

**Проблемы психических заболеваний в
современном обществе.
Организация психиатрической помощи.
Этические и правовые аспекты.
Сестринский процесс при психических
заболеваниях**

Доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии

к.м.н. О.В. Поплавская

Психиатрия (от греч. *psyche* – «душа» и *iatreia* – «лечение») – отрасль клинической медицины о распознавании и лечении психических болезней, организации психиатрической помощи.

Психология - (от др.-греч. *psyche* – «душа»; *logos* - «учение») - научная дисциплина, изучающая закономерности возникновения, развития и функционирования психики и психической деятельности человека и групп людей.

Распространенность психических расстройств

- Распространенность психозов в общей популяции приблизительно 3%
- Пограничных состояний 10-15%
- Приблизительно 50% пациентов поликлиник и 80% находящихся в многопрофильных стационарах нуждаются в психолого-психиатрической помощи.

Этапы развития психиатрии как медицинской науки

- **Донаучный период** - примитивно-теологическое понимание психических расстройств: патологическое поведение рассматривалось как результат влияния злых духов, и для того чтобы вылечить человека, следовало вынудить духов оставить его тело.
- **Эпоха античной медицины** - первые шаги в изучении психических расстройств и организации помощи больным. Гиппократ считал, что психическое расстройство - форма заболевания мозга, имеет своей причиной дисгармонию четырех животных гуморов (жидкостей), циркулирующих в человеческом теле: желтой желчи, черной желчи, крови и слизи (флегмы). Например, избыток желтой желчи вызывает безумную радость; избыток черной желчи является источником постоянной печали (меланхолия — черная желчь (гр.)).
- С XV-XVI вв. в Европе создаются заведения, куда принудительно помещались душевнобольные (Бедлам в Лондоне, Сальпетриер – в Париже и пр.). Основные методы «лечения» - цепи и плеть.
- **Научный период.** Реформа Ф. Пинеля (1798) - отмена насилия в отношении больных. Эскироль пишет первое научное руководство по психиатрии «О душевных болезнях», участвует в создании первого закона о душевнобольных (1838 г.).
- **Эпоха нозологической психиатрии** (Э. Крепелин, 1898)
- **«Психофармакологическая революция»** (с 60ых гг XX века), «постнозологический», «неосиндромальный» этап

Основные задачи психиатрии:

- **диагностика и лечение** психических расстройств;
- **реабилитация** больных;
- **профилактика** психических заболеваний;
- **научные исследования** в области психического здоровья;
- **предотвращение социально опасных поступков** больного с психическим расстройством;
- **социальная поддержка** больного и его семьи, **защита прав** больных;
- **экспертиза** (военная, трудовая, судебная) для решения важных социальных вопросов.

В основе организации психиатрической помощи в РФ лежат три основных принципа:

- **Дифференцированность** помощи больным психическими болезнями отражена в создании: отделений для больных с острыми психотическими или пограничными состояниями, с возрастными психозами, детские, подростковые, дома для инвалидов (психиатрические интернаты) для хронических больных, интернаты и школы для умственно отсталых детей и подростков.
- **Ступенчатость** выражается в наличии максимально приближенных к населению внебольничной, полустационарной и стационарной помощи. Внебольничная ступень включает психоневрологические диспансеры, диспансерные отделения больниц, психиатрические, психотерапевтические и наркологические кабинеты при поликлиниках, МСЧ, а также лечебно-производственные, трудовые мастерские. В полустационарную ступень входят дневные стационары, в штатном отношении принадлежащие психоневрологическим диспансерам; в стационарную - психиатрические больницы и психиатрические отделения в других больницах.
- **Преимственность** психиатрической помощи обеспечивается тесной функциональной связью психиатрических учреждений разных ступеней, что регламентируется положениями и инструкциями МЗ РФ. Это позволяет осуществлять непрерывное наблюдение за больным и его лечение при переходе из одного лечебного учреждения в другое.

Особенности организации психиатрической помощи в РФ

- Обслуживание больных осуществляется по территориальному принципу
- Многообразии организационных форм дает возможность выбрать для пациента наиболее соответствующую его состоянию
- Преемственность в лечении
- Психиатрическая помощь в настоящее время осуществляется вне систем обязательного и добровольного медицинского страхования (федеральное финансирование)

Структура психиатрической службы

- Психиатрические стационары
- Психоневрологические диспансеры
- Учреждения полустационарного профиля
- Психиатрические отделения и кабинеты в общесоматической сети
- Лечебно-производственные мастерские
- 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.

Человек с расстройствами психики не всегда ответственен за свои слова, поступки и действия. В силу своего психического состояния он может быть тяжелым в быту, семье, трудовом коллективе, больнице, других общественных местах.

Поэтому медсестра должна, прежде всего, руководствоваться юридическим правом, нравственными принципами медицинской этики и деонтологии, проявлять сочувствие, понимание человеческих чувств, обладать выдержкой, самоконтролем, высоким самосознанием, осуществлять контроль, над своими эмоциями и чувствами, подчиняя их профессиональному долгу.

Психическое расстройство может влиять на поведение человека, становиться причиной опасных поступков.

По этой причине в законодательстве предусматривается возможность **ограничения свободы** в связи с душевным заболеванием.

Однако **недоверие к больным с психическими расстройствами неоднократно становилось причиной их дискриминации**, ограничение свободы использовалось в немедицинских, политических и корыстных целях, что явилось причиной для создания закона, регулирующего оказание психиатрической помощи.

Основной закон в области психиатрии на территории РФ – **ЗАКОН 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» (далее Закон) решает следующие задачи:

- **защита прав граждан** при оказании психиатрической помощи от необоснованного вмешательства в их жизнь;
- **защита лиц, с психическими расстройствами**, от необоснованной дискриминации в обществе на основании психиатрического диагноза, а также фактов обращения за психиатрической помощью;
- **защита общества** от возможных опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами;
- **защита 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.

Статья 3 пункт 2.

Иностранные граждане и лица без гражданства, находящиеся на территории РФ, при оказании им психиатрической помощи пользуются всеми правами, установленными Законом, наравне с гражданами РФ.

Статья 4. Добровольность обращения за психиатрической помощью

Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица и при наличии его информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, за исключением случаев, предусмотренных Законом..

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. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, осуществляет данное право в случае, если такое лицо по своему состоянию не способно отказаться от медицинского вмешательства.

Статья 5. 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 любого специалиста, адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном законом.

Статья 6. Ограничение выполнения отдельных видов профессиональной деятельности.

Гражданин может быть временно (на срок не более 5 лет и с правом последующего переосвидетельствования) быть признанным непригодным, в следствие психического расстройства, к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности

Статья 8. Запрещение требования сведений о состоянии психического здоровья

При реализации гражданином своих прав и свобод требования предоставления сведений о состоянии его психического здоровья либо обследования его врачом-психиатром допускаются лишь в случаях, установленных законами Российской Федерации.

Статья 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

- 1. 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.
- 2. Амбулаторная** (психоневрологические диспансеры - ПНД, наркологические диспансеры, кабинеты при ЦРБ или поликлинике, ДН, АДН, АПНЛ – активное принудительное наблюдение и лечение).
- 3. Стационарная** (психиатрические больницы общего типа для взрослых и детей, наркологические больницы, дневные стационары, стационары специализированного типа для проведения принудительного лечения по решению суда)
- 4. Неотложная психиатрическая помощь**

Порядок оказания психиатрической помощи:

- 1. Добровольный** – подписано согласие
- 2. Недобровольный** (по основаниям, предусмотренным статьями 23, 24, 25, 29 Закона)
 - Пациент опасен для себя и/или окружающих
 - Пациент беспомощен
 - Есть существенный вред здоровью пациента, вследствие ухудшения психического состояния
- 3. Принудительный** (в отношении лиц совершивших преступление, по основаниям, предусмотренным УК РФ)

Психиатрическое освидетельствование

Проводится для определения: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, для решения вопроса о виде психиатрической помощи.

Врач проводящий психиатрическое освидетельствование обязан представится как психиатр, за исключением ситуаций когда:

1. Пациент опасен для себя и/или окружающих
2. Пациент беспомощен
3. Есть существенный вред здоровью пациента, вследствие ухудшения психического состояния

Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя, если обследуемый находится под диспансерным наблюдением.

Психиатрическое освидетельствование (ПО)

лица без его согласия

Решение о ПО лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром по заявлению, содержащему сведения о наличии оснований для такого освидетельствования.

Заявление может быть подано родственниками лица, подлежащего ПО, врачом любой медицинской специальности, должностными лицами и иными гражданами.

В неотложных случаях, когда по полученным сведениям лицо представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, заявление может быть устным. Решение о ПО принимается врачом-психиатром немедленно и оформляется записью в медицинской документации.

При отсутствии непосредственной опасности лица для себя или окружающих заявление о ПО должно быть письменным, содержать подробные сведения, обосновывающие необходимость такого освидетельствования и указание на отказ лица либо его законного представителя от обращения к врачу-психиатру. Врач-психиатр вправе запросить дополнительные сведения, необходимые для принятия решения. Установив, что в заявлении отсутствуют данные, свидетельствующие о наличии обстоятельств, предусмотренных пунктами "б" и "в" части четвертой статьи 23 настоящего Закона, врач-психиатр в письменном виде, мотивированно отказывается в ПО.

Установив обоснованность заявления о ПО лица без его согласия или без согласия его законного представителя, врач-психиатр направляет в суд по месту жительства лица свое письменное мотивированное заключение о необходимости ПО, а также заявление об освидетельствовании и другие имеющиеся материалы. Судья решает вопрос о даче санкции в трехдневный срок с момента получения всех материалов. Действия судьи могут быть обжалованы в суд в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ

В отношении лица, страдающего психическим расстройством, в амбулаторных условиях осуществляются профилактика, диагностика, лечение, медицинская реабилитация и диспансерное наблюдение в зависимости от медицинских показаний.

ВИДЫ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ:

регламентируются статьей 26 – 27 Закона

- **ПРИ ДОБРОВОЛЬНОМ ОБРАЩЕНИИ** оказывается при самостоятельном обращении с согласия пациента (пациент **самостоятельно выбирает** частоту и время контактов с врачом, следование врачебным рекомендациям).
- **ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ** может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями. (чаще одной госпитализации в год). Посещают врача **по установленному врачом графику**.
- **АДН – активное диспансерное наблюдение и АПНЛ – амбулаторное принудительное наблюдение и лечение**

Группы диспансерного наблюдения

- **«Д-1» - больные с частыми госпитализациями** - от одного до 4-5 и более раз в год (посещает врача 1 раз в неделю)
- **«Д-2» - амбулаторное купирование обострений и декомпенсаций** - относят больных с декомпенсациями и обострениями психических расстройств, которые можно купировать в амбулаторных условиях (посещает 1 раз в месяц)
- **«Д-3» - группа профилактического лечения**, включаются больные со стабилизированными состояниями, в том числе с терапевтическими и спонтанными ремиссиями (посещает 1 раз в 3 месяца)
- **«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 (посещает 1 раз в полгода).
- **"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 консультативной помощи (посещает 1 раз в год).

Госпитализация в психиатрическую больницу обоснована в случае:

- **отказа больного от лечения** (при наличии оснований для недобровольной госпитализации)
- **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

Лицо, обратившееся за психиатрической помощью (либо его законный представитель) имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения (за исключением установленных законодательством случаев)

- а) Пациент опасен для себя и/или окружающих**
- б) Пациент беспомощен**
- с) Есть существенный вред здоровью пациента, вследствие ухудшения психического состояния**

Лечение может проводиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя только при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодексом Российской Федерации, а также при недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона. В этих случаях, кроме неотложных, лечение применяется по решению **комиссии врачей-психиатров.**

Недобровольное оказание психиатрической ПОМОЩИ

(в виде освидетельствования, взятия под диспансерное наблюдение или госпитализации) осуществляется по основаниям, если больной:

- а) непосредственно опасен для себя или окружающих**
- б) беспомощен**
- с) состояние значительно ухудшается без психиатрической помощи**

- После помещения больного в стационар недобровольно, **в течение 48 часов**, он подлежит обязательному освидетельствованию комиссией из 3-х врачей психиатров (чаще это лечащий врач, заведующий отделением, заместитель главного врача по медицинской части) которые должны прийти единогласно к решению о необходимости недобровольной госпитализации.
- Затем в течение суток заключение комиссии врачей психиатров доставляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения.
- Это заключение рассматривается судом в течение 5 суток с момента принятия документа.

Виды наблюдения за больным (режим) в психиатрическом стационаре :

- **Строгое** для больных с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой, определяющей их поведение (наблюдательная палата, круглосуточный пост)
- **Усиленное** для больных с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой, не определяющей их поведение (не могут выходить из отделения, но свободно перемещаются внутри отделения)
- **Общее** – свободный выход

Федеральный закон РФ от 2 июля 1992 г. N 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании". Статья 30

(1) Психиатрическая помощь в стационарных условиях оказывается с наименьшими ограничениями, обеспечивающими безопасность госпитализированного лица и других лиц, при соблюдении медицинскими работниками его прав и законных интересов.

(2) Меры физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации и пребывании в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, применяются только в тех случаях, формах и на тот период времени, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц, и осуществляются при постоянном контроле медицинских работников. О формах и времени применения мер физического стеснения или изоляции делается запись в медицинской документации.

В отдельных случаях фиксация при оказании медицинской помощи необходима и неизбежна :

- когда неуправляемость больного достигает опасных масштабов, а медикаментозное лечение, временная изоляция и словесные убеждения неэффективны
- когда агрессия мешает лечению - чтобы эффективно выполнить все манипуляции по лечению и уходу



Статья 40. Выписка из психиатрического стационара

- Выписка производится в случаях выздоровления, улучшения 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.

Методы исследования в психиатрии

- **Основной метод – клинический** - беседа с пациентом (сбор жалоб, субъективного и объективного анамнеза жизни и болезни) и **наблюдение** за его поведением;

- **Параклинические методы:**

Визуализационные методы – КТ, МРТ, ПЭТ КТ – показывают структурные нарушения головного мозга, характерные для органических поражений.

ЭЭГ (диагностика эпилепсии)

Психологическое исследование (выявляет нарушение психических функций), нейропсихологическое обследование

Лабораторные и инструментальные методы исследования для дифференциальной диагностики с соматическими заболеваниями

Экспертизы в психиатрии

- Трудовая
- Военная
- Судебно-психиатрическая

Длительность нетрудоспособности при психических расстройствах

- Временная утрата трудоспособности – возможно оформление листка нетрудоспособности сроком до 10 месяцев
- При стойком снижении или утрате трудоспособности – определяется группа инвалидности

Критерии определения инвалидности

- нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеванием, последствиями травм или дефектами
- ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата лицом способности и возможностей осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью)
- необходимость осуществления мер социальной защиты гражданина.

1-я группа инвалидности

- социальная недостаточность, требующая социальной защиты и помощи вследствие нарушения здоровья со стойким значительно выраженным расстройством функций организма
- не только не могут работать, но нуждаются в уходе или надзоре.

2-я группа инвалидности

- стойко выраженное расстройство функций организма, которое приводит к невозможности работать, либо обучаться
- пациенты могут работать лишь в специализированных условиях – в лечебно-производственных мастерских.

3-я группа инвалидности

- пациент не может работать по специальности, либо на прежнем месте работы и должен перейти на нижеоплачиваемую работу

Индивидуальная программа реабилитации

- в случае признания лица инвалидом должна быть разработана в месячный срок
- направляется в органы социальной защиты населения

Инвалидность без срока переосвидетельствования

устанавливается при невозможности устранения или уменьшения социальной недостаточности инвалида вследствие длительного ограничения его жизнедеятельности (при сроках наблюдения не менее 5 лет), вызванного нарушениями здоровья со стойкими необратимыми морфологическими изменениями и нарушениями функций органов и систем организма, а также неэффективности реабилитационных мероприятий, что приводит к необходимости долговременной (постоянной) социальной защиты

Военно-врачебная экспертиза

проводится в целях комплектования и медицинского обеспечения Вооруженных сил РФ в соответствии с законодательством РФ

Функции военно-врачебной комиссии

- медицинский аспект (формирование клинико-экспертного диагноза)
- юридический аспект (определение категории годности к военной службе)
- социальный аспект (определение причинной связи увечий, заболеваний у военнослужащих)

Категории годности к службе в армии

- А – годен к военной службе
- Б – годен с незначительными ограничениями
- В – ограниченно годен к военной службе
- Г – временно не годен
- Д – не годен к военной службе

Категория годности к военной службе А **(годен к военной службе)**

заболевания отсутствуют или имеются отдельные хронические заболевания или физические недостатки при отсутствии их обострений в течение нескольких лет (без нарушения или с незначительным нарушением функций органов и систем)

Категория годности к военной службе Б (годен с незначительными ограничениями)

имеются хронические заболевания или физические недостатки с редкими (не более 1 раза в год) обострениями или с незначительными нарушениями функций органов и систем, не ограничивающие способность исполнять обязанности военной службы, но не годные к военной службе в Воздушно-десантных войсках, морской пехоте, плавсоставе и по отдельным военно-учетным специальностям

Категория годности к военной службе В (ограниченно годен к военной службе)

устойчивое состояние нарушения жизнедеятельности вследствие болезни или увечья, ограничивающее способность исполнять обязанности военной службы без ущерба для здоровья

Категория годности к военной службе Г (временно не годен)

утрачена способность исполнять обязанности военной службы в течение ограниченного промежутка времени вследствие заболевания или увечья (с нарушением функций органов и систем обратимого характера)

Категория годности к военной службе Д (не годен к военной службе)

состояние нарушения жизнедеятельности вследствие болезни или увечья привело к стойкой утрате способности исполнять обязанности военной службы

Психические расстройства, ограничивающие годность к службе в армии

- ст. 14 – психотические и непсихотические психические расстройства вследствие поражения головного мозга
- ст. 15 – эндогенные психозы
- ст. 16 – симптоматические психозы и другие психические расстройства экзогенной этиологии
- ст. 17 – реактивные психозы и невротические расстройства
- ст. 18 – расстройства личности
- ст. 19 – алкоголизм, наркомании, токсикомании
- ст. 20 – умственная отсталость
- ст. 21 – эпилепсия

Судебно-психиатрическая экспертиза

проводится по постановлению следователя, прокурора, органа дознания, определению военного трибунала (суда) и по определению (постановлению), вынесенному единолично судьей по делу частного обвинения или в порядке досудебной подготовки гражданского дела

Задачи судебно-психиатрической экспертизы

- Определение психического состояния и заключение о **вменяемости** подозреваемых и подсудимых; заключение о необходимости применения медицинских мер в отношении лиц, признанных **невменяемыми** или заболевших психической болезнью после совершения преступления.
- Определение психического состояния свидетелей и потерпевших; заключение о способности обследуемых правильно воспринимать, запоминать и воспроизводить обстоятельства, имеющие значение для дела, в случаях, когда у органов следствия или суда возникают сомнения в психической полноценности указанных лиц.
- Определение психического состояния истцов, ответчиков, а также лиц, в отношении которых решается вопрос об их **дееспособности**.

Виды судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ)

- Амбулаторная СПЭ:
 - очная СПЭ
 - заочная СПЭ
- Стационарная СПЭ
- Посмертная СПЭ

Невменяемость

не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики

Медицинский критерий невменяемости

- хроническое душевное заболевание – шизофрения, старческое слабоумие, пресенильные психозы, прогрессивный паралич и др.
- временное расстройство психической деятельности (транзиторные психотические расстройства, отмечавшиеся в момент совершения противоправных действий) – алкогольные психозы, реактивные психозы, симптоматические психозы, пароксизмальные расстройства
- слабоумие
- иное болезненное состояние (как правило, расстройства личности, при которых отсутствует психотическая основа, но имеются качественные отличия от нормы) – психопатии, психический инфантилизм

Юридический критерий невменяемости

- интеллектуальный признак (невозможность отдавать себе отчет в своих действиях)
- волевой признак (невозможность руководить своими действиями)

Опека

- назначение специального лица или нескольких лиц для защиты прав и интересов психически больного, признанного недееспособным

Медицинский критерий недееспособности

- Наличие психического расстройства

Юридический критерий недееспособности

- неспособность понимать значение своих действий
- неспособность руководить своими действиями

Классификация психических расстройств (МКБ-10)

- F 00 – F 09 Органические и симптоматические психические расстройства
- F10 – F19 Психические и поведенческие нарушения вследствие употребления психоактивных веществ
- F 20 – F 29 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства
- F 30 – F 39 Аффективные расстройства
- F 40 – F 49 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства
- F 50 – F 59 Поведенческие нарушения, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами
- F 60 – F 69 Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых
- F 70 – F 79 Умственная отсталость
- F 80 – F 89 Нарушения психологического развития
- F 90 – F 99 Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте

Прогноз психических расстройств зависит от:

- преморбида
- генеалогического фона
- возраста
- пола
- предшествующих и сопутствующих заболеваний
- терапии
- средовых факторов

Этические аспекты психиатрии

- Профессиональная этика в психиатрии — часть медицинской этики, учитывающая специфику оказания психиатрической помощи.
- Необходимость осознания этических принципов и норм психиатрической деятельности определяется возрастающими возможностями воздействия на психику человека, сопряженными с риском причинения вреда от психиатрического вмешательства, и возрастающей мерой нравственной ответственности медика перед пациентом и обществом.

Основные задачи психиатрической этики:

1. Повышение терпимости общества к лицам с психическими отклонениями.
2. Ограничение сферы принуждения при оказании психиатрической помощи до пределов, определяемых медицинской необходимостью (что служит гарантией соблюдения прав человека).
3. Установление оптимальных взаимоотношений между медицинским работником и пациентом, способствующих реализации интересов больного с учетом конкретной клинической ситуации.
4. Достижение баланса интересов больного и общества на основе ценности здоровья, жизни, безопасности и благополучия граждан.

Кодекс профессиональной этики психиатра был принят в 1994 г.

Кодекс составлен с учетом этических стандартов, принятых Международным профессиональным сообществом.

В Кодексе закреплены основные этические принципы, нормы и правила. К числу базисных этических принципов относятся:

- **принцип автономии** — уважение к личности пациента, признание права на самостоятельность и свободу выбора;
- **принцип непричинения вреда** — предполагает не наносить ущерба пациенту не только прямо, намеренно, но и косвенно;
- **принцип благодеяния** — заключается в обязанности медицинского персонала действовать в интересах пациента;
- **принцип справедливости** — касается прежде всего распределения ресурсов здравоохранения

Этические принципы являются основой для более конкретных этических норм:

- **правдивость** — предполагает обязанность и медика, и пациента говорить правду;
- **приватность** — подразумевает недопустимость вторжения в сферу личной (частной) жизни без согласия пациента, сохранение за пациентом права на личную жизнь даже в условиях, стесняющих его свободу;
- **конфиденциальность** — предполагает, что информация, полученная медицинским работником в результате обследования, не может быть передана другим лицам без разрешения пациента;
- **компетентность** — предполагает обязанность медицинского работника в полной мере овладеть специальными знаниями.

Проводниками этических принципов и норм служат профессионально-этические стандарты оказания психиатрической помощи.

Они помогают в решении практически важных проблем:

- необходимо ли в данный момент психиатрическое вмешательство, в каких условиях (амбулаторно или стационарно)
- в каком объеме и какой форме сообщить пациенту информацию о его здоровье, как оценить способности пациента к принятию самостоятельных решений о лечении и т. п.

В российском Кодексе профессиональной этики психиатра подчеркивается, что опасность пренебрежения требованием уважения моральной автономии личности, ее прав и законных интересов существует и в учебном процессе.

- Привлечение пациента в качестве объекта учебного процесса ограничивает действие этической нормы конфиденциальности. Обязательным является добровольное согласие больного на такое привлечение.
- **Преподаватели и студенты, озабоченные решением задач учебного процесса, должны найти время и место для слов благодарности пациенту за его согласие.**
- Моральным оправданием участия пациента в учебном процессе, кроме его добровольного согласия, будут следующие факторы:
 1. минимальное использование сведений, составляющих врачебную тайну
 2. такт и деликатность преподавателя
 3. **профессионально ответственная позиция студентов**