

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие авторов	9
Участники издания	10
Список сокращений и условных обозначений	14
 ЧАСТЬ I. Общая психиатрия.....	16
Глава 1. Нормативно-правовые основы оказания психиатрической помощи. Шишков С.Н.	17
1.1. Общие положения Закона РФ о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании	17
1.2. Особенности применения недобровольных психиатрических мер.....	25
Глава 2. Организация психиатрической помощи в России. Гуровиц И.Я.	32
2.1. Специализированная психиатрическая служба в России.....	32
2.2. Диспансерный раздел психиатрической службы.....	34
2.2.1. Скорая психиатрическая помощь	38
2.2.2. Дневной (ночной) стационар	38
2.2.3. Лечебно-трудовые мастерские и трудоустройство.....	39
2.2.4. Отделение интенсивного оказания психиатрической помощи во внебольничных условиях	40
2.2.5. Отделение внебольничной реабилитации	41
2.2.6. Медико-реабилитационные подразделения для формирования навыков независимого проживания	41
2.2.7. Отделение психосоциальной работы во внебольничных условиях	42
2.3. Стационарный раздел психиатрической службы	43
2.3.1. Реабилитационное отделение психиатрического стационара.....	44
Глава 3. Судебная психиатрия. Дмитриева Т.Б., Ткаченко А.А., Харитонова Н.К.	46
3.1. Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе.....	50
3.2. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе.....	53
Глава 4. Обследование психически больного	58
4.1. Клиническое обследование. Александровский Ю.А.	58
4.2. Инструментальные методы диагностики. Измак А.Ф.	62
4.2.1. Электроэнцефалография.....	62
4.2.2. Реоэнцефалография	72

4.2.3. Эхоэнцефалография	73
4.2.4. Компьютерная томография головного мозга	75
4.2.5. Магнитно-резонансная томография головного мозга	76
4.2.6. Позитронно-эмиссионная томография	78
Глава 5. Основные психопатологические синдромы.	
<i>Тиганов А.С.</i>	80
5.1. Аментивный синдром	80
5.2. Амнестический синдром	80
5.3. Астенический синдром	81
5.4. Аура сознания	82
5.5. Делириозный синдром	83
5.6. Депрессивный синдром	85
5.7. Ипохондрический синдром	90
5.8. Кататонический синдром	92
5.9. Маниакальный синдром	94
5.10. Обсессивный синдром	96
5.11. Онейроидный синдром	98
5.12. Паранойяльный синдром	100
5.13. Парафренный синдром	102
5.14. Сенестопатический синдром	104
5.15. Синдром Кандинского–Клерамбо	104
5.16. Синдром оглушения	106
5.17. Синдром помрачения сознания	107
5.18. Сумеречное помрачение сознания	109
5.19. Энцефалопатический синдром	110
Глава 6. Классификация психических расстройств.	
<i>Тогилов В.А.</i>	113
Глава 7. Психические расстройства непсихотического уровня (пограничные состояния). Александровский Ю.А.	122
7.1. Общее представление о пограничных психических расстройствах	122
7.2. Клиническая характеристика пограничных психических расстройств	122
7.3. Группировка пограничных психических расстройств	127
7.4. Особенности организации помощи больным с пограничными психическими расстройствами	133
7.4.1. Организационные формы оказания психиатрической помощи больным с пограничными психическими расстройствами	133
7.4.2. Тенденции развития помощи больным с пограничными психическими расстройствами	138
Глава 8. Психиатрическая помощь в общемедицинской практике. Александровский Ю.А., Ромасенко Л.В.	140

Глава 9. Лечение и психосоциальная реабилитация	
психически больных	158
9.1. Общие вопросы лечения больных с психическими расстройствами. <i>Александровский Ю.А.</i>	158
9.2. Психофармакологическая терапия. <i>Незnanов Н.Г., Иванов М.В.</i>	165
9.2.1. Фармакологическое действие психотропных препаратов.....	165
9.2.2. Выбор психотропного препарата	167
9.2.3. Классификация психофармакологических препаратов.....	176
9.3. Другие методы лечения.....	246
9.3.1. Психотерапия. <i>Незnanов Н.Г., Карвасарский Б.Д.</i>	246
9.3.2. Инсулинокоматозная терапия. <i>Незnanов Н.Г., Татульян С.Е.</i>	248
9.3.3. Электросудорожная терапия. <i>Незnanов Н.Г., Залуцкая Н.М.</i>	251
9.3.4. Альтернативные методы лечения. <i>Тихоненко В.А., Елфимов М.А.</i>	259
9.4. Психосоциальная реабилитация. <i>Гуровиц И.Я., Шмуклер А.Б., Любов Е.Б.</i>	268
9.4.1. Этапы психосоциальной реабилитации	269
9.4.2. Отдельные виды психосоциальных воздействий.....	271
9.4.3. Социальная (психосоциальная) поддержка больных.....	273
9.4.4. Тренинг социальных навыков	274
9.4.5. Социально-трудовая реабилитация и трудоустройство больных	276
9.4.6. Психосоциальная групповая работа с семьёй больного	276
9.4.7. Форма помощи в виде жилья под защитой.....	277
ЧАСТЬ II. Частная психиатрия	280
Глава 10. Шизофрения	281
10.1. Диагностика шизофрении. <i>Краснов В.Н.</i>	281
10.1.1. Этиология и патогенез.....	281
10.1.2. Эпидемиология	282
10.1.3. Клиническая картина и диагностика	283
10.2. Принципы обследования и ведения больных шизофренией. <i>Гуровиц И.Я., Шмуклер А.Б.</i>	288
10.3. Психофармакотерапия шизофрении. <i>Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э.</i>	290
Глава 11. Психические расстройства у больных эпилепсией. <i>Незnanов Н.Г., Киссин М.Я.</i>	309
11.1. Особенности психических расстройств при эпилепсии.....	309

11.1.1. Иктальные психозы	312
11.1.2. Постиктальные психозы	313
11.1.3. Кратковременные интериктальные психозы	313
11.2. Перманентные (постоянные) психические расстройства при эпилепсии	319
11.2.1. Изменения личности у больных эпилепсией	319
11.3. Эпилептическое слабоумие	335
Глава 12. Органические, включая симптоматические, психические расстройства	337
12.1. Деменция	343
12.1.1. Деменция при болезни Альцгеймера. <i>Гаврилова С.И.</i>	347
12.1.2. Сосудистая деменция. <i>Медведев А.В.</i>	368
12.1.3. Деменция при болезнях, классифицированных в других рубриках. <i>Вандыш-Бубко В.В.</i>	383
12.2. Органический анамнестический синдром, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами. <i>Вандыш-Бубко В.В.</i>	388
12.3. Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами. <i>Вандыш-Бубко В.В.</i>	391
12.4. Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью. <i>Вандыш-Бубко В.В.</i>	392
12.4.1. Органический галлюциноз	393
12.4.2. Органическое кататоническое состояние	394
12.4.3. Органическое бредовое расстройство	395
12.4.4. Органические расстройства настроения (аффективные)	396
12.4.5. Органическое тревожное расстройство	397
12.4.6. Органическое диссоциативное расстройство	397
12.4.7. Органическое эмоционально лабильное расстройство	398
12.4.8. Лёгкое когнитивное расстройство	398
12.5. Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга. <i>Вандыш-Бубко В.В.</i>	400
12.5.1. Расстройство личности органической этиологии ...	400
12.5.2. Постэнцефалитный синдром	401
12.5.3. Постконтузионный синдром	401
Глава 13. Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ. <i>Иванец Н.Н., Винникова М.А.</i>	403
13.1. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя	403
13.1.1. Острая алкогольная интоксикация	413

13.1.2. Алкогольный абстинентный синдром.....	415
13.1.3. Алкогольный абстинентный синдром с делирием ...	416
13.1.4. Психотическое расстройство, вызванное употреблением алкоголя	417
13.1.5. Амнестический синдром, связанный с употреблением алкоголя.....	419
13.1.6. Стойкая деменция, вызванная употреблением алкоголя.....	419
13.2. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиатов	419
13.2.1. Острая опийная интоксикация.....	425
13.2.2. Опийный абстинентный синдром	425
13.3. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиоидов.....	426
13.3.1. Острая интоксикация, вызванная употреблением каннабиоидов.....	427
13.3.2. Синдром отмены каннабиоидов.....	428
13.4. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных и снотворных средств.....	429
13.5. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления кокаина.....	431
13.5.1. Острая интоксикация, вызванная употреблением кокаина	433
13.5.2. Синдром отмены кокаина	433
13.6. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психостимуляторов.....	434
13.7. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением галлюциногенов.....	437
13.8. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака	439
13.9. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей.....	440
Глава 14. Аффективные расстройства. Краснов В.Н.	443
14.1. Биполярное аффективное расстройство	447
14.2. Рекуррентное депрессивное расстройство.....	453
14.3. Хронические аффективные расстройства.....	467
14.3.1. Дистимия.....	467
14.3.2. Циклотимия.....	468
14.4. Тревожные депрессии.....	470
14.5. Лечение аффективных расстройств.....	473
Глава 15. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. Александровский Ю.А.	483
15.1. Этиологические факторы и механизмы формирования невротических расстройств	483
15.2. Общие подходы к диагностике и лечению	486

15.3. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, выделяемые в МКБ-10.....	492
15.3.1. Тревожно-фобические расстройства	492
15.3.2. Другие тревожные расстройства	495
15.3.3. Обсессивно-компульсивное расстройство	498
15.3.4. Реакция на тяжёлый стресс и нарушения адаптации	500
15.3.5. Диссоциативные расстройства	505
15.3.6. Соматоформные расстройства	508
15.3.7. Другие невротические расстройства.....	512
15.3.8. Социально-стрессовые расстройства.....	513
Глава 16. Расстройства личности. <i>Смулевич А.Б.</i>	523
Глава 17. Сексуальные расстройства	563
17.1. Расстройства половой идентификации. <i>Введенский Г.Е.</i>	563
17.2. Расстройства сексуального предпочтения. <i>Ткаченко А.А.</i>	570
17.2.1. Фетишизм	570
17.2.2. Фетишистский транссвестизм	571
17.2.3. Эксгибиционизм.....	571
17.2.4. Вуайеризм	571
17.2.5. Педофилия.....	572
17.2.6. Садомазохизм.....	572
17.3. Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими болезнями или нарушениями. <i>Кибрик Н.Д., Ягубов М.И.</i>	573
Глава 18. Нейросифилис. <i>Тиганов А.С.</i>	584
Глава 19. Умственная отсталость. <i>Незнанов Н.Г., Макаров И.В.</i>	594
Предметный указатель	618

ПРЕДИСЛОВИЕ АВТОРОВ

Представленная книга — это избранные главы национального руководства по психиатрии, вышедшего в 2009 г. Данное издание ставит своей целью отразить унифицированные методические рекомендации, основанные на коллективном опыте и учитывающие современные теоретические и практические подходы к диагностике и лечению психических заболеваний. Представленные данные базируются на официальной классификационной группировке психических расстройств, а также на многолетнем опыте, который накоплен ведущими специалистами в процессе клинико-психопатологического анализа состояния и динамики болезненного процесса, традиционно используемого в отечественной психиатрии. Такой подход дает целостное представление о психиатрии и позволяет строить диагностическую и лечебную тактику в соответствии с требованиями современного этапа развития психиатрии.

Сокращенный вариант адресован в первую очередь специалистам (врачам-психиатрам, наркологам, медицинским психологам и др.), работающим в психиатрических учреждениях. В связи с этим в него не вошли или значительно сокращены разделы, посвященные этическим, правовым и организационным аспектам оказания психиатрической помощи, не включены главы, содержащие справочную информацию о лекарственных препаратах, используемых в психиатрической практике, которым посвящены многочисленные справочно-информационные издания. Читатель не найдет на страницах сокращенного варианта национального руководства глав, посвященных истории развития научных основ психиатрии, организации последипломного психиатрического образования, специальным методам лабораторной диагностики, и ряда других. Изложенные в издании сведения являются ежедневно необходимыми для широкого круга практических специалистов.

Структура сокращенного варианта национального руководства представляет собой классический вариант изложения изданий по психиатрии и состоит из двух разделов: «Общая психиатрия» и «Частная психиатрия». Особое внимание мы уделили вопросам лечения психических расстройств, так как это один из самых важных и развивающихся аспектов психиатрии в настоящее время.

Мы надеемся, что данное издание окажет неоценимую помощь в изучении современных подходов в психиатрии и непосредственно в лечении и профилактике психических заболеваний, ведь психическое здоровье общества в целом и каждого человека в частности — наша общая с вами цель.

УЧАСТНИКИ ИЗДАНИЯ

ГЛАВНЫЕ РЕДАКТОРЫ

Дмитриева Татьяна Борисовна — д-р мед. наук, проф., акад. РАН

Краснов Валерий Николаевич — д-р мед. наук, проф., руководитель отдела клинико-патогенетических исследований в психиатрии Московского научно-исследовательского института психиатрии — филиала Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского

Незнанов Николай Григорьевич — д-р мед. наук, проф., директор Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора, заслуженный работник высшей школы РФ

Семке Валентин Яковлевич — д-р мед. наук, проф., акад. РАН, директор Научно-исследовательского института психического здоровья Сибирского отделения РАМН

Тиганов Александр Сергеевич — д-р мед. наук, проф., акад. РАН, научный руководитель Научного центра психического здоровья, заслуженный деятель науки РФ

ОТВЕТСТВЕННЫЙ РЕДАКТОР

Александровский Юрий Анатольевич — д-р мед. наук, проф., чл.-кор. РАН, руководитель отдела пограничной психиатрии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, заслуженный деятель науки РФ

АВТОРЫ

Александровский Юрий Анатольевич — д-р мед. наук, проф., чл.-кор. РАН, руководитель отдела пограничной психиатрии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, заслуженный деятель науки РФ

Вандыш-Бубко Василий Васильевич — д-р мед. наук, проф., руководитель отделения экзогенных психических расстройств Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского

Введенский Георгий Евгеньевич — д-р мед. наук, проф., руководитель лаборатории судебной сексологии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского

Винникова Мария Алексеевна — д-р мед. наук, проф., главный научный сотрудник научно-клинического отдела Московского научно-практического центра наркологии, профессор кафедры психиатрии и наркологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Сеченовского Университета)

Гаврилова Светлана Ивановна — д-р мед. наук, проф., руководитель Научно-методического центра по изучению болезни Альцгеймера и ассоциированных с ней расстройств Научного центра психического здоровья

Гурович Исаак Яковлевич — д-р мед. наук, проф., зам. директора по научной работе Московского научно-исследовательского института психиатрии — филиала Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского

Дмитриева Татьяна Борисовна — д-р мед. наук, проф., акад. РАН

Елфимов Михаил Алексеевич — канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения проблем реабилитации отдела пограничной психиатрии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского

Залуцкая Наталья Михайловна — канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник отделения гериатрической психиатрии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева

Иванец Николай Николаевич — д-р мед. наук, проф., чл.-кор. РАН, зав. кафедрой психиатрии и наркологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Сеченовского Университета), заслуженный деятель науки РФ

Иванов Михаил Владимирович — д-р мед. наук, проф., руководитель 1-го отделения биологической терапии психически больных Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева

Изнак Андрей Фёдорович — д-р биол. наук, проф., зав. лабораторией нейрофизиологии Научного центра психического здоровья

Карвасарский Борис Дмитриевич — д-р мед. наук, проф., руководитель отделения неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева

Кибрик Николай Давидович — д-р мед. наук, проф., руководитель отделения сексологии и терапии сексуальных дисфункций Московского научно-исследовательского института психиатрии — филиала Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского

Киссин Михаил Яковлевич — д-р мед. наук, проф. кафедры психиатрии и наркологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова

Краснов Валерий Николаевич — д-р мед. наук, проф., руководитель отдела клинико-патогенетических исследований в психиатрии Московского научно-исследовательского института психиатрии — филиала Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского

Любов Евгений Борисович — д-р мед. наук, главный научный сотрудник отделения клинической и профилактической суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии — филиала Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского

Макаров Игорь Владимирович — д-р мед. наук, проф., руководитель 4-го отделения детской психиатрии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева

Матевосян Степан Нарбеевич — д-р мед. наук, проф., директор Городского психозэндокринологического центра

Медведев Александр Владимирович — д-р мед. наук, главный научный сотрудник отдела по изучению проблем геронтологической психиатрии Научного центра психического здоровья

Мосолов Сергей Николаевич — д-р мед. наук, проф., зав. отделом терапии психических заболеваний Московского научно-исследовательского института психиатрии — филиала Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, заслуженный деятель науки РФ

Незнанов Николай Григорьевич — д-р мед. наук, проф., директор Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора, заслуженный работник высшей школы РФ

Ромасенко Любовь Владимировна — д-р мед. наук, проф., руководитель отделения психосоматических расстройств отдела пограничной психиатрии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского

Смулевич Анатолий Болеславович — д-р мед. наук, проф., акад. РАН, руководитель отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств Научного центра психического здоровья, заслуженный деятель науки РФ

Татulyян Светлана Ефремовна — канд. мед. наук, старший научный сотрудник, зав. 3-м отделением гериатрической психиатрии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева

Тиганов Александр Сергеевич — д-р мед. наук, проф., акад. РАН, научный руководитель Научного центра психического здоровья, заслуженный деятель науки РФ

Тихоненко Владимир Алексеевич — д-р мед. наук, проф., руководитель отделения проблем реабилитации отдела пограничной психиатрии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского

Ткаченко Андрей Анатольевич — д-р мед. наук, проф., руководитель отдела судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского

Точиллов Владимир Антонович — д-р мед. наук, проф., куратор лечебно-диагностической работы Психиатрической больницы Святого Николая Чудотворца

Харитоновна Наталья Константиновна — д-р мед. наук, доцент, профессор кафедры криминалистики и уголовного процесса Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Сеченовского Университета)

Цукарзи Эдуард Эдуардович — канд. мед. наук, руководитель отделения интенсивной терапии и нелекарственных методов лечения отдела терапии психических заболеваний Московского научно-исследовательского института психиатрии — филиала Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского

Шишков Сергей Николаевич — канд. юрид. наук, главный научный сотрудник научно-организационного отдела Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского

Шмуклер Александр Борисович — д-р мед. наук, проф., зам. директора по научной работе Московского научно-исследовательского института психиатрии — филиала Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского

Ягубов Михаил Ибрагимович — д-р мед. наук, главный научный сотрудник отделения сексологии и терапии сексуальных дисфункций Московского научно-исследовательского института психиатрии — филиала Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского

НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР

Драницын Сергей Александрович — врач-психиатр СКБ № 8 им. З.П. Соловьева «Клиника неврозов»

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

- ® — обозначение лекарственных препаратов, не зарегистрированных в России
- ® — обозначение препаратов, исключенных из Государственного реестра лекарственных средств
- ▲ — обозначение торговых наименований лекарственных средств
- АД — артериальное давление
- ВИЧ — вирус иммунодефицита человека
- ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения
- ГАМК — гамма-аминомасляная кислота
- ДНК — дезоксирибонуклеиновая кислота
- ЗНС — злокачественный нейролептический синдром
- ИТ — инсулинкоматозная терапия
- КТ — компьютерная томография
- ЛСД — лизергиновой кислоты диэтиламид
- МАО — моноаминоксидаза
- МДП — маниакально-депрессивный психоз
- МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра
- МРТ — магнитно-резонансная томография
- ОПР — органические психические расстройства
- ПАВ — психоактивное вещество
- ПСР — посттравматическое стрессовое расстройство
- ПЭТ — позитронно-эмиссионная томография
- РЛ — расстройство личности
- РНК — рибонуклеиновая кислота
- РЭГ — реоэнцефалография, реоэнцефалограмма
- СИОЗС — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
- СПЭ — судебно-психиатрическая экспертиза
- СРК — синдром раздраженного кишечника
- ТА — трициклический андидепрессант
- ЦНС — центральная нервная система
- ЧМТ — черепно-мозговая травма
- ЧС — чрезвычайная ситуация
- ЧСС — частота сердечных сокращений
- ЭКГ — электрокардиограмма
- ЭхоЭГ — эхоэнцефалография, эхоэнцефалограмма
- ЭЭГ — электроэнцефалография, электроэнцефалограмма
- 5-НТ-рецептор — рецептор серотонина
- D-рецептор — рецептор дофамина

Общая психиатрия

Глава 1. Нормативно-правовые основы оказания психиатрической помощи	16
Глава 2. Организация психиатрической помощи в России.....	32
Глава 3. Судебная психиатрия	46
Глава 4. Обследование психически больного.....	58
Глава 5. Основные психопатологические синдромы ...	80
Глава 6. Классификация психических расстройств ...	113
Глава 7. Психические расстройства непсихотического уровня (пограничные состояния).....	122
Глава 8. Психиатрическая помощь в общей медицинской практике.....	140
Глава 9. Лечение и психосоциальная реабилитация психически больных	158

Нормативно-правовые основы оказания психиатрической помощи

1.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ЗАКОНА РФ О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЁ ОКАЗАНИИ

В настоящее время основным законодательным актом оказания психиатрической помощи является Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», вступивший в силу 1 января 1993 г. (далее — Закон о психиатрической помощи, а также — Закон). Ряд принципиально важных положений, относящихся к психиатрической помощи, содержится в федеральном общемедицинском законодательстве, регламентирующем права и обязанности медицинских работников и их пациентов, вопросы врачебной тайны и ряд других вопросов, общих для всей медицины, включая психиатрию¹.

Закон о психиатрической помощи базируется на двух идеях. Первая из них — «антидискриминационная». Смысл её в том, что психиатрическая помощь лицам с психическими расстройствами оказывают в условиях, принципиально не отличающихся от условий, в которых оказывают помощь лицам, страдающим соматическими заболеваниями. К такого рода условиям относят добровольность обращения за психиатрической помощью, согласие на лечение и другие.

Вторая идея по своему содержанию в известной степени противоположна первой и исходит из специфики психических расстройств по сравнению с соматическими болезнями. Речь идёт о

¹ Общемедицинское законодательство будет в дальнейшем именоваться также «законодательством о здравоохранении», а законодательные акты, посвящённые исключительно психиатрии, — «психиатрическим законодательством». Сам термин «законодательство» в узком значении охватывает только федеральные законы, т.е. законы, принятые Федеральным собранием Российской Федерации и подписанные Президентом России. Вместе с тем термин «законодательство» используется иногда и в более широком значении и включает в себя помимо федеральных законов также подзаконные нормативные правовые акты — указы Президента РФ, постановления Правительства РФ, ведомственные нормативно-правовые документы и проч.

такой специфике, которая имеет существенное юридическое значение и заслуживает отражения в законе; она «законодательно значима».

«Законодательно релевантно» то, что в своих наиболее тяжёлых формах и проявлениях психические расстройства не позволяют страдающему ими лицу адекватно воспринимать окружающее и осознанно руководить своими поступками. Говоря юридическим языком, тяжёлые (глубокие) психические расстройства лишают больного способности к свободному волеизъявлению и как следствие — к способности самостоятельно принимать юридически значимые решения и совершать юридические действия. Это даёт достаточные основания для принятия указанных решений (например, при необходимости произвести психиатрическое освидетельствование или помещение в психиатрический стационар) независимо от воли и желания больного, т.е. в недобровольном порядке. Новелла Закона о психиатрической помощи заключается в том, что с его принятием недобровольность стала рассматриваться скорее как исключение из более общего принципа — принципа добровольности обращения к психиатру, тогда как советское медицинское законодательство 1970-х годов, по сути, возводило недобровольность в ранг основного принципа отечественной психиатрии¹. В итоге действующее психиатрическое законодательство стало более адекватным реальности, ибо на практике большинство психиатрических мер применяют всё же на добровольных началах.

Психиатрическая помощь включает в себя обследование психического здоровья граждан, диагностику психических расстройств, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами (ч. 1 ст. 1 Закона).

Названная помощь гарантируется государством и осуществляется на основании принципов *законности, гуманности, соблюдения прав человека и гражданина* (ч. 2 ст. 1). Содержание этих принципов раскрывается в следующих статьях Закона.

В ст. 5 приведён перечень основных прав лиц с психическими расстройствами. Запрещено ограничивать права и свободы указанных лиц только на основании психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением или в психиатрическом стационаре. Согласно нормам этой статьи, лица с психическими расстройствами имеют право на:

- уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства;
- получение информации о своих правах, характере психического расстройства и применяемых методах лечения (информация должна предоставляться в форме, доступной для пациента, и с учётом его психического состояния);

¹ См. ст. 56 Закона РСФСР «О здравоохранении» от 29 июля 1971 г.

- психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях (принцип наименее ограничительной альтернативы), по возможности по месту жительства;
- содержание в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения;
- все виды лечения по медицинским показаниям;
- оказание психиатрической помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний медицинских средств и методов, научных исследований или учебного процесса, от фото-, видео- или киносъёмки;
- приглашение по требованию пациентов любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи¹, с согласия последнего для работы во врачебной комиссии по вопросам, регулируемым Законом;
- помощь адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном действующим законодательством.

Упомянутый в перечне прав пациента *принцип наименее ограничительной альтернативы* заключается в том, что при выборе вида психиатрической помощи больному следует предлагать тот, который сопряжён с наименьшим числом ограничений и стеснений. Пациенту не стоит предлагать госпитализацию, если его можно лечить в амбулаторных условиях; в период пребывания в стационаре следует избирать минимально необходимый (по степени строгости) вид психиатрического надзора и т.п.

Согласно ст. 6 Закона, признание гражданина непригодным вследствие психического расстройства к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности (например, к вождению автомобиля), допускается лишь временно, на срок не более пяти лет с правом последующего переосвидетельствования. Решение об ограничении должно приниматься врачебной комиссией на основании оценки состояния психического здоровья гражданина и в соответствии с перечнем медицинских противопоказаний. Перечень утверждается Правительством РФ и подлежит периодическому (не реже одного раза в пять лет) пересмотру.

Статья 8 запрещает требовать от граждан сведений о состоянии психического здоровья, за исключением случаев, прямо установленных законами РФ. Диагноз психического расстройства ставится в соответствии с общепризнанными международными стандартами и не может основываться только на несогласии гражданина с принятыми в обществе моральными, культурными,

¹ Слова «любого специалиста» означают, что пациент вправе приглашать не только врача-психиатра, но и другого специалиста, компетентного в тех или иных вопросах оказания психиатрической помощи, например медицинского психолога. Каждый специалист действует в пределах своей профессиональной компетенции.

политическими или религиозными ценностями (ч. 1 ст. 10). Для диагностики и лечения применяются медицинские средства и методы, разрешённые в порядке, предусмотренном законодательством о здравоохранении (ч. 2 ст. 10). Медицинские средства и методы применяются только в диагностических и лечебных целях в соответствии с характером болезненных расстройств и не должны использоваться для наказания лица, страдающего психическим расстройством, или в интересах других лиц (ч. 3 ст. 10).

В области лечения лиц с психическими расстройствами нашёл своё отражение принцип информированного согласия. Согласие пациента на лечение должно быть письменным. Однако перед этим врач должен предоставить больному «в доступной для него форме и с учётом его психического состояния информацию о его психическом расстройстве, 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» (ч. 2 ст. 11 Закона). Согласие на лечение несовершеннолетних до 15 лет и лиц, признанных судом недееспособными, дают их законные представители после сообщения им перечисленных выше сведений (ч. 3 ст. 11). Законом предусмотрена также возможность отказа пациента или его законного представителя от предлагаемого или назначенного лечения, кроме случаев недобровольной госпитализации или применения в порядке уголовного судопроизводства принудительных мер медицинского характера (ст. 11 и 12).

В ст. 16 говорится о видах психиатрической помощи и социальной поддержки, которые гарантируются государством лицам с психическими расстройствами, а в ст. 17 — о финансовом обеспечении этой помощи.

Самостоятельный раздел Закона (разд. III ст. 18–22) посвящён учреждениям и лицам, оказывающим психиатрическую помощь. Её вправе оказывать получившие на это разрешение государственные и негосударственные психиатрические (психоневрологические) учреждения, а также частнопрактикующие врачи-психиатры, имеющие соответствующие лицензии. Виды оказываемой помощи должны быть перечислены в уставных документах; информация о них должна быть доступна посетителям (ч. 2 ст. 18).

К исключительной компетенции врача-психиатра либо комиссии врачей-психиатров отнесены Законом установление диагноза психического заболевания и принятие решения об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке либо дача заключения для рассмотрения данного вопроса иным уполномоченным на это субъектом.

Законодательно закреплён принцип независимости психиатра. Согласно ст. 21, при оказании психиатрической помощи врач-

психиатр независим в своих решениях и руководствуется только медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом. Психиатр, мнение которого не совпадает с решением врачебной комиссии, вправе дать своё заключение, приобщаемое к медицинской документации.

Основные виды психиатрической помощи перечислены в разд. IV Закона. К ним относятся: *психиатрическое освидетельствование, амбулаторная психиатрическая помощь, психиатрическая госпитализация*. Каждый из перечисленных видов может осуществляться как *в добровольном, так и в недобровольном порядке*.

Психиатрическое освидетельствование проводят для определения, страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи (ч. 1 ст. 23). При добровольной психиатрической помощи освидетельствование осуществляют по просьбе или с согласия обследуемого, а в отношении несовершеннолетних до 15 лет и лиц, признанных судом недееспособными, — по просьбе или с согласия их законных представителей.

В качестве законных представителей несовершеннолетних могут выступать их родители, а также усыновители, попечители и опекуны. 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 (ч. 2 ст. 23).

Законными представителями лиц, признанных судом недееспособными¹, являются их опекуны. Если лицо, нуждающееся в опеке, по какой-то причине не имеет опекуна, то исполнение его обязанностей временно возлагается на орган опеки и попечительства (ч. 1 ст. 35 Гражданского кодекса РФ).

Согласно ч. 4 ст. 35 Гражданского кодекса РФ, опекунами и попечителями граждан, нуждающихся в опеке или попечительстве и находящихся в соответствующих воспитательных, лечебных учреждениях, учреждениях социальной защиты и иных аналогичных учреждениях, либо помещённых в них, являются эти учреждения. Однако при госпитализации лица в психиатрический стационар последний не вправе выступать в качестве опекуна по отношению к госпитализированному по вопросам оказания ему психиатрической помощи. Стационар не может исполнять одновременно две несовместимые функции — учреждения, оказывающего пациенту психиатрическую помощь, и законного представителя этого пациента по вопросам, связанным с её оказанием.

Важное юридическое и этическое правило проведения освидетельствования — проводящий его врач обязан представить-

¹ Здесь и далее имеются в виду лица, признанные судом недееспособными на основании ст. 29 Гражданского кодекса РФ.

ся обследуемому и его законному представителю как психиатр (ч. 3 ст. 23 Закона). Иными словами, обследуемый и его законный представитель должны знать, что врач-психиатр производит именно психиатрическое освидетельствование. Исключения из этого правила будут рассмотрены ниже.

Амбулаторная психиатрическая помощь в зависимости от медицинских показаний оказывается в виде консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения (ч. 1 ст. 26).

Консультативно-лечебная помощь оказывается врачом-психиатром при самостоятельном обращении пациента (по его просьбе или с его согласия), а в отношении несовершеннолетнего до 15 лет — по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя (ч. 2 ст. 26). Реализуется этот вид помощи преимущественно путём периодических осмотров пациента врачом-психиатром, который назначает показанные по состоянию здоровья больного лечебные и иные медицинские процедуры.

Диспансерное наблюдение устанавливается независимо от согласия больного или его законного представителя в случаях, когда больной страдает хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжёлыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями. Данный вид амбулаторной психиатрической помощи заключается в наблюдении за состоянием психического здоровья пациента путём регулярных психиатрических осмотров и оказания ему необходимой медицинской и социальной помощи (ч. 3 ст. 26 и ст. 27). Иными словами, диспансерное наблюдение устанавливается за лицами с *тяжёлыми* (глубокими по степени поражения психических функций) и *длительными* психическими расстройствами. Такие больные не в состоянии адекватно воспринимать окружающее и понимать значение своих действий, поэтому в случае необходимости *психиатрическое освидетельствование больного, состоящего под диспансерным наблюдением, может производиться без его согласия* (ч. 5 ст. 23). *Не требуется для этого и согласия законного представителя больного.* Следовательно, *диспансерное наблюдение можно отнести к категории недобровольных психиатрических мер*, хотя и не требующих для своего применения решения суда (в судебном порядке можно лишь обжаловать обоснованность установления и применения этой меры).

Само решение об установлении или прекращении наблюдения принимается комиссией психиатров, которая назначается администрацией психиатрического учреждения либо органом здравоохранения (ч. 2 ст. 27). Диспансерное наблюдение прекращается при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния пациента. Однако диспансерное наблюдение может быть возобновлено, если впоследствии состояние здоровья больного ухудшится.

Стационарная психиатрическая помощь состоит в помещении лица в психиатрический стационар (психиатрическое учреждение или отделение, предназначенное для круглосуточного пребывания пациентов) с целью проведения в стационарных условиях обследования или лечения (ч. 1 ст. 28 Закона). Помещение в психиатрический стационар может производиться также для проведения стационарной экспертизы. Основания и порядок производства психиатрических экспертиз (в зависимости от их вида) установлены соответствующими законодательными актами: Уголовно-процессуальным и Гражданским процессуальным кодексами РФ (судебная экспертиза), законодательством о военной службе (военно-врачебная экспертиза) и пр.

В случаях, когда стационарная психиатрическая помощь оказывается в добровольном порядке, необходимо письменное согласие на госпитализацию. Его даёт либо сам пациент, либо его законный представитель (если пациент не достиг 15 лет или был признан судом недееспособным). Конституционный Суд РФ своим постановлением от 27.02.2009 г. № 4-П признал неконституционным положение ст. 28 Закона, согласно которому совершеннолетние граждане, признанные судом недееспособными, могли помещаться в психиатрический стационар по заявлению или с согласия своего опекуна. В ст. 28 были внесены соответствующие изменения¹, и теперь эти граждане подлежат психиатрической госпитализации только в судебном порядке.

Права пациентов, помещённых в психиатрический стационар, а также обязанности администрации и медицинского персонала стационара перечислены в ст. 37 и 39 Закона. В частности, пациенту должны быть разъяснены на языке, которым он владеет, основания и цели госпитализации, его права и установленные в стационаре правила, о чём делается запись в медицинской документации (ч. 1 ст. 37). Все помещённые в психиатрический стационар лица вправе:

- обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара и соблюдения прав пациента;
- подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокурору, в суд и адвокату;
- встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине;
- исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе пост, по согласованию с администрацией иметь религиозные атрибутику и литературу;
- выписывать газеты и журналы;

¹ Изменения внесены Федеральным законом от 06.04.2011 № 67-ФЗ «О внесении изменений в Закон Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании” и Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации».

- получать образование по программе общеобразовательной школы или специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития, если пациент не достиг 18 лет;
- получать наравне с другими гражданами вознаграждение за труд в соответствии с его количеством и качеством, если пациент участвует в производительном труде.

Основные обязанности администрации и медицинского персонала психиатрического стационара (ст. 39 Закона):

- обеспечивать пациентов необходимой медицинской помощью;
- предоставлять возможность ознакомления с текстом Закона о психиатрической помощи, правилами внутреннего распорядка данного стационара, адресами и телефонами государственных и общественных органов, организаций и должностных лиц, к которым можно обратиться в случае нарушения прав пациентов;
- обеспечивать условия для переписки, направления жалоб и заявлений пациентов в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокату;
- в течение 24 ч с момента поступления пациента в стационар в недобровольном порядке принимать меры по оповещению его родственников, законного представителя или иного лица по его указанию;
- информировать родственников или законного представителя пациента, а также иное лицо по указанию пациента об изменениях состояния его здоровья и чрезвычайных происшествиях в анамнезе;
- обеспечивать безопасность находящихся в стационаре лиц, контролировать содержание посылок и передач;
- выполнять функции законного представителя в отношении больных, признанных недееспособными, но не имеющих такого представителя¹;
- устанавливать и разъяснять верующим пациентам правила, которые должны в интересах других пациентов данного стационара соблюдаться при исполнении религиозных обрядов, и порядок приглашения священнослужителя, содействовать в осуществлении права на свободу совести верующих и атеистов;
- выполнять иные обязанности, установленные Законом о психиатрической помощи.

Статья 40 Закона регламентирует вопросы *выписки*. Пациент психиатрического стационара подлежит выписке в случае выздоровления или такого улучшения психического состояния, при котором больше не требуется стационарное лечение, а также в случае завершения стационарного обследования или экспертизы.

¹ С теми ограничениями, о которых уже говорилось: стационар не может выполнять функции законного представителя пациента в отношении востребования оказания ему психиатрической помощи в данном стационаре.

Выписка лица, госпитализированного в недобровольном порядке, производится по заключению комиссии психиатров или по постановлению судьи об отказе в продлении такой госпитализации. Лицо, к которому применены принудительные меры медицинского характера, предусмотренные уголовным законом, выписывается только по решению суда.

Выписка пациента, добровольно находящегося в стационаре, производится по его личному заявлению, заявлению его законного представителя или по решению лечащего врача. Пациент (его законный представитель) вправе обратиться за выпиской в любое время, независимо от каких-либо условий (например, вопреки достигнутой ранее договорённости между врачами и пациентом о том, что тот проведёт в стационаре определённое время). Добровольно госпитализированному лицу может быть отказано в выписке, если комиссией психиатров будут установлены основания для недобровольной госпитализации. Такой больной может быть оставлен в стационаре при условии, что будут соблюдены процедурные условия недобровольной госпитализации, о которых пойдёт речь в следующем разделе данной главы. В подобных случаях говорят о переводе больного, помещённого в стационар в добровольном порядке, в статус недобровольно госпитализированного пациента.

Обжалование действий по оказанию психиатрической помощи рассматривается в разд. VI Закона. Согласно ч. 1 ст. 47, «действия медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, врачебных комиссий, ущемляющие права и законные интересы граждан при оказании им психиатрической помощи, могут быть обжалованы по выбору лица, приносящего жалобу, непосредственно в суд, а также в вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу¹) или прокурору». Жалоба может быть подана лицом, чьи права и законные интересы нарушены, его представителем, а также организацией, которой законом или её уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан (ч. 2 ст. 47).

1.2. ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НЕДОБРОВОЛЬНЫХ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ МЕР

К категории недобровольных психиатрических мер можно отнести только те, которые, во-первых, применяются при несогласии пациента либо его законного представителя подвергнуться им добровольно и, во-вторых, осуществляются в особом порядке,

¹ Под словом «вышестоящий» в данном случае имеется в виду властный субъект, вышестоящий по отношению к учреждению или лицам, оказывающим психиатрическую помощь, действия которых обжалуются. Например, областной департамент здравоохранения, которому подчинена психиатрическая больница.

отличном от правовых процедур оказания добровольной психиатрической помощи. Под указанные признаки подпадают недобровольное психиатрическое освидетельствование (ст. 24 и 25 Закона о психиатрической помощи) и недобровольная психиатрическая госпитализация (ст. 29, 32–36). Судебные процедуры их применения регулируются гл. 35 Гражданского процессуального кодекса РФ (ст. 302–306)¹.

Психиатрическое освидетельствование допускается только с согласия самого пациента или его законного представителя. Однако Законом о психиатрической помощи предусмотрены условия, при которых освидетельствование возможно и без согласия указанных лиц. Например, в случаях, когда лицо совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него *тяжёлого психического расстройства* (ч. 4 ст. 23), т.е. расстройства, лишаящего больного способности к свободному волеизъявлению². Необходимо также, чтобы предполагаемое расстройство обуславливало хотя бы одно из трёх возможных обстоятельств:

- а) непосредственную опасность больного для себя или окружающих;
- б) его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;
- в) существенный вред здоровью больного вследствие ухудшения психического состояния, если больной будет оставлен без психиатрической помощи (ч. 4 ст. 23).

При наличии непосредственной опасности (п. «а») решение о недобровольном освидетельствовании принимается врачом-психиатром самостоятельно (ч. 1 ст. 24 Закона). Поскольку в данном случае само освидетельствование носит безотлагательный характер, решение о его проведении должно приниматься немедленно. Врач оформляет решение в виде записи в медицинской документации. При проведении такого освидетельствования врач вправе не представляться как психиатр (ч. 3 ст. 23), т.е. может не сообщать об этом обследуемому или его законному представителю. Данный вопрос решается врачом в зависимости от состояния обследуемого и обстановки, в которой производится освидетельствование. Поводы к проведению неотложного психиатрического освидетельствования могут быть самыми разными — устные заявления граждан или должностных лиц, задержание и доставка

¹ Глава 35 входит в подраздел IV Гражданского процессуального кодекса РФ, связанный с особым (неисковым) производством.

² К сожалению, в самом Законе содержание понятия «тяжёлое психическое расстройство» не раскрывается, что даёт повод для различных его толкований. Во избежание этого в Законе о психиатрической помощи необходимо прямо указать, что тяжёлое психическое расстройство есть болезненное нарушение психики такой глубины, при которой исключается возможность адекватно воспринимать окружающее и руководить своими действиями (свободно выражать свою волю и самостоятельно совершать юридически значимые действия).

в психиатрическое учреждение лица с признаками тяжёлого психического расстройства, обуславливающего опасность, сотрудниками органов охраны правопорядка или обычными гражданами и пр.

В случаях, предусмотренных пп. «б» и «в» ч. 4 ст. 23, экстренная ситуация, которая требовала бы срочных безотлагательных мер, отсутствует. Решение о недобровольном психиатрическом освидетельствовании выносит здесь судья по представлению врача-психиатра (ч. 2 ст. 24). Заявление о необходимости освидетельствования может подаваться психиатру родственниками лица, подлежащего освидетельствованию, врачом любой медицинской специальности, должностными лицами и иными гражданами (ч. 2 ст. 25). Заявление должно быть письменным и содержать подробные сведения, обосновывающие необходимость психиатрического освидетельствования, и указания на отказ лица (его законного представителя) от обращения к психиатру. Принявший заявление врач-психиатр имеет право запросить дополнительные сведения. Если он решает, что в заявлении отсутствуют данные, указывающие на необходимость освидетельствования, он в письменном виде даёт мотивированный отказ (ч. 4 ст. 25). Если же врач-психиатр приходит к выводу об обоснованности содержащегося в заявлении ходатайства, то он обращается в суд по месту жительства гражданина, подлежащего освидетельствованию. В суд представляются: заявление врача-психиатра о недобровольном психиатрическом освидетельствовании, врачебное заключение о необходимости его производства и другие имеющиеся материалы. В течение трёх дней со дня подачи заявления судья единолично рассматривает дело «с участием заявителей и других заинтересованных лиц» (ч. 2 ст. 263 Гражданского процессуального кодекса РФ¹). По итогам рассмотрения дела судья принимает одно из двух решений:

- о недобровольном («принудительном» — по терминологии Гражданского процессуального кодекса РФ) психиатрическом освидетельствовании лица;
- об отказе в таком освидетельствовании (ч. 5 ст. 25 Закона о психиатрической помощи; ст. 306 Гражданского процессуального кодекса РФ).

В случае, когда решение суда не обжаловалось, оно вступает в законную силу по истечении 10 дней, предусмотренных законом для его обжалования в кассационном порядке; в случае подачи кассационной жалобы решение суда, если оно не отменено, вступает в силу после рассмотрения дела судом кассационной инстанции (ст. 209 и 338 Гражданского процессуального кодекса РФ). Получив вступившее в законную силу судебное решение об

¹ Статья 263 Гражданского процессуального кодекса РФ содержит общие нормы, регламентирующие рассмотрение дел в порядке особого производства.

освидетельствовании, психиатры приступают к его производству.

По результатам недобровольного психиатрического освидетельствования (как неотложного, так и проведённого на основании вступившего в силу решения суда) врач-психиатр может прийти к выводу:

- о наличии у обследуемого психического расстройства, требующего недобровольной госпитализации, после чего психиатр инициирует процедуру её применения;
- об отсутствии такого расстройства.

Недобровольной психиатрической госпитализации непременно предшествует психиатрическое освидетельствование (не обязательно недобровольное). Так, гражданин может добровольно обратиться к психиатру, который обнаружит тяжёлое психическое расстройство, требующее обязательного помещения в психиатрический стационар. Если пациент от предложенной ему госпитализации откажется, врач получит право начать процедуру недобровольной госпитализации. В экстренных случаях, требующих немедленного психиатрического вмешательства, процедура психиатрического освидетельствования практически «сливается» с процессом помещения пациента в психиатрический стационар.

Процедура недобровольной психиатрической госпитализации достаточно сложна. Основания для её применения (ст. 29 Закона о психиатрической помощи), на первый взгляд, полностью идентичны основаниям недобровольного психиатрического освидетельствования (ч. 4 ст. 23 Закона) и подразумевают наличие тяжелого психического расстройства, которое обуславливает либо непосредственную опасность больного для себя или окружающих, либо его беспомощность (неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности), либо существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если больной будет оставлен без психиатрической помощи. При идентичности законодательных формулировок разница между ними состоит в том, что в качестве оснований для освидетельствования выступает «сторонняя» информация, которая получена психиатром от лиц, как правило, не обладающих психиатрическими знаниями. Подобная информация свидетельствует лишь о *возможном (предположительном) наличии* у гражданина *психического расстройства*, поскольку она получена без психиатрического обследования гражданина и до проведения его обследования. Напротив, основания для госпитализации — данные, выявленные психиатром уже в ходе психиатрического обследования. Это позволяет врачу *формулировать свои выводы* не в предположительной (вероятной) форме на основе сообщённых ему косвенных данных (как в первом случае), а в *форме врачебно-психиатрических диагностических квалификаций* на

*основе лично проведенного психиатрического обследования самого пациента*¹.

Началом процедуры недобровольной психиатрической госпитализации служит направление гражданина в психиатрический стационар врачом-психиатром, произведшим освидетельствование (чаще всего — психиатром психоневрологического диспансера или скорой психиатрической помощи²).

По прибытии (доставке) гражданина в стационар его осматривает врач-психиатр приёмного отделения, который вправе принять решение о приёме в стационар или об отказе в госпитализации, если он не обнаружит признаков психического расстройства, дающих основания для недобровольной госпитализации.

В течение 48 ч гражданин должен быть освидетельствован комиссией врачей-психиатров данного стационара, которая вновь исследует и оценит его психическое состояние и примет решение об обоснованности госпитализации (ч. 1 ст. 32 Закона). Если комиссия не выявит достаточных оснований для недобровольной психиатрической госпитализации, гражданин подлежит немедленной выписке (ч. 2 ст. 32). Он может быть оставлен в стационаре лишь с его согласия, если имеются достаточные основания для добровольной психиатрической госпитализации.

Если врачебная комиссия приходит к выводу о необходимости недобровольной госпитализации, то в течение тех же 48 ч должно последовать обращение в суд по месту нахождения стационара (ч. 1 ст. 303 Гражданского процессуального кодекса РФ).

В суд подаются: заявление представителя стационара о недобровольной психиатрической госпитализации с указанием оснований для этого и ссылками на Закон; мотивированное заключение психиатрической комиссии; иные материалы, если они имеются (ч. 2 ст. 33 Закона о психиатрической помощи; ст. 302 Гражданского процессуального кодекса РФ). Возбуждая дело, судья одновременно продлевает пребывание гражданина в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения дела (ч. 2 ст. 303 Гражданского процессуального кодекса РФ). Рассмотрено оно должно быть в течение пяти дней со дня его возбуждения (ч. 1 ст. 304 Гражданского процессуального кодекса РФ).

Судебное заседание проводится в помещении суда или психиатрического стационара. Гражданин вправе лично участвовать в судебном заседании. Если по сведениям, полученным от представителя стационара, психическое состояние гражданина не позволяет ему лично участвовать в рассмотрении его дела в помещении

¹ Это не исключает возможности и во втором случае формулирования психиатром лишь предварительного (предположительного) диагноза, который в дальнейшем может подтверждаться, отвергаться или уточняться.

² Иногда данный этап может вообще отсутствовать; например, прохожие, задержавшие на улице человека с подозрением на наличие у него тяжёлого психического расстройства, доставляют его непосредственно в психиатрическую больницу.

суда, оно рассматривается судьёй в психиатрическом учреждении (ч. 2 ст. 33 Закона о психиатрической помощи; ч. 1 ст. 304 Гражданского процессуального кодекса РФ).

По результатам рассмотрения выносится решение суда об удовлетворении заявления о недобровольной госпитализации или о его отклонении. Это решение может быть обжаловано в кассационном порядке в течение 10 дней. Решение суда об удовлетворении заявления является основанием для содержания гражданина в стационаре (ч. 2 ст. 305 Гражданского процессуального кодекса РФ).

Пребывание пациента в психиатрическом стационаре в порядке недобровольной госпитализации продолжается только на время сохранения оснований, по которым она была произведена (ч. 1 ст. 36 Закона о психиатрической помощи). Закон предусматривает процедуры контроля за сохранением оснований для такого пребывания. Контроль осуществляется в форме регулярных врачебных освидетельствований госпитализированного в целях решения вопросов продления госпитализации или выписки. В течение 6 месяцев комиссионное врачебное освидетельствование (не менее чем двумя психиатрами) должно проводиться не реже одного раза в месяц. При продлении госпитализации свыше 6 месяцев освидетельствование комиссией врачей проводится не реже одного раза в 6 месяцев (ч. 2 ст. 36 Закона).

При отпадении оснований для недобровольной госпитализации пациент подлежит выписке по заключению врачебной комиссии. Пациент подлежит выписке и тогда, когда недобровольная психиатрическая госпитализация не была продлена судом (ч. 3 ст. 40 Закона). В ряде случаев могут отпасть основания для недобровольного содержания больного в стационаре при сохранении оснований для его возможного пребывания там в добровольном порядке.

За допущенные правонарушения врач-психиатр подлежит юридической ответственности вплоть до уголовной. Уголовный кодекс РФ содержит, в частности, ст. 128 («Незаконное помещение в психиатрический стационар»). Это преступление наказывается лишением свободы на срок до трех лет (ч. 1 ст. 128). То же деяние, если оно совершено лицом с использованием своего служебного положения либо повлекло по неосторожности смерть потерпевшего или иные тяжкие последствия, наказывается лишением свободы на срок от 3 до 7 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового (ч. 2 ст. 128).

Федеральным законом от 06.04.2011 № 67-ФЗ в Закон о психиатрической помощи были внесены изменения, согласно которым часть больных, признанных судом недееспособными, получили право самостоятельно принимать решения по вопросам оказания им психиатрической помощи. Это вопросы лечения и отказа от него (ст. 11 и 12 Закона); психиатрического обследования

(ст. 23); помещения в психиатрический стационар (ст. 28); помещения в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения и выписки из него (ст. 41 и 44). Если же за недееспособного больного решение принимает его законный представитель, то теперь он обязан известить об этом орган опеки и попечительства в течение двух дней. Тем самым фактически вводится *институт гастигной медицинской дееспособности психически больных* (в сфере оказания психиатрической помощи). Однако законодатель не предусмотрел ни критериев такой дееспособности, ни юридической процедуры, в рамках которой она может признаваться за пациентом. Вопрос о том, кто, как и в каком порядке будет осуществлять это признание, остается пока без ответа, что ставит под сомнение реализацию указанных законодательных нововведений в психиатрической практике.