

Предмет и задачи психиатрии,
организация психиатрической
помощи. Основные положения
Закона РФ
«О психиатрической помощи и
гарантиях прав граждан при ее
оказании»

Педиатрический факультет

Психиатрия (от греч. *psyche* — «душа» и *iatreia* — «лечение») — это наука о распознавании и лечении психических болезней.

(В. Гризингер в 1845г.)

“Наша душа есть не что иное, как совокупность всего нами внутренне переживаемого наших представлений, чувствований и хотений, слагающихся в одно общее целое в нашем сознании”

(Wundt)

Душа есть организованная совокупность психофизических реакций, обусловленных внешними и внутренними раздражителями.

(В. П. Осипов, 1921).

Основные задачи психиатрии:

- **диагностика и лечение** психических расстройств;
- **реабилитация** больных;
- **профилактика** психических заболеваний, пропаганда здорового образа жизни и эффективных методов преодоления стресса;
- **научные исследования** фундаментальных закономерностей возникновения и течения психических болезней для разработки новых методов лечения и профилактики;
- **предотвращение социально опасных поступков** психически больного;
- **социальная поддержка** больного и его семьи, защита прав больных, формирование гуманного отношения общества к душевнобольному;
- **экспертиза** (военная, трудовая, судебная) для решения важных социальных вопросов.

Психическое здоровье – состояние психического и эмоционального благополучия, в котором индивид может использовать свои когнитивные и эмоциональные способности, функционировать в социуме и реализовывать свои потребности.

Психическое расстройство – нарушение психических функций, которое приводит к *дезадаптации* человека.



В основе психических заболеваний лежит нарушение функций высшей нервной деятельности.

Практически все психические заболевания представляют собой нарушение работы головного мозга, его дисфункцию.

Этапы развития психиатрии как медицинской науки

- I) Донаучный период - примитивно-теологическое понимание психических расстройств
- II) Эпоха античной медицины - первые шаги в изучении психических расстройств и организации помощи больным
- III) С 15-16 вв в Европе создание заведений, куда принудительно помещались душевнобольные (Бедлам в Лондоне, Сальпетриер – в Париже и пр.). Основные методы «лечения» - цепи и плеть.
- IV) Реформа Ф. Пинеля (1798) - отмена насилия в отношении психически больных
- V) Эпоха нозологической психиатрии (Э. Крепелин, 1898)
- VI) «Психофармакологическая революция» (с 60ых гг XX века), «постнозологический», «неосиндромальный» этап

Филипп Пинель



(1745-1826)

Париж

1798 - Сальпетриер

Реформа психиатрической помощи

— отмена насилия в отношении душевнобольных.

Превращение убежищ для психически больных из учреждений

тюремных в учреждения медицинские.

Введение принципа нестеснения.

Эмиль Крепелин



(1856-1926)

**Тюбинген, Дерпт,
Мюнхен**

Создание
нозологической
классификации
психических болезней.
Дихотомическое деление
эндогенных психических
болезней: раннее
слабоумие -
маниакально-
депрессивный
психоз.

Сергей Сергеевич Корсаков



(1854-1900)

Москва

1889 - описание алкогольного полиневрита, протекающего с амнестически-парамнестическими расстройствами (болезнь и синдром

Корсакова).

Разработка классификации психических заболеваний.

Петр Борисович Ганнушкин



(1885-1933)

Москва

1933 Разработка
критериев
психопатий,
создание концепции
статики и
динамики психопатий.

Андрей Владимирович Снежневский



(1904 – 1987)

Москва

Мультидисциплинарный
подход к изучению
шизофрении.
Типы течения
шизофрении.

Основной законодательный акт в области психиатрии на территории РФ –

ФЗ РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»

принят в июле 1992г., с 1 января 1993г. вступил в действие.

Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (1992г.) направлен на решение следующих основных задач:

- 1) защиту прав граждан при оказании психиатрической помощи от необоснованного вмешательства в их жизнь;
- 2) защиту лиц, страдающих психическими расстройствами, от необоснованной дискриминации в обществе на основании психиатрического диагноза, а также фактов обращения за психиатрической помощью;
- 3) защиту общества от возможных опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами;
- 4) защиту врачей, медицинского персонала и иных специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи, предоставление им льгот как работникам, действующим в особо опасных, тяжелых условиях труда, а также обеспечение независимости врача-психиатра при принятии решений.

Лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на:

- уважительное и гуманное отношение, исключаящее унижение человеческого достоинства;
- получение информации о своих правах, а также в доступной для них форме и с учетом их психического состояния о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения;
- психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства;
- содержание в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения;
- все виды лечения (в том числе санаторно-курортное) 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 киносъемки**; приглашение по их требованию любого специалиста;
- помощь адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном законом.

Особенности организации психиатрической помощи в РФ

- Многообразие организационных форм
- Обслуживание больных осуществляется по территориальному принципу
- Возможность выбрать для пациента организационную форму психиатрической помощи, наиболее соответствующую его состоянию,
- Преемственность в лечении
- Психиатрическая помощь в настоящее время осуществляется вне систем обязательного и добровольного медицинского страхования

Структура психиатрической службы

- Психиатрические стационары
- Психоневрологические диспансеры
- Дневные стационары
- Психиатрические отделения и кабинеты в общесоматической сети
- Детские и подростковые отделения
- Психоневрологические интернаты
- Дома-интернаты для детей с умственной отсталостью
- Вспомогательные школы, школы-интернаты и дошкольные учреждения для умственно отсталых детей
- Специализированные школы-интернаты для детей с речевыми расстройствами
- Общеобразовательные школы и профессиональные училища для детей и подростков с девиантным поведением
- Коррекционные школы

С 1975г. в отдельную структуру выделена наркологическая служба, располагающая сетью внебольничных и стационарных учреждений.

Ст.9. Сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи. Сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечении в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья **являются врачебной тайной, охраняемой законом.**

Разглашение врачебной тайны преследуется законом.

Виды психиатрической помощи

- **Психиатрическое освидетельствование**
- **Амбулаторная** (психоневрологические диспансеры (ПНД), наркологические диспансеры, кабинеты психоневролога при поликлинике, специализированные кабинеты на предприятиях)
- **Стационарная** (психиатрические больницы общего типа для взрослых и детей, наркологические больницы, дневные стационары, санаторные отделения для лечения неврозов, психосоматические отделения общей больницы, стационары специализированного типа для проведения принудительного лечения по решению суда)

Порядок оказания психиатрической помощи:

- **Добровольная**
- **Недобровольная** (по основаниям, предусмотренным статьями 23(4), 24, 25, 29 Закона)
- **Принудительная** (по основаниям, предусмотренным УК РФ)

При добровольном обращении

Психиатрическая помощь оказывается после получения письменного согласия.

Несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет или больному наркоманией несовершеннолетнему в возрасте до 16 лет психиатрическая помощь оказывается при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство одного из родителей или иного **законного представителя**, а лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, психиатрическая помощь оказывается при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство его законного представителя в порядке, установленном настоящим Законом.

Виды амбулаторной помощи:

регламентируются статьей 26 раздела IV, включают:

- **Консультативная помощь**
- **Диспансерное наблюдение**

Консультативная помощь

оказывается при самостоятельном обращении лица, страдающего психическим заболеванием, по его просьбе или с его согласия, а в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет или больному наркоманией несовершеннолетнему в возрасте до 16 лет – по просьбе или с согласия его законных представителей.

Этот вид помощи включает в себя общий принцип **добровольности** обращения за психиатрической помощью (самостоятельное решение причин и поводов для обращения к врачу, частоту и время контактов, следование врачебным рекомендациям).

Всегда оформляется письменное согласие больного на лечение, содержащее в себе информацию о препаратах.

Может осуществляться от единичного осмотра до постоянного контакта с врачом.

Диспансерное наблюдение

устанавливается за лицом, страдающим **хроническим** (шизофрения, эпилепсия), **затяжным** (реактивная депрессия) психическим расстройством с **тяжелыми** (выраженное слабоумие, умственная отсталость) **стойкими** или **часто обостряющимися** болезненными проявлениями.

Решение о наблюдении или о его прекращении принимается клинико-экспертной комиссией, назначаемой администрацией лечебного учреждения.

В данном виде наблюдения выделяется категория больных, склонных к общественно-опасным деяниям - **активное диспансерное наблюдение (АДН)** обязаны посещать лечебное учреждение ежемесячно, строго соблюдая срок 4 недели, независимо от желания. Если врач сомневается в состоянии больного, он может назначать явку через 10 дней.

ДН могут посещать врача в зависимости от установленного именно врачом режима.

Группы динамического диспансерного наблюдения

- «Д-1» - больные с частыми госпитализациями - от одного до 4-5 и более раз в год
- «Д-2» - амбулаторное купирование обострений и декомпенсаций - относят больных с декомпенсациями и обострениями психических расстройств, которые можно купировать в амбулаторных условиях
- «Д-3» - группа профилактического лечения, включаются больные со стабилизированными состояниями, в том числе с терапевтическими и спонтанными ремиссиями
- «Д-4» - больные, нуждающиеся в решении неотложных задач по социально-трудовой реабилитации: намеченные для направления в лечебно-трудовые мастерские, для перевода со второй на третью группу инвалидности и дальнейшего трудоустройства, больные с нестойкой социально-трудовой адаптацией, нуждающиеся в улучшении жилищных условий, решении семейных проблем и пр.
- "Д-5» - группа нуждающихся в эпизодическом или контрольном наблюдении больных, находящихся в состоянии ремиссии или компенсации с хорошей социально-трудовой адаптацией, которые, однако, в связи с тяжестью перенесенных расстройств не могут быть на данном этапе переведены в группу КЛП. Нуждается в ежегодном контрольном наблюдении для проверки стойкости достигнутого улучшения и социальной адаптации. Ежегодно пересматривается с целью определения пациентов, подлежащих переводу в группу КЛП.

Виды диспансеризации

Консультативное наблюдение устанавливается над пациентами с непсихотическим уровнем расстройств. На визит к врачу больной приходит сам, когда сочтет это необходимым.

Динамическое диспансерное наблюдение устанавливается за больными с психотическим уровнем расстройств.

- Время очередного осмотра определяет участковый психиатр.
- Группа динамического наблюдения определяет частоту осмотров больного врачом (от раза в неделю до раза в год).
- Наблюдение называется динамическим, поскольку в зависимости от состояния пациента он переходит из одной группы в другую.
- Больные, находящиеся на диспансерном наблюдении, обычно признаются непригодными к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности (вождение машины, владение оружием, медицина и пр).
- Стойкая ремиссия на протяжении 5 лет с полной редукцией психотических проявлений и социальной адаптацией дают основание для **снятия с учета**.

Госпитализация в психиатрическую больницу обоснована в случае:

- **отказа больного от лечения** (при наличии условий, описанных в ст. 29 Закона о психиатрической помощи)
- **наличия у больного опасных для него и окружающих психотических переживаний**
- **необходимости проведения лечения, которое невозможно осуществить амбулаторно**
- **назначения судом стационарной судебно-психиатрической экспертизы**
- **назначения судом принудительного лечения** (больные, совершившие особо тяжкие преступления, могут помещаться в специализированные ПБ с усиленным наблюдением).
- **беспомощности больного при отсутствии родных, способных осуществлять за ним уход.** В этом случае в дальнейшем показано оформление больного в психоневрологический интернат (ПНИ).

Отказ от госпитализации

гражданин, страдающий психическим расстройством, или его законный представитель вправе отказаться от предлагаемой психиатрической помощи за исключением установленных законодательством случаев.

Недобровольное оказание психиатрической помощи

(в виде освидетельствования, взятия под диспансерное наблюдение или госпитализации) осуществляется по основаниям, предусмотренным ст. 23, 24, 25, 29 если больной:

- a) непосредственно опасен для себя или окружающих
- b) беспомощен
- c) Состояние значительно ухудшается без псих. помощи

Недобровольная госпитализация

осуществляется по основаниям, предусмотренным ст. 29 Закона «О психиатрической помощи...» если больной:

- a) непосредственно опасен для себя или окружающих
- b) беспомощен
- c) будет оставлен без псих. Помощи его состояние значительно ухудшиться

После помещения больного в стационар недобровольно, он подлежит обязательному освидетельствованию комиссией врачей психиатров в течение 48 часов. Затем заключение комиссии врачей психиатров доставляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения. Это заключение рассматривается судом в течение 5 суток с момента принятия.

Статья 31. Освидетельствование несовершеннолетних и лиц, признанных недееспособными, помещенных в психиатрический стационар по просьбе или с согласия их законных представителей

(1) Несовершеннолетний в возрасте до пятнадцати лет или больной наркоманией несовершеннолетний в возрасте до шестнадцати лет, госпитализированные в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, по просьбе или с согласия одного из родителей или иного законного представителя, подлежат обязательному психиатрическому освидетельствованию комиссией врачей-психиатров такой медицинской организации в порядке, установленном частью первой статьи 32 настоящего Закона. В течение первых шести месяцев несовершеннолетний подлежит психиатрическому освидетельствованию комиссией врачей-психиатров не реже одного раза в месяц для решения вопроса о продлении госпитализации. При продлении госпитализации свыше шести месяцев психиатрические освидетельствования комиссией врачей-психиатров проводятся не реже одного раза в шесть месяцев.

(2) В случае обнаружения комиссией врачей-психиатров или руководителем медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, злоупотреблений, допущенных при госпитализации законным представителем несовершеннолетнего, указанного в части первой настоящей статьи, руководитель медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, извещает об этом орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного.

Принято выделять следующие виды наблюдения за больным в стационаре (режим) :

- **Строгое**
- **Усиленное**
- **Общее**

Статья 40. Выписка из психиатрического стационара

- Выписка пациента производится в случаях выздоровления, улучшения его психического состояния, при котором не требуется дальнейшего стационарного лечения, завершения обследования или экспертизы, явившихся основаниями для госпитализации.
- Выписка пациента, добровольно находящегося в психиатрическом стационаре, производится по его личному заявлению, заявлению его законного представителя или по решению лечащего врача.
- Выписка пациента, госпитализированного в недобровольном порядке, производится по заключению комиссии врачей - психиатров или постановлению судьи об отказе в продлении такой госпитализации.
- Выписка пациента, к которому по решению суда применены принудительные меры медицинского характера, производится только по решению суда.