



Российское общество психиатров



НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО

ПСИХИАТРИЯ

КРАТКОЕ ИЗДАНИЕ

Главные редакторы:

член-корреспондент РАН, профессор

Ю.А. Александровский,

профессор **Н.Г. Незнанов**

Ответственный редактор:

доктор медицинских наук **Г.Э. Мазо**

2-е издание,

переработанное

и дополненное



Москва

ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА

«ГЭОТАР-Медиа»

2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания	7
От главных редакторов	13
Список сокращений и условных обозначений	16
Раздел I. ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	17
Глава 1. Нормативно-правовые основы оказания психиатрической помощи (С.Н. Шишков)	19
Глава 2. Оказание психиатрической помощи	29
2.1. Организация психиатрической помощи взрослому населению (А.Б. Шмуклер)	29
2.2. Психиатрическая помощь детям и подросткам (Е.В. Макушкин)	41
2.3. Психиатрические расстройства у больных в общемедицинской практике (Ю.А. Александровский, Л.В. Ромасенко, Н.Н. Петрова)	57
2.4. Психосоматические расстройства (А.Б. Смулевич, Д.В. Романов, Б.А. Волель, С.В. Иванов)	69
2.5. Судебная психиатрия (А.А. Ткаченко, Н.К. Харитоновна)	82
2.6. Система профилактики общественно опасного поведения лиц с психическими расстройствами (О.А. Макушкина, В.П. Котов)	107
2.7. Военная психиатрия (В.К. Шамрей, А.А. Марченко, Е.С. Курасов)	119
Раздел II. ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	143
Глава 3. Введение в клиническую психиатрию (Ю.А. Александровский)	145
Глава 4. Основные психопатологические синдромы (А.С. Тиганов)	150
4.1. Аментивный синдром	150
4.2. Амнестический синдром	151
4.3. Астенический синдром	151
4.4. Аура сознания	153
4.5. Делириозный синдром	154
4.6. Депрессивный синдром	156
4.7. Ипохондрический синдром	161
4.8. Кататонический синдром	162
4.9. Маниакальный синдром	164
4.10. Обсессивный синдром	166
4.11. Онейроидный синдром	168
4.12. Паранойяльный синдром	170

4.13. Парафренный синдром	172
4.14. Сенестопатический синдром	173
4.15. Синдром Кандинского–Клерамбо.	174
4.16. Синдром оглушения	176
4.17. Синдром помрачения сознания	177
4.18. Сумеречное помрачение сознания	178
4.19. Энцефалопатический синдром.	180
Глава 5. Классификации психических расстройств	
(П.В. Морозов, А.В. Павличенко)	182
5.1. Новое время (XIX–XX вв.)	184
5.2. Развитие взглядов на классификацию психических болезней в новое время	191
5.3. Создание Международной классификации болезней ...	193
Глава 6. Заболевания шизофренического спектра	218
6.1. Шизофрения (В.Н. Краснов)	218
6.2. Клинико-биологическая модель шизофрении (А.Б. Смулевич, Т.П. Ключник)	228
6.3. Шизотипическое расстройство (А.П. Коцюбинский, Ю.В. Исаенко)	234
6.4. Психофармакотерапия шизофрении (С.Н. Мосолов, Э.Э. Цукарзи)	252
Глава 7. Расстройства аффективного спектра	279
7.1. Общие вопросы диагностики и лечения больных с аффективным расстройством (В.Н. Краснов)	279
7.2. Лечение больных с рекуррентным депрессивным расстройством (С.Н. Мосолов, Е.Г. Костюкова)	299
7.3. Диагностика и терапия расстройств биполярного спектра (С.Н. Мосолов, Е.Г. Костюкова)	322
Глава 8. Пограничные (непсихотические) психические расстройства (Ю.А. Александровский)	369
8.1. Клиническая характеристика пограничных психических расстройств	369
8.2. Группировка пограничных психических расстройств. ...	374
8.3. Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства	379
8.4. Организация психиатрической помощи пациентам с пограничными психическими расстройствами	424
Глава 9. Психические расстройства при эпилепсии	
(Н.Г. Незнанов, М.Я. Киссин)	430
9.1. Эпилептические психозы	433
9.2. Изменение личности у больных эпилепсией	440
9.3. Классификация симптомов аффективных нарушений у больных эпилепсией	455
9.4. Типология и патоморфоз эмоционально-аффективных припадков у больных эпилепсией	456

9.5. Аффективные нарушения у больных эпилепсией в интериктальном периоде	458
9.6. Этиология и патогенез аффективных нарушений при эпилепсии	460
9.7. Современные представления о нейроморфоло- гических особенностях аффективных нарушений при височной эпилепсии	461
9.8. Нейрохимические, нейрофизиологические и структурные нарушения	466
Глава 10. Органические, нейродегенеративные и нейроинфекционные расстройства	468
10.1. Органические психические расстройства (В.В. Вандыш-Бубко)	468
10.2. Расстройства личности и поведения, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга (В.В. Вандыш-Бубко)	474
10.3. Деменция (С.И. Гаврилова)	477
10.4. Сосудистая деменция (Н.М. Михайлова)	480
10.5. Деменция с тельцами Леви (С.И. Гаврилова)	495
10.6. Болезнь Альцгеймера (С.И. Гаврилова)	500
10.7. Лобно-височная деменция (болезнь Пика) (С.И. Гаврилова)	512
10.8. Психические расстройства при нарушении мозгового кровообращения (В.А. Михайлов, И.В. Хяникяйнен, Л.В. Лукина)	519
Глава 11. Расстройства личности (А.Б. Смулевич)	539
11.1. Параноидное (параноическое) расстройство личности	545
11.2. Шизоидное расстройство личности	548
11.3. Шизотипическое расстройство личности	550
11.4. Диссоциальное расстройство личности	553
11.5. Пограничное расстройство личности	557
11.6. Импульсивное расстройство личности	561
11.7. Истерическое (гистрионное) расстройство личности	561
11.8. Диссоциативное расстройство идентичности (расстройство множественной личности)	564
11.9. Нарциссическое расстройство личности	566
11.10. Обсессивно-компульсивное (ананкастное) расстройство личности	567
11.11. Тревожное (избегающее) расстройство личности (психастения, тревожно-мнительный характер)	570
11.12. Зависимое расстройство личности	572
11.13. Диагностика, дифференциальная диагностика	579
Глава 12. Сексуальные расстройства	579
12.1. Расстройства половой идентификации (Г.Е. Введенский)	579

12.2. Расстройства сексуального предпочтения (А.А. Ткаченко)	588
12.3. Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими болезнями или нарушениями (Н.Д. Кибрик, М.И. Ягубов)	598
Раздел III. ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	615
Глава 13. Лечение и медико-социальная реабилитация психически больных	616
13.1. Терапия пациентов с психическими расстройствами (Ю.А. Александровский)	616
13.2. Психотерапия (Н.Г. Незнанов, С.Н. Мосолов, М.В. Иванов)	623
13.2.1. Общие вопросы психотерапии	623
13.2.2. Антипсихотики	628
13.2.3. Антидепрессанты	643
13.2.4. Нормотимики	654
13.2.5. Анксиолитики	658
13.2.6. Ноотропы	665
13.2.7. Психостимуляторы	668
13.2.8. Гипнотики (Н.Г. Незнанов, А.В. Васильева)	670
13.3. Нейроэндокринные дисфункции при психотерапии (Л.Н. Горобец, Г.Э. Мазо)	677
13.4. Психотерапия (Н.Г. Незнанов, А.В. Васильева)	699
13.5. Медико-социальная реабилитация (А.Б. Шмуклер)	729
Глава 14. Нелекарственные методы биологической терапии в психиатрии (С.Н. Мосолов, Э.Э. Цукарзи, А.Ю. Егоров, А.Л. Горелик, А.Г. Нарышкин)	736
14.1. Электросудорожная терапия	737
14.2. Транскраниальная магнитная стимуляция	749
14.3. Плазмаферез	753
Отечественные руководства и учебники по психиатрии.	757
Предметный указатель	759

Глава 1

Нормативно-правовые основы оказания психиатрической помощи

В настоящее время основным законодательным актом в психиатрии является Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», вступивший в силу 01.01.1993 (далее — Закон о психиатрической помощи, а также — Закон)¹. Он является первым в России законодательным актом в сфере психиатрической деятельности, нормы которого полностью отвечают международно-правовым стандартам². За годы действия в Закон вносились изменения, не затронувшие, однако, наиболее принципиальные положения.

Принцип добровольности является одним из важнейших в современной российской психиатрии. Он означает, что психиатрическая помощь оказывается лицу только при его добровольном обращении или с его информированного согласия и что случаи психиатрического вмешательства, не требующие согласия самого пациента либо его законного представителя, должны быть прямо оговорены Законом (ч. 1 ст. 4).

Несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет, а больному наркоманией — до 16 лет психиатрическая помощь оказывается только с согласия одного из его родителей либо иного законного представителя.

¹ Общемедицинское законодательство будет в дальнейшем именоваться также законодательством о здравоохранении, а законодательные акты, посвященные исключительно психиатрии, — психиатрическим законодательством.

² Указанные стандарты закреплены в ряде международных документов, в числе которых следует упомянуть следующие.

1. Принципы защиты лиц с психическими заболеваниями и улучшения психиатрической помощи. Приняты Генеральной Ассамблеей ООН 12.02.1992 по докладу Третьего комитета (A/46/721). Резолюция 46/119.
2. Рекомендация (2004) 10 Комитета министров Совета Европы, касающаяся защиты прав человека и достоинства лиц с психическими расстройствами, от 22.09.2004.

Лицу, признанному судом недееспособным вследствие психического расстройства¹, психиатрическая помощь оказывается с его согласия (если недееспособный по своему состоянию способен его дать), либо с согласия его законного представителя (если сам недееспособный дать его не может). Давший согласие на психиатрическое вмешательство вправе отказаться от него или требовать его прекращения.

Психиатрическая помощь включает психиатрическое обследование и освидетельствование, профилактику и диагностику психических расстройств, лечение и медицинскую реабилитацию лиц с такими расстройствами. Она гарантируется государством и осуществляется на основании принципов *законности, гуманности, соблюдения прав человека* (ст. 1 Закона).

В ст. 5 приведен перечень основных прав лиц с психическими расстройствами. Запрещено ограничивать их права и свободы только на основании психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением или в психиатрическом стационаре². Эти лица имеют, в частности, право: 1) на уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства; 2) получение информации о своих правах, а также в доступной для них форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них расстройств и применяемых методах лечения; 3) психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях по возможности по месту жительства; 4) согласие и отказ от использования в качестве объекта испытаний методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, научных исследований или обучения, от фото-, видео- или киносъемки; 5) приглашение по их требованию любого специалиста³, участвующего в оказании психиатрической помощи, с согласия последнего для работы во врачебной комиссии; 6) помощь адвоката, законного представителя или иного представителя.

Упомянутый в перечне прав *принцип наименее ограничительной альтернативы* состоит в том, что при выборе вида психиатрической помощи больному следует предлагать тот, что сопряжен с наименьшим числом ограничений и стеснений.

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

² Федеральный закон от 25.11.2013 № 317-ФЗ внес в действующее российское законодательство существенные терминологические изменения. В частности, «психиатрический стационар» стал именоваться «медицинской организацией, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях». Однако для краткости здесь и далее будет употребляться прежнее наименование — «психиатрический стационар».

³ 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.

Признание лица 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 5 лет с правом последующего переосвидетельствования. Решение об ограничении должно приниматься врачебной комиссией в соответствии с перечнем медицинских противопоказаний, который утверждается Правительством РФ и подлежит периодическому пересмотру.

Требовать от граждан сведений о состоянии психического здоровья, за исключением случаев, прямо установленных законом, запрещено. Психиатрический диагноз ставится в соответствии с общепризнанными международными стандартами и не может основываться только на несогласии лица с принятыми в обществе моральными, культурными, политическими или религиозными ценностями. Методы диагностики и лечения, а также медицинские препараты применяются лишь в диагностических и лечебных целях в соответствии с характером болезни и не должны использоваться для наказания больного или в интересах других лиц.

В области лечения лиц с психическими расстройствами нашел свое отражение принцип информированного согласия. Согласие на лечение должно быть письменным. Перед этим врач должен предоставить пациенту «в доступной для него форме и с учетом 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» (ч. 2 ст. 11 Закона). Согласие лиц до 15 лет (больных наркоманией — до 16 лет) и лиц, признанных судом недееспособными, дается в порядке, установленном ч. 3 ст. 11 Закона. В таком же порядке реализуется и право на отказ от лечения. Исключение составляют случаи недобровольной психиатрической госпитализации и предусмотренных уголовным законом принудительных мер медицинского характера (ПММХ), отказаться от которых больной не вправе.

Психиатрическую помощь вправе оказывать «медицинские организации, стационарные учреждения социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами, врачи-психиатры, зарегистрированные в качестве индивидуальных предпринимателей, при наличии лицензии» (ч. 1 ст. 18 Закона). К исключительной компетенции психиатра либо комиссии психиатров отнесены постановка диагноза психического заболевания и принятие решения об оказании недобровольной психиатрической помощи.

Согласно ст. 21 Закона, при оказании психиатрической помощи 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 свое заключение.

К основным видам психиатрической помощи Закон относит *психиатрическое освидетельствование, амбулаторную психиатрическую помощь и стационарную психиатрическую помощь*. Каждый из них может осуществляться как в добровольном, так и в недобровольном порядке.

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. Проводящий освидетельствование врач обязан представиться обследуемому лицу как психиатр. Если в ходе освидетельствования будет установлено психическое расстройство, то лицу может оказываться амбулаторная или стационарная психиатрическая помощь (ст. 26 и 27 Закона).

Амбулаторная помощь оказывается либо в добровольном порядке (с согласия самого пациента или его законного представителя), либо в виде диспансерного наблюдения независимо от согласия указанных лиц. Добровольная амбулаторная помощь реализуется преимущественно путем периодических осмотров пациента психиатром, который назначает показанные по состоянию здоровья больного лечебные и иные медицинские процедуры. *Диспансерное наблюдение* устанавливается независимо от согласия больного в случаях, когда он страдает хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями. Оно заключается в наблюдении за состоянием психического здоровья пациента путем регулярных психиатрических осмотров и оказания ему необходимой медицинской и социальной помощи. Иными словами, диспансерное наблюдение устанавливается за лицами с *тяжелыми и длительными* психическими расстройствами. При необходимости *психиатрическое освидетельствование больного, находящегося под диспансерным наблюдением, может производиться без его согласия*.

Решение об установлении или прекращении диспансерного наблюдения принимается комиссией психиатров. Оно прекращается при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния пациента, однако может быть возобновлено, если состояние его здоровья вновь ухудшится.

Стационарная психиатрическая помощь (ст. 28 Закона) состоит в помещении лица в психиатрический стационар в целях проведения в стационарных условиях обследования, лечения или экспертизы.

Психиатрическая госпитализация лица, за исключением случаев, предусмотренных ст. 29 Закона, осуществляется добровольно — по просьбе или с согласия пациента. Лицо моложе 15 лет (больной наркоманией — 16 лет) госпитализируется по просьбе или с согласия одного из родителей или иного законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя госпитализация несовершеннолетних указанных возрастов проводится по решению органа опеки и попечительства.

Лицо, признанное судом недееспособным, помещается в психиатрический стационар по его просьбе или с его согласия. Если недееспособный по своему психическому состоянию не способен дать такое согласие, то он госпитализируется по просьбе или с согласия его законного представителя в порядке, предусмотренном для недобровольной госпитализации.

Права пациентов, помещенных в психиатрический стационар, а также обязанности администрации и персонала стационара перечислены в ст. 37 и 39 Закона. Пациенту должны быть разъяснены основания и цели госпитализации, его права и установленные в стационаре правила, о чем делается запись в медицинской документации. Кроме того, все помещенные в стационар лица вправе:

1) обращаться к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из стационара;

2) подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд, к адвокату, в государственное юридическое бюро;

3) встречаться с адвокатом, работником или уполномоченным лицом государственного юридического бюро и со священнослужителем наедине. Лица, помещенные в стационар, имеют также иные права.

Часть 3 ст. 37 предусматривает ряд прав, которые, в отличие от перечисленных, «могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача заведующим отделением или главным врачом в интересах здоровья или безопасности пациентов, а также в интересах здоровья или безопасности других лиц». В их числе право вести переписку без цензуры; получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы; пользоваться телефоном; принимать посетителей; иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.

Основные обязанности администрации и медицинского персонала психиатрического стационара перечислены в ст. 39 Закона. Указанные субъекты обязаны, в частности:

1) обеспечивать пациентов необходимой медицинской помощью;

2) предоставлять возможность ознакомления с текстом Закона, правилами внутреннего распорядка стационара, адресами и телефонами государственных и общественных организаций и должностных лиц, к которым можно обратиться в случае нарушения прав пациентов, а также государственных юридических бюро и адвокатов;

3) обеспечивать условия для переписки, направления жалоб и заявлений пациентов в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд, государственное юридическое бюро или адвокату;

4) в течение 24 ч с момента поступления пациента в стационар в недобровольном порядке принимать меры по оповещению об этом его родственников, законного представителя или иного лица по его указанию;

5) выполнять функции законного представителя в отношении пациентов, признанных недееспособными, но не имеющих такого представителя;

6) выполнять иные обязанности, установленные законом.

Ст. 38 Закона предусматривает создание специальной службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах.

Пациент подлежит *выписке* из стационара в случае выздоровления или такого улучшения психического состояния, при котором больше не требуется стационарное лечение, а также в случае завершения стационарного обследования или экспертизы. Выписка недобровольно госпитализированного лица производится по заключению комиссии психиатров или по постановлению 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.

Закон о психиатрической помощи регламентирует процедуры помещения в названные учреждения, некоторые вопросы, связанные с пребыванием (проживанием) в них, а также перевод и выписку (ст. 44).

В Законе говорится о государственном контроле и прокурорском надзоре (ст. 45), а также контроле общественных объединений (ст. 46) за оказанием психиатрической помощи. Общественные объединения психиатров и иные общественные объединения могут осуществлять контроль за соблюдением прав и законных интересов граждан (по просьбе или с согласия последних) при оказании им психиатрической помощи. Право на такую деятельность, включая право посещения стационаров, предоставляется общественному объединению, если эта деятельность отражена в его уставных документах.

Право на принесение жалоб регламентировано разделом VI Закона. Действия медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, врачебных комиссий, ущемляющие права и законные интересы граждан в сфере оказания психиатрической помощи, могут быть обжалованы по выбору лица, приносящего жалобу, в суд, в вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу) или прокурору.

При оказании психиатрической помощи надлежит руководствоваться не только психиатрическим, но также и общемедицинским законодательством.

Например, в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» вопросы врачебной тайны рассмотрены более подробно, чем в Законе о психиатрической помощи. В ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ дано определение этого понятия и содержатся нормы прав и гарантий пациента в рассматриваемой сфере, а также перечень обязанностей лиц, которым стали известны сведения, составляющие врачебную тайну. Статья 22 рассматриваемого Федерального закона гораздо более детально, чем Закон о психиатрической помощи, регулирует

вопросы, связанные с правом граждан на информацию о состоянии своего здоровья, в том числе правом пациента знакомиться со своей медицинской документацией.

Особенности применения недобровольных психиатрических мер. Их обязательным признаком является нежелание пациента подвергнуться им добровольно и особая правовая процедура применения. В этой связи к категории *недобровольных психиатрических мер* можно отнести только те, которые *используются при несогласии на их применение пациента либо его законного представителя и осуществляются в особом порядке, 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 главой 30 (ст. 274–280) Кодекса административного судопроизводства (КАС) РФ.

Психиатрическое освидетельствование допускается только с согласия самого пациента или его законного представителя. Однако Законом предусмотрены условия, при которых освидетельствование возможно и без согласия указанных лиц. Это случаи, когда лицо совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него *тяжелого психического расстройства*, то есть расстройства, лишающего больного способности к свободному волеизъявлению. Необходимо также, чтобы это предполагаемое расстройство обуславливало хотя бы одно из трех возможных обстоятельств: а) *непосредственную опасность больного для себя или окружающих*; б) *его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности*; в) *существенный вред здоровью больного вследствие ухудшения психического состояния, если он будет оставлен без психиатрической помощи*.

При наличии непосредственной опасности (п. «а») решение о недобровольном освидетельствовании принимается психиатром самостоятельно. Поскольку в данном случае само освидетельствование носит безотлагательный характер, решение о его проведении должно приниматься немедленно. Оно оформляется в виде записи в медицинской документации. При проведении такого освидетельствования врач вправе не представляться как психиатр. Данный вопрос решается врачом в зависимости от состояния обследуемого и обстановки проведения освидетельствования. Поводы к неотложному освидетельствованию могут быть различными: устные заявления граждан или должностных лиц, задержание и доставка в психиатрическое учреждение лица с признаками тяжелого психического расстройства сотрудниками органов охраны правопорядка или обычными гражданами и др.

В случаях, предусмотренных пп. «б» и «в» ч. 4 ст. 23 Закона, экстренная ситуация, которая требовала бы безотлагательных мер, отсутствует. Решение о недобровольном освидетельствовании выносит здесь судья по представлению психиатра. Заявление о необходимости

освидетельствования может подаваться психиатру родственниками лица, подлежащего освидетельствованию, врачом любой медицинской специальности, должностными лицами или гражданами. Заявление должно быть письменным и содержать подробные сведения, обосновывающие необходимость освидетельствования, и указания на отказ лица от обращения к психиатру. Принявший заявление психиатр вправе запросить дополнительные сведения. Если в заявлении отсутствуют данные, обуславливающие необходимость освидетельствования, психиатр письменно отказывает в нем.

Если же он придет к выводу об обоснованности содержащегося в заявлении ходатайства о недобровольном освидетельствовании, то он обращается в суд по месту жительства подлежащего освидетельствованию лица. В суд предоставляются административное исковое заявление психиатра о недобровольном психиатрическом освидетельствовании, врачебное заключение о необходимости его производства и другие имеющиеся материалы. В течение 3 дней со дня подачи заявления судья рассматривает дело. О времени и месте проведения судебного заседания извещаются сам гражданин, его представитель, подавший заявление психиатр и прокурор. Неявка прокурора и психиатра не является препятствием для рассмотрения дела.

По итогам рассмотрения дела судья принимает решение о недобровольном освидетельствовании либо об отказе в нем.

По результатам недобровольного освидетельствования (как неотложного, так и проведенного на основании решения суда) психиатр может прийти к выводу: 1) о наличии у лица психического расстройства, требующего недобровольной госпитализации, после чего инициирует процедуру ее применения; 2) об отсутствии такого расстройства.

Недобровольной психиатрической госпитализации предшествует психиатрическое освидетельствование, причем необязательно недобровольное. Так, гражданин может сам обратиться к психиатру, который обнаруживает у него расстройство, требующее обязательного помещения в психиатрический стационар. Пациент от предложенной ему госпитализации отказывается, после чего врач получает право начать процедуру недобровольной госпитализации. В случаях, требующих немедленного психиатрического вмешательства, процедура освидетельствования практически «сливается» с процессом помещения в стационар.

Процедуры недобровольной психиатрической госпитализации достаточно сложны. Основания ее применения (ст. 29 Закона о психиатрической помощи), на первый взгляд, полностью идентичны основаниям недобровольного психиатрического освидетельствования (ч. 4 ст. 23 Закона). Это наличие тяжелого психического расстройства, которое обуславливает либо непосредственную опасность больного для себя или окружающих, либо его беспомощность, либо существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если больной будет оставлен без психиатрической помощи. При

идентичности формулировок разница между ними состоит в том, что в качестве оснований для освидетельствования выступает полученная психиатром сторонняя информация, которая получена от лиц, как правило, не обладающих психиатрическими знаниями. Подобная информация *свидетельствует лишь о предположительном наличии у гражданина психического расстройства*, поскольку она получена без психиатрического обследования гражданина и до его обследования. Напротив, основания госпитализации — данные, выявленные психиатром уже в ходе обследования. Это позволяет ему *формулировать свои выводы не в предположительной форме на основе сообщенных ему косвенных данных (как в первом случае), а в форме врачебно-психиатрических диагностических квалификаций на основе лично проведенного психиатрического обследования самого пациента*.

Началом процедуры недобровольной психиатрической госпитализации служит направление гражданина в психиатрический стационар психиатром, проводившим освидетельствование.

По прибытии (доставке) гражданина в стационар его осматривает врач приемного отделения, который вправе принять решение о приеме или об отказе в госпитализации, если он не обнаружит признаков психического расстройства, дающего основания для недобровольного помещения в стационар.

В течение 48 ч гражданин должен быть освидетельствован комиссией психиатров данного стационара, которая вновь исследует и оценивает его психическое состояние и принимает решение об обоснованности госпитализации. Если комиссия не выявит достаточных для нее оснований, гражданин подлежит немедленной выписке. Если комиссия приходит к выводу о необходимости недобровольной госпитализации, то в течение тех же 48 ч должно последовать обращение в суд по месту нахождения стационара.

В суд подается административное исковое заявление представителя стационара о недобровольной психиатрической госпитализации. К нему прилагаются: 1) заключение комиссии психиатров; 2) документы, на основании которых оно составлено, и документы, свидетельствующие об отказе от добровольной госпитализации; 3) заключение комиссии психиатров о том, позволяет ли гражданину его психическое состояние лично участвовать в судебном заседании, в том числе в помещении суда.

Возбуждая дело, судья одновременно продлевает пребывание гражданина в стационаре на срок, необходимый для рассмотрения дела (не позднее пяти последующих дней). Судебное заседание проводится в помещении суда или в стационаре. Гражданин вправе лично участвовать в судебном заседании и излагать свою позицию, если психическое состояние позволяет ему адекватно воспринимать происходящее в суде и его присутствие там не создает опасности для его жизни либо здоровья или для жизни и здоровья окружающих.

Дело слушается с участием прокурора, представителя стационара и представителя гражданина. При необходимости суд может вызвать

в судебное заседание иных лиц. Если у гражданина нет представителя, суд назначает ему адвоката. Статья 55 КАС РФ требует, чтобы представитель обязательно имел высшее юридическое образование.

По результатам рассмотрения выносится решение суда об удовлетворении заявления о недобровольной госпитализации или о его отклонении. Это решение можно обжаловать в апелляционном порядке в течение 10 дней.

Статья 30 Закона о психиатрической помощи предусматривает меры обеспечения безопасности при ее оказании и определяет осуществление стационарной помощи в наименее ограничительных условиях, которые способны обеспечить безопасность самого пациента и других лиц. Меры физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации применяются только в тех случаях, формах и на тот период времени, когда иными методами невозможно предотвратить действия больного, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц. Полиция обязана оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольной госпитализации и обеспечивать безопасные условия для доступа к госпитализируемому и его осмотра.

Пребывание пациента в стационаре в порядке недобровольной госпитализации продолжается только на время сохранения оснований, по которым она произведена. Ее сроки заранее не устанавливаются, но она осуществляется под медицинским и судебным контролем. В течение 6 мес комиссионное врачебное освидетельствование проводится не реже 1 раза в месяц. При продлении госпитализации свыше 6 мес оно проводится не реже 1 раза в 6 мес. По истечении первых 6 мес врачебное заключение о необходимости продления направляется администрацией стационара в суд. Судья выносит решение о продлении либо об отказе в нем. В дальнейшем решение о продлении принимается судьей ежегодно.