи с развившимся на этой почве психозом.

Д. Больные, находящиеся на амбулаторном принудительном лечении.

Группа Интенсивных терапевтических мероприятий. Осмотр каждые 3-5 дней. К ним относятся:

А. Больные, непосредственно выписанные из психиатрического стационара.

Б. Больные, с обострениями хронического заболевания, купирование которого осуществляется в амбулаторных условиях или на койках ЦРБ.

В. Больные, получающие лечение по листку временной нетрудоспособности.

Г. Впервые заболевшие с симптоматикой, позволяющей предполагать дебют шизофрении или другое психическое расстройство психотического уровня (которое в то же время не является бесспорным и необходимо динамическое наблюдение для выбора медицинской тактики).

Группа Противорецидивного лечения. Осмотр таких пациентов должен быть не реже 1-го раза в месяц. К ним относятся:

А. Больные, с частыми обострениями текущего процесса, а также с частыми (2 и более раза в год) госпитализациями в стационар.

Б. Больные, получающие пролонги и / или нормотимики, а также получающие постоянную противосудорожную терапию.

Группа Контрольного наблюдения и поддерживающего лечения. Осмотр таких пациентов должен быть 1 раз в 2-3 месяца. К ним относятся:

Больные с длительно текущими заболеваниями при неполной компенсации, не требующей постоянной поддерживающей терапии.

Группа эпизодического наблюдения. Осмотр таких пациентов должен быть 1 раз в 6-12 месяцев. К ним относятся:

А. Больные, не требующие в данный момент лечения и активных социально-реабилитационных мероприятий, которые планируются к снятию с учета.

Б. Несовершеннолетние, находящиеся во вспомогательных (коррекционных) школах-интернатах.

В. Пациенты, находящиеся в домах-интернатах для психически больных.

Согласно приказу Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 31 декабря 2002 г. N 420 «об утверждении форм первичной медицинской докумен-

тации для психиатрических и наркологических учреждений» [4] устанавливаются следующие группы:

Первую группу (больные с частыми госпитализациями) составляют пациенты с частыми и выраженными обострениями симптоматики, которые обычно сопровождаются госпитализациями. Именно частота последних - от одного до 4-5 и более раз в год - является четким и объективным признаком, определяющим принадлежность больного к данной группе наблюдения (кодируется в Карте "Д-1").

Ко второй группе наблюдения (амбулаторное купирование обострений и декомпенсаций) относят больных с декомпенсациями и обострениями психических расстройств, которые можно купировать в амбулаторных условиях (код "Д-2").

В третью группу (группа профилактического лечения) включаются больные со стабилизированными состояниями, в том числе с терапевтическими и спонтанными ремиссиями (код "Д-3").

Четвертую группу составляют больные, нуждающиеся в решении неотложных задач по социально - трудовой реабилитации. К этой группе следует относить больных на переходных этапах различных ступеней социально - трудовой реабилитации: намеченные для направления в лечебно - трудовые мастерские, для перевода со второй на третью группу инвалидности и дальнейшего трудоустройства, больные с нестойкой социально - трудовой адаптацией, нуждающиеся в улучшении жилищных условий, решении семейных проблем и пр. (код "Д-4").

Пятая группа (нуждающихся в эпизодическом или контрольном наблюдении) (код "Д-5") формируется из больных, находящихся в состоянии ремиссии или компенсации с хорошей социально - трудовой адаптацией, которые, однако, в связи с тяжестью перенесенных расстройств не могут быть на данном этапе переведены в группу консультативно - лечебной помощи. Значительная часть этих больных нуждается лишь в ежегодном контрольном наблюдении для проверки стойкости достигнутого улучшения и социальной адаптации. Эта катего-

рия больных должна ежегодно пересматриваться с целью определения пациентов, подлежащих переводу в группу консультативно - лечебной помощи либо прекращению диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением или значительным и стойким улучшением состояния и устойчивой социальной адаптацией.

Отдельную группу по интенсивности и особенностям наблюдения составляют больные с социально опасными тенденциями. Лица, страдающие хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, склонные к общественно - опасным действиям, а также лица, направленные судом на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра, подлежат активному диспансерному наблюдению в психоневрологических диспансерах (диспансерных отделениях, кабинетах). Решение о включении больного в группу активного диспансерного наблюдения принимается комиссией врачей - психиатров (КЭК) и оформляется записью в медицинской карте амбулаторного больного. При этом в Карте обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью следует указать обозначение группы активного диспансерного наблюдения - АДН или АПЛ (последнее в случае, если больной находится на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении) с указанием даты начала наблюдения. Интенсивность наблюдения в группе активного диспансерного наблюдения составляет не менее 1 раза в месяц.

В обязанности психоневрологического диспансера входит лечение больных, оказание им консультативной и социальной помощи. При диспансере имеются лечебно-трудовые мастерские, в которых работают инвалиды по психическому заболеванию, пребывание в лечебно-трудовых мастерских дает возможность проводить систематическое лечение, обеспечивать питанием и зарабатывать больным небольшое количество денег. Внебольничная помощь, кроме психоневрологического диспансера, осуществляется в дневных стационарах, куда больные приходят утром, получают соответствующее лечение, участвуют

в реабилитационных мероприятиях и вечером возвращаются домой.

Существуют ночные стационары, где больные находятся после работы вечером и ночью. За это время им проводятся лечебные мероприятия, например, курс внутривенных вливаний, игло-рефлексотерапия, лечебный массаж и др. Утром больные возвращаются на работу.

В сельской местности имеется сеть психиатрических кабинетов в сельских больницах и районных поликлиниках и психиатрические отделения в центральных районных больницах (ЦРБ).

Для детей существуют санаторные (лесные) школы, в которых ослабленные дети с различными невротическими состояниями получают соответствующую терапию и обучаются в школе. Для восстановления психического здоровья большое значение имеют создание режима труда и отдыха, длительное пребывание на свежем воздухе, занятия физкультурой. В санаторных школах дети находятся в течение одной четверти

В системе социального обеспечения находятся психоневрологические интернаты, где получают лечение больные, страдающие хроническими психическими заболеваниями.

Дети с умственной отсталостью и задержкой психического развития обучаются в специальных вспомогательных школах. В эти школы дети могут приходить из дома или жить постоянно в интернатах при школах, где осуществляется постоянное специальное наблюдение и систематическое лечение

Дети дошкольного возраста с органическими поражениями центральной нервной системы и с заиканием получают помощь в специализированных яслях-садах, где наряду с воспитателями работают врачи-психиатры, психологи и логопеды.

Последние годы получила развитие специальная служба по борьбе с суицидами. Во многих городах работает «Телефон доверия», по которому в любое время суток может позвонить каждый человек, находящийся в тяжелом психическом состоянии, обусловленном жизненными неудачами. Психотерапевтическую помощь по телефону оказывают психиатры и психологи, прошедшие спе-

циальную подготовку. Для оказания психотерапевтической и психологической помощи взрослым и подросткам имеются специальные кабинеты в общесоматических поликлиниках. В ряде крупных городов имеются специальные, так называемые кризисные отделения, работа в которых направлена на профилактику суицидального поведения.

Наркологическая служба — сеть специализированных учреждений, оказывающих лечебно-профилактическую, медико-социальную и медико-юридическую помощь больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией. Наркологическая служба имеет стационарные, полустационарные и внебольничные звенья.

ГЛАВА 5. ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Законодательство по вопросам психиатрии ставит задачу, с одной стороны, максимально защитить интересы психически больных, с другой — создать условия для выполнения врачом стоящих перед ним гуманных задач по оказанию психиатрической помощи и одновременно защиты общества от общественно опасных действий психически больных. В связи с этим законодательные акты содержат положения, касающиеся как самого психически больного, так и врача, и психиатрической службы

Основными документами, регулирующими оказание психиатрической помощи в России, являются:

1. Международная классификация болезней (на настоящий момент 10-го пересмотра). Является основным документом, необходимым для постановки диагноза. Со ссылкой на международную классификацию болезней определяются показания для оказания психиатрической помощи, назначение лечения, сроки лечения, реабилитационные и абилитационные процессы, экспертиза, научные исследования [8].
2. Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Является основным законом Российской Федерации, регламентирующим оказание медицинской помощи [1].
3. Закон «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании». Является основным законом Российской Федерации, регламентирующим оказание психиатрической помощи [2].
4. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 31 декабря 2002 г. N 420 «об утверждении форм первичной медицинской документации для психиатрических и наркологических учреждений» и ряд других подзаконных актов [3,4].

Далее будут приведены некоторые выдержки из значимых статей приведенных документов с комментариями.

Раздел 1. Врачебная тайна.

Статья 13 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Соблюдение врачебной тайны. В данной статье раскрывается понятие врачебной тайны и ее регламентация. Эта статья имеет особое социальное значение, поэтому она дублируется отдельно в статье 9. Сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи Федерального закона «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании».

К **врачебной тайне** относятся: сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

Разглашение врачебной тайны. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, за исключением следующих случаев:

1. С **письменного согласия гражданина или его законного представителя** допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях.
2. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, **без согласия гражданина или его законного представителя** допускается:
 - 1) в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю, с учетом положений пункта 1 части 9 статьи 20 настоящего Федерального закона;
 - 2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
 - 3) по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением рас-

следования или судебным разбирательством, по запросу органов прокуратуры в связи с осуществлением ими прокурорского надзора, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно;

3.1) в целях осуществления уполномоченными федеральными органами исполнительной власти контроля за исполнением лицами, признанными больными наркоманией либо потребляющими наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо новые потенциально опасные психоактивные вещества, возложенной на них при назначении административного наказания судом обязанности пройти лечение от наркомании, диагностику, профилактические мероприятия и (или) медицинскую реабилитацию;

4) в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему **до 15 лет (16 лет в случае наркомании)**, для информирования одного из его родителей или иного законного представителя;

5) в целях информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий;

б) в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно-летных) комиссий федеральных органов исполнительной власти и федеральных государственных органов, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба;

7) в целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, а также несчастного случая с обучающимся во время пребывания в организации, осуществляющей образовательную деятельность, несчастного случая с лицом, проходящим спортивную подготовку и не состоящим в трудовых отношениях с физкультурно-спортивной организацией, не осуществляющей спортивную подготовку и являющейся заказчиком услуг по

спортивной подготовке, во время прохождения таким лицом спортивной подготовки в организации, осуществляющей спортивную подготовку, в том числе во время его участия в спортивных соревнованиях, предусмотренных реализуемыми программами спортивной подготовки;

8) при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных;

9) в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного социального страхования;

10) в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с настоящим Федеральным законом;

Раздел 2. Виды психиатрической помощи и порядок ее оказания.

Психиатрическое освидетельствование.

Статья 23. Психиатрическое освидетельствование проводится для определения: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи. Психиатрическое освидетельствование, а также профилактические осмотры проводятся по просьбе или с согласия обследуемого; в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет - по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя; в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, - по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя освидетельствование несовершеннолетнего проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суде.

Врач, проводящий психиатрическое освидетельствование, **обязан представиться обследуемому** и его законному представителю как психиатр, за ис-

ключением случаев, предусмотренных пунктом "а" части четвертой настоящей статьи.

Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено **без его согласия** или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

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

Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено **без его согласия** или без согласия его законного представителя, если обследуемый находится под диспансерным наблюдением и страдает хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

Статья 24.

В случаях, предусмотренных пунктом "а" части четвертой и частью пятой статьи 23 настоящего Закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица **без его согласия** или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром **самостоятельно**. В случаях, предусмотренных пунктами "б" и "в" части четвертой статьи 23 настоящего Закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица **без его согласия** или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром с санкции **судьи**.

Диспансерное наблюдение.

Статья 26. Виды амбулаторной психиатрической помощи

Диспансерное наблюдение может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного пред-

ставителя в случаях, предусмотренных частью первой статьи 27 настоящего Закона, и предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом - психиатром и оказание ему необходимой медицинской и социальной помощи.

Статья 27. Диспансерное наблюдение

Диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

Госпитализация в психиатрический стационар.

Статья 28. Основания для госпитализации в психиатрический стационар

Основаниями для госпитализации в психиатрический стационар являются наличие у лица психического расстройства и решение врача-психиатра о проведении обследования или лечения в стационарных условиях либо постановление судьи.

Помещение лица в психиатрический стационар, за исключением случаев, предусмотренных статьей 29 настоящего Закона, осуществляется добровольно - по его просьбе или с его согласия.

Несовершеннолетний в возрасте до 15 лет помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его родителей или иного законного представителя. Лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя помещение несовершеннолетнего в психиатрический стационар проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суде.

Статья 29. Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке

Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или ле-

чение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

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

Статья 32. Освидетельствование лиц, помещенных в психиатрический стационар в недобровольном порядке

Лицо, помещенное в психиатрический стационар по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона, подлежит обязательному освидетельствованию в течение 48 часов комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. В случаях, когда госпитализация признается необоснованной и госпитализированный не выражает желания остаться в психиатрическом стационаре, он подлежит немедленной выписке.

Если госпитализация признается обоснованной, то заключение комиссии врачей-психиатров в течение 24 часов направляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица в нем.

Статья 36. Продление госпитализации в недобровольном порядке

Пребывание лица в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке продолжается только в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация.

Лицо, помещенное в психиатрический стационар в недобровольном порядке, в течение первых шести месяцев не реже одного раза в месяц подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения для решения вопроса о продлении госпитализации. При продлении госпитализации свыше шести месяцев освидетельствования комиссией врачей-психиатров проводятся не реже одного раза в шесть месяцев.

По истечении шести месяцев с момента помещения лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости продления такой госпитализации направляется администрацией психиатрического стационара в суд по месту нахождения психиатрического учреждения. Судья в порядке, предусмотренном статьями 33 - 35 настоящего Закона, постановлением может продлить госпитализацию. В дальнейшем решение о продлении госпитализации лица, помещенного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, принимается судьей ежегодно.

Лечение.

Статья 11. Согласие на лечение

1. Лечение лица, страдающего психическим расстройством, проводится после получения его письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой настоящей статьи.
2. Врач обязан предоставить лицу, страдающему психическим расстройством, в доступной для него форме и с учетом его психического состояния информацию о характере психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в медицинской документации.
3. Согласие на лечение несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, а также лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, дается их законными представителями после сообщения им сведений, предусмотренных частью второй настоящей статьи.
4. Лечение может проводиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя только при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодексом РСФСР, а также при недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона. В

этих случаях, кроме неотложных, лечение применяется по решению комиссии врачей-психиатров.

5. В отношении лиц, указанных в части четвертой настоящей статьи, применение для лечения психических расстройств хирургических и других методов, вызывающих необратимые последствия, а также проведение испытаний медицинских средств и методов не допускаются.

Статья 12. Отказ от лечения

1. Лицо, страдающее психическим расстройством, или его законный представитель имеют право отказаться от предлагаемого лечения или прекратить его, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой статьи 11 настоящего Закона.
2. Лицу, отказывающемуся от лечения, либо его законному представителю должны быть разъяснены возможные последствия прекращения лечения. Отказ от лечения с указанием сведений о возможных последствиях оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра.

Статья 13. Принудительные меры медицинского характера

1. Принудительные меры медицинского характера применяются по решению суда в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния, по основаниям и в порядке, установленным Уголовным и Уголовно-процессуальным кодексом.
2. Принудительные меры медицинского характера осуществляются в психиатрических учреждениях органов здравоохранения. Они признаются нетрудоспособными на весь период пребывания в психиатрическом стационаре и имеют право на пособие по государственному социальному страхованию или на пенсию на общих основаниях.

Раздел 3. Экспертиза в психиатрии.

Статья 14. Судебно-психиатрическая экспертиза.

Судебно-психиатрическая экспертиза по уголовным и гражданским делам производится по основаниям и в порядке, предусмотренным Уголовным и Уголовно-процессуальным кодексами.

Как правило, судебно-психиатрическая экспертиза назначается судом для решения вопроса о вменяемости/невменяемости гражданина (в случае уголовного дела) или дееспособности/недееспособности (в случае гражданского дела).

Согласно ч. 1 ст. 21 УК РФ «Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии **невменяемости**, т. е. не могло **осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить** ими вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия или иного болезненного состояния психики».

С целью ответа на вопрос, мог ли гражданин осознавать и руководить своими действиями и проводится судебно-психиатрическая экспертиза, при которой руководствуются юридическими признаками невменяемости:

- *Интеллектуальный признак* свидетельствует о том, что лицо, совершившее то или иное действие (или бездействие), не понимало фактических обстоятельств содеянного или не могло осознавать его общественное значение.
- *Волевой признак* психологического критерия невменяемости состоит в неспособности лица руководить своими действиями.

Также существенную роль играют медицинские критерии невменяемости: Медицинский критерий невменяемости в ст. 21 УК представляет собой обобщенный перечень психических расстройств, включающих четыре их вида:

1) хроническое психическое расстройство: группа заболеваний, носящих длительный характер, трудно поддающихся излечению, протекающих непрерывно или приступообразно, имеющих тенденцию к прогрессированию (например шизофрения).

2) временные психические расстройства, которые быстро развиваются, длятся непродолжительное время и заканчиваются полным выздоровлением. Это острые психозы при общих инфекционных заболеваниях (например, при тифе), ре-

активное состояние (временные расстройства психической деятельности под влиянием тяжелых душевных потрясений) и так называемые исключительные состояния, вызывающие помрачение сознания на короткий срок (патологическое опьянение, сумеречное состояние сознания, патологические просоночные состояния, патологический аффект

3) слабоумие - болезненное состояние психики, которое характеризуется неполноценностью умственной деятельности (деменция и умственная отсталость).

4) иное болезненное состояние психики — это такое расстройство психической деятельности болезненного характера, которое не подпадает под признаки названных трех категорий. Сюда могут быть отнесены наиболее тяжелые формы психопатии, аномалии психики у глухонемых, последствия черепно-мозговой травмы.

- Под дееспособностью закон понимает способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские обязанности и исполнять их (ст. 21 ГК РФ).

Недееспособность включает в себя два критерия: *медицинский*— психическое расстройство и *юридический*(психологический) — невозможность понимать свои действия или руководить ими. В свою очередь психологический критерий определяется сочетанием двух компонентов: интеллектуального (понимать значение своих действий) и волевого (руководить своими действиями). Для признания недееспособным лица с психическими расстройствами необходимо наличие и медицинского и психологического критериев. Критерий недееспособности утрачивает понятие временных психических расстройств и иных болезненных состояний, что связано с прогностическим смыслом недееспособности, необходимостью учреждения опеки, изменения гражданского статуса лица. Признание гражданина недееспособным — исключительная прерогатива суда в порядке, предусмотренным Гражданским процессуальным кодексом.

Таким образом, вопрос о вменяемости возникает лишь при совершении общественно опасного деяния, предусмотренного уголовным законом, и отно-

сится к конкретному поступку субъекта, происшедшему в определенный промежуток времени. А вопрос дееспособности возникает при реализации гражданских прав и осуществляется с целью охраны гражданина.

Статья 15. Психиатрическое обследование для решения вопроса о годности гражданина к службе в качестве военнослужащего

Основания и порядок амбулаторного и стационарного обследования при решении вопроса о годности гражданина по состоянию его психического здоровья к службе в качестве военнослужащего Вооруженных Сил, войск и органов безопасности, внутренних войск, железнодорожных войск и других воинских формирований, лиц начальствующего и рядового состава органов внутренних дел определяются настоящим Законом и законодательством Российской Федерации о военной службе.

Статья 6. Ограничения выполнения отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности

1. Гражданин может быть временно (на срок не более пяти лет и с правом последующего переосвидетельствования) признан непригодным вследствие психического расстройства к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности. Такое решение принимается врачебной комиссией, уполномоченной на то органом здравоохранения, на основании оценки состояния психического здоровья гражданина в соответствии с перечнем медицинских психиатрических противопоказаний и может быть обжаловано в суд.
2. Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, утверждается Правительством Российской Федерации и периодически (не реже одного раза в пять лет) пересматривается с учетом накопленного опыта и научных достижений.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Место психиатрии среди других медицинских дисциплин.
2. Предмет психиатрии
3. Задачи психиатрии
4. Основные разделы психиатрии
5. Характеристика донаучного этапа развития психиатрии
6. Характеристика психиатрии в Новое время
7. Основные направления психиатрии
8. Антипсихиатрия
9. Стационарная психиатрическая помощь
10. Внебольничная и амбулаторная психиатрическая помощь
11. Виды наблюдений при оказании амбулаторной помощи
12. Виды надзоров при оказании стационарной помощи
13. Основные документы, регламентирующие оказание психиатрической помощи в России
14. Врачебная тайна
15. Психиатрическое освидетельствование
16. Госпитализация в психиатрический стационар
17. Правовые аспекты лечения в психиатрии
18. Понятие экспертизы в психиатрии
19. Судебно-психиатрическая экспертиза
20. Понятие вменяемости/невменяемости
21. Понятие дееспособности/недееспособности

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Закон Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». 4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 133, Министерства внутренних дел Российской Федерации № 269 от 30.04.1997 «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами».
2. Закон РФ от 2 июля 1992 г. N 3185-I "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».
4. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 31 декабря 2002 г. N 420 «об утверждении форм первичной медицинской документации для психиатрических и наркологических учреждений» и ряд других подзаконных актов.
5. Психиатрия: руководство для врачей / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 495 с.
6. Психиатрия: учебник / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 496 с.
7. Психиатрия: Учебник для студ. мед. вузов / М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко, И.И. Сергеев. — 3-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 576 с.
8. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99) (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации) / Под ред. Б.А. Казаковцева, В.Б. Голланда. – М.: Прометей, 2013. – 584 с.
9. Руководство по психиатрии: в 2-х т. /А.С.Тиганов, А.В.Снежневский, Д.Д.Орловская [и др.]; под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина,1999. – 2 т. – 784с.
10. Самохвалов, В. П. Психиатрия. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов / В. П. Самохвалов. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2002. – 324 с.

Учебное издание

Граница Александр Станиславович

ВВЕДЕНИЕ В ПСИХИАТРИЮ

**ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПСИ-
ХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ**

Учебно-методическое пособие