

Межрегиональная общественная организация содействия развитию
общественного сектора в области психиатрии
«Общество – права человека и психическое здоровье»

Общественный Совет по вопросам психического здоровья при
Главном внештатном специалисте-психиатре Минздравсоцразвития РФ

Московское областное общество психиатров и психиатров-наркологов

Государственный научный центр
социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского

Научный центр психического здоровья РАМН

«ОТ ПРАВОВОГО ИНФОРМИРОВАНИЯ К ПСИХИЧЕСКОМУ ЗДОРОВЬЮ»

Организационно-методическое пособие
для профессионалов, работающих в сфере
психического здоровья,
и пользователей психиатрической помощи

Москва – 2009

УДК 616.89
ББК 56.14
О 80

Авторы:

докт. мед. наук, профессор В.С. Ястребов (общая редакция),
канд. мед. наук Г.А. Фастовцов
(составление, обобщение, анализ, научная редакция),
канд. мед. наук С.В. Данилова, канд. мед. наук А.А. Григоров,
канд. мед. наук Д.А. Малкин, канд. мед. наук Д.Н. Корзун.

От правового информирования к психическому здоровью. Организационно-методическое пособие для профессионалов, работающих в сфере психического здоровья. / под редакцией проф. В.С. Ястребова. – М.: Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2009. – 120 с.

ISBN 978-5-9977-0002-7

В пособии представлены организационно-методические аспекты проекта «От правового информирования к психическому здоровью», предназначенного для улучшения качества психиатрической помощи путем повышения квалификации работников психиатрических служб по вопросам психиатрического законодательства и медицинской этики, повышения информированности психически больных и их родственников в области правовых и этических аспектов психиатрической помощи. Пособие включает психообразовательные программы для профессионалов и потребителей психиатрической помощи. Представлены данные практических семинаров по обучению врачей-психиатров методическим, правовым аспектам при работе с пациентами и их родственниками. Пособие предназначено для специалистов, занимающихся правовыми и практическими вопросами организации психиатрической службы, а также пользователей психиатрической помощи.

ISBN 978-5-9977-0002-7

© Коллектив авторов, 2009
© МОО «Общество – права человека
и психическое здоровье», 2009

Пособие издано при поддержке фармацевтической компании
ЭЛИ ЛИЛЛИ ВОСТОК С.А.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	4
Приветствие Главного психиатра Московской области	6
Основная характеристика проекта «От правового информирования к психическому здоровью»	9
Лекции	12
Практические семинары	94
Заключение	111
Приложения	114

ПРЕДИСЛОВИЕ

Введение в практику работы психиатрических учреждений правовых и этических документов потребовало в 90-е гг. реформирования психиатрической службы, изменения многих форм работы не только психиатрических учреждений, но и лиц, в них работающих. Важным изменением в российской психиатрии этого периода было активное развитие общественных форм помощи, заинтересованное участие в них самих больных, их родственников, профессионалов, волонтеров и других лиц, которые внесли существенный вклад в общую систему помощи.

Стало очевидным, что все эти участники нуждаются в специальных образовательных программах, посвященных правовым и этическим аспектам психиатрической помощи, действующим законодательным актам, которые защищают права и интересы лиц с психическими расстройствами, регламентируют деятельность учреждений и лиц, участвующих в оказании психиатрической помощи.

Несмотря на большое количество специальных публикаций, публичных выступлений, посвященных практике применения действующего закона о психиатрической помощи и кодекса профессиональной этики психиатра, целевых программ, конференций по правовым и этическим аспектам психиатрической помощи, в которых бы принимали представители различных специальностей в психиатрии, сами пользователи психиатрической помощи, до сих пор не проводилось. Между тем, практика применения действующего закона о психиатрической помощи и многих дополнений к нему показывает, что существует необходимость в повышении информированности в области психиатрического законодательства как специалистов службы, так и потребителей психиатрической помощи.

Восполнение этого пробела и является одной из задач совместного проекта Межрегиональной общественной организации «Общество – права человека и психическое здоровье», Общественного совета по вопросам психического здоровья и Центральной Московской областной клинической психиатрической больницы в виде Образовательной программы «От правового информирования к психическому здоровью».

Как следует из аннотации этого проекта, в него включен цикл лекций и семинаров, в проведении которых принимают участие известные

психиатры, юристы, философы, по его итогам планируется проведение Круглого стола с вручением сертификатов участникам программы, а также проведение тематической конференции с изданием ее материалов. В рамках проекта планируется также создание Консультативного центра, основной задачей которого является оказание всем нуждающимся лицам консультативной помощи по правовым и этическим вопросам психиатрической помощи. Продолжительность данной программы 12 месяцев.

Предложенная программа является первым в отечественной психиатрии тематическим циклом повышения квалификации не только для специалистов системы психиатрической помощи, но и тех, кто эту помощь получает. Хотелось бы выразить надежду, что программа найдет отклик среди тех и других и будет способствовать дальнейшему повышению качества психиатрической помощи, объединению усилий представителей государственной системы психиатрической помощи и зарождающегося в нашей стране общественного сектора психиатрии.

Как руководитель программы, хочу выразить признательность всем исполнителям проекта, известным психиатрам и юристам, другим специалистам, представителям общественных объединений в психиатрии, которые решили принять участие в ее реализации. Особую признательность хочу выразить руководству, коллективу Московской областной психиатрической службы, Московского областного общества психиатров и наркологов, лично главному психиатру области и главному врачу Московской областной клинической психиатрической больницы В.И. Поддубному, которые сразу же оценили важность предложенной программы и создали все необходимые условия для её проведения. Хочу подчеркнуть, что в наши дни, когда бывшие традиции меценатства и благотворительной помощи отечественной психиатрии находятся лишь в стадии возрождения, особым вкладом в выполнение программы является ее поддержка фармацевтической компанией Эли Лилли Восток С.А.

В заключение позвольте выразить всем участникам и исполнителям программы успеха в совместной работе.

Профессор В.С. Ястребов

Приветствие участникам и исполнителям проекта

Главного психиатра Московской области,
Заслуженного врача РФ В.И. Поддубного

Уважаемые коллеги!

Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», принятый Верховным Советом Российской Федерации в 1992 году, является основным правовым документом для врачей-психиатров и других психиатрических работников нашей области. Это большой коллектив. В Московской области с населением около 7 млн. чел. функционируют 28 психиатрических больниц и 10 психоневрологических диспансеров. В каждом из 78 территориальных образований есть районный (или городской) психиатрический кабинет. Помощь больным оказывают более 700 врачей-психиатров и психиатров-наркологов. На территории области работают также несколько крупных загородных психиатрических больниц города Москвы и сеть психоневрологических интернатов для детей и для взрослых. Поэтому очень важно, чтобы помощь больным оказывалась в едином правовом пространстве, основой которого вот уже 17 лет служит Закон «О психиатрической помощи».

Защита законных прав и интересов душевнобольных в Московской области всегда находилась в центре внимания специалистов. Психиатрические работники старшего поколения хорошо помнят деятельность А.И. Рудякова, более сорока лет (с 1948 по 1991 год) возглавлявшего филиал областной юридической консультации, которая работала при Главном психиатре Московской области, в Центральной Московской областной клинической психиатрической больнице. Без преувеличения можно сказать, что этот выдающийся юрист заложил основы правовой помощи психически больным в нашей стране. Он разработал проект первых нормативных документов, определяющих показания к такой недобровольной госпитализации в психиатрические больницы, порядок ее осуществления и ответственность за необоснованное стационарирование. Эта Инструкция, согласованная с МВД СССР, Генеральной Прокуратурой, Верховным судом СССР, была утверждена Минздравом СССР (1961 и 1971 годы). Она явилась серьезным инструментом работы по предупреждению общественно опасных действий психически больных. Конт-

роль ее соблюдения в Московской области позволил почти на 25% сократить количество общественно опасных деяний, совершаемых психически больными.

Своей работой А.И. Рудяков пробудил у врачей-психиатров интерес к правовым сторонам оказания психиатрической помощи. Написанное им руководство «Практика применения законодательства РСФСР в отношении психически больных», публикация которого была осуществлена оргметодотделом Центральной Московской областной клинической психиатрической больницы, привлекла внимание психиатров не только нашей области. Книга выдержала два издания и разошлась по всему Советскому Союзу.

Со времени принятия Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» работа психиатров получила твердую правовую основу. Нашей главной задачей стало овладение нормами психиатрического законодательства и ведомственными нормативными документами, чтобы не допускать нарушений прав и интересов больных, с одной стороны, и гарантировать соблюдение прав граждан – с другой. Вскоре после выхода указанного закона, в 1995 году была проведена проверка знаний врачей в этой области с выдачей соответствующего сертификата. В последующие годы потребность совершенствования знания в области правовых и этических норм оказания психиатрической помощи нарастала. За это время накопилось много вопросов и у пользователей психиатрической помощи (пациентов, их родственников и друзей), и у специалистов, оказывающих такую помощь, появилось много вопросов по его применению. Принято много новых правовых актов. Не все из них известны не только пациентам и их родным, но и врачам-психиатрам. Ряд новых документов плохо корреспондируют между собой и принятыми ранее актами. Все это создает значительные трудности в нахождении правильного правового разрешения возникающих вопросов. Вместе с тем накопился и определенный опыт их решения. Постоянная текущая работа по информированию врачей, проводимая организационно-методическим консультативным отделом ЦМОКПБ, с одной стороны, и Московским областным обществом психиатров и психиатров-наркологов (через «Московскую областную психиатрическую газету»), с другой стороны, является, несомненно, плодотворной, но мы ясно осознавали, что не доставало систематических знаний в обла-

ти права и этики в психиатрии. Поэтому мы с таким энтузиазмом встретили предложение Межрегиональной общественной организации «Общество – права человека и психическое здоровье», Общественного совета по вопросам психического здоровья реализовать на базе Центральной Московской областной клинической психиатрической больницы проект специальной образовательной программы «От правового информирования к психическому здоровью».

Проведение систематизированного цикла лекций и семинаров с участием известных психиатров, юристов, философов (с вручением слушателям сертификатов), обсуждение его итогов на Круглом столе, а также проведение тематической конференции с изданием ее материалов существенно поднимет уровень знаний и врачей-психиатров, и пользователей психиатрических служб. Это весомая помощь практической психиатрии в реализации крайне сложной и деликатной работы по обеспечению юридических и этических гарантий соблюдения прав человека в процессе оказания психиатрической помощи.

Мы надеемся, что в рамках данного проекта будет реализован план создания Консультативного центра, основной задачей которого является оказание всем нуждающимся лицам консультативной помощи по правовым и этическим вопросам психиатрической помощи.

Предложенная программа является первым в отечественной психиатрии тематическим циклом повышения квалификации не только для специалистов системы психиатрической помощи, но и тех, кто эту помощь получает, и мы выражаем удовлетворение тем, что психиатрическая служба Московской области оказалась пионером в ее реализации.

Хочется особо отметить большую поддержку выполнения программы со стороны фармацевтической компании Эли Лилли Восток С.А. В заключение позвольте выразить всем участникам и исполнителям программы пожелания успеха в этой важной и ответственной работе.

Основная характеристика проекта «ОТ ПРАВОВОГО ИНФОРМИРОВАНИЯ К ПСИХИЧЕСКОМУ ЗДОРОВЬЮ»

Исполнители: Межрегиональная общественная организация «Общество – права человека и психическое здоровье», Общественный совет по вопросам психического здоровья, Центральная Московская областная клиническая психиатрическая больница, ученые и специалисты Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, Научного Центра Психического Здоровья, родственники пациентов психиатрических служб.

Актуальность. Законодательное регулирование системы психиатрической помощи в России имеет сравнительно недавнюю историю. Введенный с 1 января 1993 года в действие Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» предусматривает законодательное регулирование этой помощи, соблюдение предусмотренных Конституцией РФ прав и свобод лиц, которые эту помощь получают. В это же время Российским обществом психиатров был утвержден «Кодекс профессиональной этики психиатра», в котором декларируется необходимость соблюдения нравственных и этических норм при оказании психиатрической помощи в отношении между специалистами, оказывающими эту помощь, и их пациентами. Введение в практику работы психиатрических учреждений правовых и этических документов потребовало от всех категорий работников необходимых знаний и подготовки, строгого соблюдения правовых и этических стандартов психиатрической помощи. Вскоре стало очевидным, что пользователи психиатрической помощи (лица с психическими расстройствами и члены их семей) также нуждаются в информировании по правовым и этическим вопросам психиатрической помощи; они должны знать порядок обращения за этой помощью, ее гарантированный объем, условия ее оказания, а также свои права и интересы, которые защищены соответствующими законодательными актами.

Основными задачами проекта являлись привлечение внимания общества к актуальным проблемам российской психиатрии и ее пациентам, к проблеме охраны психического здоровья нации; осуществление деятельности, направленной на содействие защиты прав душевно боль-

ных граждан и их семей, повышение грамотности профессионалов и пользователей в области правовых аспектов психиатрической помощи; разработка и содействие реализации программ общественной поддержки и защиты пациентов психиатрических служб и членов их семей; участие в развитии общественного сектора среди профессионалов в области психического здоровья и потребителей психиатрической помощи.

Основными направлениями деятельности проекта были психообразовательные программы для профессионалов и потребителей психиатрической помощи; выпуск научно-популярной литературы по актуальным проблемам клинической и социальной психиатрии, правового и этического регулирования психиатрической помощи; социально-правовая поддержка психически больных и членов их семей; проведение конференций, круглых столов для специалистов по вопросам правового регулирования деятельности психиатрических учреждений.

Сроки и этапы реализации проекта – 11 месяцев:

Декабрь 2008–февраль 2009 г.: Разработка плана лекций и семинаров для специалистов психиатрических учреждений Московской области и пользователей психиатрической помощи, формирование исполнительского коллектива, договоренность с ведущими специалистами о чтении лекций и проведении семинаров, распределение обязанностей между исполнителями-координаторами программы. Определение состава участников проекта, подготовка базы и материально-техническое оснащение проекта. Создание и рассылка администрациям психиатрических учреждений Московской области рекламных буклетов, извещающих о создании координационной службы для правовой консультативной поддержки учреждений, оказывающих психиатрическую помощь.

Март–май 2009 г.: Чтение лекций, проведение семинаров для специалистов психиатрических учреждений Московской области, оказывающих психиатрическую и психокоррекционную помощь, а также пользователей психиатрической помощи. Подготовка пособия для специалистов по вопросам правового консультирования при оказании психиатрической помощи. Проведение Круглого стола по вопросам «Правовые проблемы при оказании психиатрической помощи». Опрос участников программы о качестве ее проведения, сбор мнений и предложений по ее совершенствованию. Создание базы данных о правовых проблемах в области психиатрии.

Июнь–сентябрь 2009 г.: Обобщение опыта правового консультирования. Подготовка научно-популярной литературы, иных методических материалов. Обработка результатов опроса участников программы.

Октябрь–ноябрь 2009 г.: Проведение заключительных мероприятий проекта: организация для психиатров Московской области научно-практической конференции по правовым и этическим вопросам психиатрической помощи, публикация материалов этой конференции. Завершение комплектации популярных и методических материалов. Составление сводного отчета.

Эффективность: реализация проекта позволит улучшить качество психиатрической помощи на основе повышения уровня правовой информированности специалистов, пользователей психиатрической помощи, а также повышения уровня правовой и социальной защищенности психически больных, членов их семей. Новые подходы к взаимодействию врачей-психиатров с пользователями психиатрической помощи и их родственниками, смена модели взаимодействия врач-пациент с жесткой патерналистской на мягкую партнерскую будут способствовать ресоциализации лиц с психическими расстройствами и снижению числа совершаемых ими общественно опасных действий.

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ»

Лекция 1.

**Правовые гарантии прав граждан,
страдающих психическими расстройствами**
канд. юрид. наук, советник юстиции *Аргунова Ю.Н.*

Цель лекции: повысить уровень информированности работников психиатрических служб высшего звена в вопросах правовых гарантий соблюдения прав граждан, страдающих психическими расстройствами, ориентировать слушателей на внедрение полученных знаний на практике.

Целевая группа: главные врачи психиатрических учреждений, заместители главных врачей по лечебной работе, врачи-психиатры, потребители психиатрической помощи.

План лекции:

1. *Какими правами обладают лица, страдающие психическими расстройствами? В каких случаях и на основании какого акта они могут быть ограничены?* Государство гарантирует равенство прав и свобод человека и гражданина независимо от каких бы то ни было обстоятельств. Лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами, предусмотренными Конституцией РФ и федеральными законами. Государство устанавливает для них меры социальной поддержки: социально-бытовую помощь и содействие в трудоустройстве; решение вопросов опеки, консультации по правовым вопросам и другие виды юридической помощи в психиатрических и психоневрологических учреждениях; общеобразовательное и профессиональное обучение несовершеннолетних и инвалидов с психическими расстройствами; социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними.

Ограничение прав и свобод граждан, в том числе связанное с наличием психического расстройства, допустимо лишь в случаях, предусмотренных федеральными законами (а не законами субъектов Федерации, постановлениями Правительства или ведомственными положениями и инструкциями), и только в той мере, в какой это необходимо в

целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства.

Ограничение прав и свобод лиц с психическими расстройствами только на основе психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением, в психиатрическом стационаре либо в психоневрологическом учреждении для социального обеспечения или специального обучения не допускается (ст. 5 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»). Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний (ст. 17 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан). Лица, виновные в нарушении этих положений, несут установленную законом ответственность.

2. *Какова роль международно-правовых документов при защите прав лиц с психическими расстройствами? Как обеспечивается их исполнение?* Международным договорам, вступившим в силу для России, принадлежит первостепенная роль в сфере защиты прав и свобод граждан, в том числе страдающих психическими расстройствами.

Согласно ч. 4 ст. 15 Конституции РФ общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации являются составной частью ее правовой системы. Если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные законом, то применяются правила международного договора. Это означает, что, во-первых, решения органов власти, органов местного самоуправления, должностных лиц и процедура их принятия не должны противоречить положениям международных договоров и, во-вторых, нормы международного договора (конвенции, пакта, соглашения и т.д.) органами власти, включая суды, могут применяться напрямую, если по условиям договора для их применения не требуется издания внутригосударственных актов.

Общие фундаментальные права, распространяющиеся на всех граждан, зафиксированы в принятых ООН Всеобщей декларации прав человека (1948 г.), Международном пакте о гражданских и политических правах, Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах, (1966 г.), а также в Факультативном протоколе к Международному пакту о гражданских и политических правах (1966), предос-

ставляющем гражданам право направлять в Комитет по правам человека сообщения о том, что их права, содержащиеся в Пакте, были государством нарушены. Рассмотрение таких сообщений может завершиться направлением уведомления соответствующему государству, которое в течение шести месяцев обязано представить Комитету письменное объяснение или разъясняющее заявление.

Кроме того, на лиц, страдающих психическими расстройствами, распространяется ряд специализированных документов ООН: Декларация о правах умственно отсталых лиц (1971 г.), Декларация о правах инвалидов (1975 г.), Свод принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме (1988 г.), а также Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи, утвержденные Генеральной Ассамблеей ООН 17 декабря 1991 г.

Принципы ООН представляют собой максимально полный перечень требований к обеспечению прав лиц с психическими расстройствами. И хотя данный документ не является международным договором и носит лишь рекомендательный характер, он имеет исключительно важное значение при разработке внутригосударственного законодательства о психиатрической помощи, правах пациентов, по вопросам признания больного недееспособным; при определении соответствия законодательных актов и практики их применения международным стандартам.

Одним из положений Принципа I является недопущение какой-либо дискриминации на основании психического заболевания. Дискриминация согласно документу означает «любое отличие, исключение или предпочтение, следствием которого является отмена или затруднение равного пользования правами». Специальные меры, принимаемые исключительно с целью защиты прав или улучшения положения психически больных лиц, не считаются дискриминационными. Дискриминация не включает в себя любое отличие, исключение или предпочтение, осуществляемое в соответствии с настоящими Принципами и необходимое для защиты прав человека психически больного лица или других лиц.

На основе Принципов ООН Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разработала Инструкцию по содействию реализации прав человека для лиц, страдающих психическими расстройствами, которая может быть использована при оценке степени защищенности прав дан-

ной категории лиц, а также состояния психиатрической службы в конкретной стране. В вопросах защиты прав лиц с психическими расстройствами следует использовать возможности независимых национальных учреждений и объединений граждан, осуществляющих защиту прав человека и основных свобод. Обеспечение и поддержка их создания и развития является обязанностью государства. Это правило закреплено в Декларации о праве и обязанности отдельных лиц, групп и органов общества поощрять и защищать общепризнанные права человека и основные свободы, принятой Генеральной Ассамблеей ООН в 1998 г.

Международно-правовыми актами, на которых можно основывать требования по защите прав и свобод российских граждан, страдающих теми или иными психическими расстройствами, либо граждан, не имеющих психических расстройств, но «соприкасавшихся» с психиатрической службой, служат документы не только на уровне ООН, но и в рамках Совета Европы. Вступив в Совет Европы, Россия ратифицировала в марте 1998 г. Европейскую Конвенцию о защите прав человека и основных свобод 1950 года, признав, таким образом, юрисдикцию Европейского суда по правам человека, к которому получили доступ российские граждане.

Европейский суд дает толкование оспариваемых в жалобах норм внутреннего законодательства страны, оценку правоприменительной практики, с точки зрения их соответствия Конвенции, и выносит постановления, содержащие предписания в адрес соответствующего государства в случае нарушения им требований Конвенции.

Право российских граждан обращаться с жалобами в Европейский суд по правам человека можно считать реальным и одним из наиболее эффективных механизмов защиты. Оно гарантировано ч. 3 ст. 46 Конституции РФ, устанавливающей право каждого в соответствии с международными договорами Российской Федерации обращаться в межгосударственные органы по защите прав и свобод человека, если исчерпаны все имеющиеся внутригосударственные средства правовой защиты.

Так, первое же дело, рассмотренное Европейским судом по жалобе гражданки из России, связанное с недобровольной госпитализацией в психиатрический стационар («Ракевич против Российской Федерации», Страсбург, 28 октября 2003 г.) было заявительницей выиграно. Суд обязал Правительство России выплатить ей 3 тыс. ЕВРО в качестве компен-

сации морального вреда. В своем постановлении Европейский суд помимо констатации имевших место нарушений, допущенных российским судом при рассмотрении вопроса о госпитализации Ракевич в психиатрический стационар в недобровольном порядке, указал также на пробелы в российском законодательстве, влекущие ущемление прав пациента и подлежащие устранению.

Как отмечают специалисты в области международного права, по смыслу ст. 25-27 Конвенции, право подачи такой жалобы распространяется даже на тех лиц, страдающих психическими расстройствами, которые признаны недееспособными, что исключительно важно, т.к. по российскому законодательству недееспособный лишен права самостоятельно обращаться с жалобами в суд и другие государственные органы.

Практика Европейского суда показывает, что в европейских странах в отношении лиц с психическими расстройствами чаще других нарушаются: ст. 5 Конвенции (право на свободу и личную неприкосновенность), ст. 6 (право на справедливое и скорое судебное разбирательство), ст. 8 (право на уважение частной и семейной жизни) и ст. 3 (запрет пыток, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения). Выявляются нарушения и других статей Конвенции. Так, в решении по делу «Херцегфалви против Австрии» от 24 сентября 1992 г. было констатировано нарушение права заявителя на неприкосновенность переписки, а тем самым и его права на получение информации в период, когда он находился на принудительном лечении в психиатрическом стационаре. Европейский суд в этом случае применил ст. 10 Конвенции (свобода выражения мнений).

Важно иметь в виду, что п. «е» ч. 1 ст. 5 Конвенции (о праве на свободу и личную неприкосновенность) «законное задержание душевнобольных» относит к лишению свободы. 8 октября 1977 г. Парламентской ассамблеей Совета Европы были приняты Рекомендации 818 (1977) о ситуации с психическими заболеваниями, а 22 февраля 1983 г. Комитет министров Совета Европы принял специальные Рекомендации по правовой защите недобровольно госпитализированных лиц с психическими расстройствами (R(83) 2), в 1994 г. была принята Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе. И хотя государством-членом Совета Европы Россия стала много позже, указанные и другие последовавшие за ними документы должны приниматься во вни-

мание как в законотворческой, так и правоприменительной практике. Учитываться должны также Рекомендации по защите прав человека и достоинства лиц с психическими расстройствами (R(2004) 10). Как руководство к действию следует воспринимать принятую в 2005г. Европейскую декларацию по охране психического здоровья.

Для предупреждения и устранения нарушений прав российских граждан, в том числе страдающих психическими расстройствами, которые находятся на территории государств ближнего зарубежья, а также граждан государств ближнего зарубежья, оказавшихся на территории России, следует использовать возможности, которые открывает реализация положений многосторонних и двусторонних актов, заключенных в рамках СНГ.

Универсальный характер в сфере прав человека имеют Устав СНГ от 22 января 1993 г. и Конвенция СНГ о правах и основных свободах человека от 26 мая 1995 г. основополагающим документом Союза Беларуси и России является Устав от 23 мая 1997 г. В Конвенции СНГ о правах и основных свободах человека помимо перечня гражданских, политических и социально-экономических прав, перечисленных в ранее названных документах ООН, закреплены и гарантии, связанные с учетом особых условий СНГ: это касается, в частности, прав на социальное и медицинское обеспечение. Согласно ст. 15 в целях обеспечения эффективного осуществления права на охрану здоровья государства-участники СНГ обязуются предпринимать меры по устранению в максимально возможной степени причин ухудшения здоровья; по обеспечению консультативных услуг и учебной базы для укрепления здоровья и поощрения личной ответственности в вопросах здоровья и др. В целях эффективного осуществления права на социальную и медицинскую помощь государства «обязуются обеспечить, чтобы любое лицо, которое не имеет достаточных средств и не может добыть их своими усилиями или из других источников, в частности, за счет льгот в системе социального обеспечения, получало необходимую помощь, а в случае болезни – уход, необходимый в его состоянии» (ч. 2 ст. 16).

Особо оговариваются права физически и умственно нетрудоспособных лиц на восстановление трудоспособности, профессиональную подготовку и возвращение к общественной жизни (ст. 18, 28). С этой целью государства обязуются: а) принимать надлежащие меры по организации

учебных заведений, в т.ч., в случае необходимости, государственных или частных специализированных учреждений; б) принимать надлежащие меры по трудоустройству нетрудоспособных лиц, в т.ч. по созданию специализированных служб по трудоустройству, учреждений со специальными условиями труда, и меры по поощрению работодателей в приеме инвалидов на работу.

Специальным органом по наблюдению за выполнением Конвенции является Комиссия по правам человека СНГ со штаб-квартирой в Минске. Комиссия рассматривает как запросы государств участников Конвенции, так и индивидуальные и коллективные обращения любых лиц и неправительственных организаций по вопросам, связанным с нарушением прав человека любой из Сторон Конвенции. Критерии приемлемости жалоб аналогичны правилам Европейского суда по правам человека.

В частности, заявитель должен был исчерпать все доступные внутригосударственные средства правовой защиты и с этого момента не должно пройти более 6-ти месяцев. При рассмотрении вопроса Комиссия может, но не обязана заслушивать на своей сессии заявителя, обращение которого рассматривается, или его представителя. Решения Комиссии фиксируются в виде договоренностей, заключений и рекомендаций.

Право граждан государств-участников СНГ на бесплатную медицинскую помощь в необходимых объемах гарантировано Хартией социальных прав и гарантий граждан независимых государств от 29 октября 1994г. Такая помощь включает амбулаторно-поликлиническое обслуживание, в т.ч. визиты врача на дом, специализированное обслуживание в больницах, клиниках и вне стен этих учреждений. Государства Содружества, согласно ст. 33 Хартии, обеспечивают потребности населения в медикаментах и предметах ухода за больными, сохраняют льготный порядок обеспечения лекарственными средствами инвалидов и других категорий граждан в соответствии с национальным законодательством.

Другим важным международно-правовым актом Содружества является Конвенция СНГ о правовой помощи и правовых отношениях по гражданским, семейным и уголовным делам от 22 января 1993 г., именуемая часто Минской конвенцией. Минская конвенция гарантирует, что граждане каждой из Договаривающихся Сторон, а также лица, проживающие на ее территории, пользуются на территории всех других Договаривающихся Сторон в отношении своих личных и имущественных

прав такой же правовой защитой, как и собственные граждане данного государства. Они имеют право свободно и беспрепятственно обращаться в суды, прокуратуру и иные учреждения, к компетенции которых относятся гражданские, семейные и уголовные дела, могут выступать в них, подавать ходатайства, предъявлять иски и осуществлять иные процессуальные действия. При этом они пользуются бесплатной юридической помощью на тех же условиях, что и собственные граждане.

Государства СНГ, участвующие в Минской конвенции, оказывают друг другу правовую помощь путем выполнения процессуальных и иных действий (составление и пересылка документов, проведение экспертизы, допрос сторон, обвиняемых, свидетелей, признание и исполнение судебных решений по гражданским делам и др.). Свидетелю, потерпевшему, эксперту запрашиваемого государства возмещаются расходы, связанные с проездом и пребыванием в запрашивающем государстве, а также неполученная заработанная плата за дни отвлечения от работы; эксперт, в т.ч. и эксперт-психиатр, имеет также право на вознаграждение за проведение экспертизы.

Предусматривается, таким образом, возможность оказания правовой помощи в виде проведения экспертизы, а значит и судебно-психиатрической (СПЭ). Минская конвенция регламентирует лишь порядок вызова эксперта в учреждение юстиции запрашивающего государства и не устанавливает правовых оснований для проведения экспертизы в экспертном учреждении запрашиваемого государства. Так, документ специально не оговаривает возможности направления обвиняемого, например, по определению суда Украины на СПЭ в экспертное учреждение России.

Минская конвенция обязывает подписавшие ее государства СНГ по просьбе друг друга пересылать без перевода и бесплатно документы, касающиеся личных или имущественных прав и интересов граждан запрашиваемого государства и иных лиц, проживающих на его территории. К таким документам можно вполне отнести и медицинскую документацию, необходимую, например, при производстве СПЭ по уголовному или гражданскому делу, когда стало известно, что подэкспертный проходил ранее лечение на территории одного из государств СНГ. В этом случае учреждение юстиции, назначившее СПЭ, оформляет соответствующий запрос в учреждение юстиции запрашиваемого государства о

высылке необходимой документации. Документы, которые на территории одного из государств СНГ рассматриваются как официальные документы, пользуются на территории других государств СНГ доказательной силой официальных документов.

Правоохранительные органы на местах, а также граждане не достаточно знакомы до сих пор с положениями Минской конвенции, а некоторые вовсе не знают о ее существовании. Лица, в отношении которых назначена СПЭ, их представители, а также эксперты вправе, в случае необходимости, требовать от учреждений юстиции предоставления историй болезни и другой медицинской документации для производства СПЭ, ссылаясь на нормы данной Конвенции.

Среди гражданских правоотношений, регулируемых Минской конвенцией, важными для защиты прав лиц с психическими расстройствами являются вопросы дееспособности и опеки. Государства СНГ договорились, что дееспособность лица определяется законодательством того государства СНГ, гражданином которого оно является. Дееспособность лица без гражданства определяется по правилам страны, в которой он имеет постоянное место жительства. В случае же, если суду одного из государств станут известны основания для признания недееспособным проживающего на его территории лица, являющегося гражданином другого государства СНГ, он уведомляет об этом суд государства, гражданином которого данное лицо является. Если суд, получивший такое уведомление, в течение 3-х месяцев не начнет дело или не сообщит свое мнение, дело о признании лица недееспособным будет рассматривать суд того государства, на территории которого этот гражданин имеет место жительства. Решение о признании лица недееспособным направляется затем компетентному суду государства, гражданином которого это лицо является. Эти положения применяются соответственно и при восстановлении дееспособности лица.

Установление или отмена опеки, правоотношения между опекуном и подопечным регулируются по законодательству государства, гражданином которого является недееспособный. Важно иметь в виду, что опекуном лица, являющегося гражданином одного государства СНГ, может быть назначен гражданин другого государства СНГ, если он проживает на территории государства, где будет осуществляться опека. К Минской конвенции следует обратиться и в случае решения на межгосударствен-

ном уровне вопросов в сфере семейных правоотношений: применительно к условиям заключения брака, препятствиям к его заключению, признанию недействительным брака, заключенного с недееспособным, расторжению брака с лицом, признанным недееспособным.

Специальным международно-правовым актом, касающимся прав психически больных, совершивших на территории другого государства Содружества уголовно-наказуемые деяния в состоянии невменяемости, является Конвенция СНГ о передаче лиц, страдающих психическими расстройствами, для проведения принудительного лечения от 28 марта 1997 г.

Хотя Россия и выступала в качестве инициатора разработки и принятия Конвенции, ее ратификация нашей страной была произведена лишь в декабре 2000 г. В 2004 г. компетентным органом Российской Федерации по Конвенции была определена Генеральная прокуратура РФ.

Конвенция исходит из Принципа 7 упомянутых выше международных Принципов защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи, в соответствии с которым «при лечении в психиатрическом учреждении пациент имеет право во всех случаях, когда это возможно, проходить лечение вблизи от своего дома либо дома своих родственников или друзей и имеет право как можно скорее вернуться в свою общину».

Передача лица для прохождения принудления в то государство, гражданином которого он является или на территории которого постоянно проживает, осуществляется, если имеется вступившее в законную силу решение суда о применении принудительных мер медицинского характера к лицу, совершившему деяние, которое является уголовно-наказуемым по законодательству обоих государств. При этом принимающее государство должно располагать возможностью обеспечить необходимые лечение и меры безопасности. Получение согласия больного обязательно. В случае его неспособности к свободному волеизъявлению требуется согласие его законного представителя.

Заявление о своей заинтересованности в передаче вправе подать не только лицо, подлежащее принудлению, или его законный представитель, но и его близкие родственники. Заявление на территории России подается в Генеральную прокуратуру РФ, которая затем выступает с обращением в адрес компетентного органа другого государства СНГ.

Компетентный орган, в свою очередь, не позднее 40 дней принимает решение о согласии либо отказе в передаче (принятии) лица. О принятом решении в письменной форме сообщается больному или его законному представителю.

Инициатором передачи может быть как государство, судом которого вынесено решение о принудлении, так и государство, гражданином которого лицо является или на территории которого постоянно проживает.

Место, время и порядок передачи лица определяется по договоренности между Генеральной прокуратурой РФ и компетентным органом другого государства СНГ. Правительству РФ еще в 2004 г. было предписано определить порядок участия федеральных органов исполнительной власти в организации этого процесса. Однако соответствующего постановления до настоящего времени не принято, что, безусловно, тормозит механизм реализации положений Конвенции и негативно сказывается на возможности реализации психически больными своих прав. Отказ же в принятии заявления у граждан по причине отсутствия указанного нормативного акта следует расценивать как неправомерный. Такой отказ может быть обжалован в суде.

Важно иметь в виду, что решение об отмене или изменении принудительных мер медицинского характера с учетом изменения (улучшения) психического состояния лица вправе принять как суд государства, передавшего лицо для прохождения принудления, так и суд по месту прохождения такого лечения.

Лекция 2.

Права и интересы граждан с психическими расстройствами в сфере жилищного законодательства

канд. юрид. наук, советник юстиции *Аргунова Ю.Н.*

Цель лекции: повысить уровень информированности работников психиатрических служб высшего звена в вопросах прав и интересов граждан с психическими расстройствами в сфере жилищного законодательства, ориентировать слушателей на внедрение полученных знаний на практике.

Целевая группа: главные врачи психиатрических учреждений, заместители главных врачей по лечебной работе, врачи-психиатры, потребители психиатрической помощи.

План лекции:

1. *Какие права для лиц с психическими расстройствами предусмотрены жилищным законодательством?* Основными вопросами, касающимися прав психически больных в сфере жилищного законодательства, являются вопросы о признании граждан нуждающимися в жилых помещениях; о праве некоторых категорий психически больных на предоставление жилья вне очереди, а также сверх установленной нормы; о сохранении жилого помещения за больным, длительное время находящимся на лечении в психиатрическом стационаре или помещенным в психоневрологический интернат; о скидках по оплате жилья и коммунальных услуг и др. Указанные вопросы регулируются Жилищным кодексом РФ, введенным в действие с 1 марта 2005 г., другими федеральными законами, постановлениями Правительства РФ, законодательством субъектов РФ.

Лица, вставшие на учет как нуждающиеся в улучшении жилищных условий до 1 марта 2005 г., сохраняют право состоять на данном учете до получения ими жилых помещений по договору социального найма (п. 2 ст. 6 ФЗ «О введении в действие Жилищного кодекса Российской Федерации» от 29 декабря 2004 г. № 189-ФЗ). Эти граждане сохраняют свое право на первоочередное обеспечение жилым помещением, если они до 1 марта 2005 г. представили в уполномоченные органы исполнительной власти документы, подтверждающие это право, и на момент предоставления им жилья право на льготы сохраняют (ч. 2 ст. 4 Закона г. Москвы «Об обеспечении права жителей города Москвы на жилые помещения» от 14 июня 2006 г. № 29).

2. *Кто признается нуждающимся в жилом помещении? Каковы условия и порядок принятия граждан на жилищный учет?* Нуждающимися в жилых помещениях, предоставляемых по договорам социального найма, согласно п. 4 ч. 1 ст. 51 ЖК РФ признаются граждане, являющиеся нанимателями жилых помещений по договорам социального найма, членами семьи нанимателя жилого помещения по договору социального найма или собственниками жилых помещений, членами семьи собственника жилого помещения, проживающими в квартире,

занятой несколькими семьями, если в составе семьи имеется больной, страдающий тяжелой формой хронического заболевания, при которой совместное проживание с ним в одной квартире невозможно, и не имеющими иного жилого помещения, занимаемого по договору социального найма или принадлежащего на праве собственности.

Перечень тяжелых форм хронических заболеваний, при которых невозможно совместное проживание граждан в одной квартире, утвержден постановлением Правительства от 16 июня 2006 г. № 378. К таким заболеваниям Перечень относит хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями и эпилепсию с частыми припадками (коды заболеваний по МКБ-10: F 00-F 99 и G 40). Аналогичные критерии положены в основу установления диспансерного наблюдения в соответствии с ч. 1 ст. 27 Закона о психиатрической помощи.

Жилые помещения по договорам социального найма предоставляются гражданам, которые приняты на учет в качестве нуждающихся в жилых помещениях. Условием принятия на учет является признание гражданина органом местного самоуправления малоимущим в порядке, установленном законом субъекта РФ с учетом дохода, приходящегося на каждого члена семьи и стоимости имущества, находящегося в собственности членов семьи и подлежащего налогообложению (ч. 2 ст. 49 ЖК РФ). Так, согласно Закону г. Москвы «О порядке признания жителей города Москвы малоимущими в целях постановки их на учет в качестве нуждающихся в жилых помещениях» от 25 января 2006 г. № 7, малоимущими гражданами признаются жители Москвы, имущественная обеспеченность которых меньше стоимости общей площади жилого помещения, которую необходимо приобрести членам семьи для обеспечения по норме предоставления площади жилого помещения на одного человека.

Постановлением Правительства Москвы от 6 июня 2006 г. № 362-ПП утвержден Перечень документов, представляемых для признания жителей города Москвы малоимущими в целях постановки их на учет в качестве нуждающихся в жилых помещениях. В Перечень входят документы (справки), подтверждающие: 1) состав семьи, 2) постановку гражданина и совершеннолетних членов семьи на налоговый учет, 3) виды и размер доходов, 4) состав и стоимость имущества, подлежащего налогообложению.

Принятие на учет осуществляется органом местного самоуправления на основании заявления гражданина. Для принятия на учет недееспособного гражданина, необходимо заявление его опекуна.

С заявлением должны быть представлены документы, подтверждающие право гражданина состоять на учете в качестве нуждающегося в жилом помещении (ст. 52 ЖК РФ). Жилищный кодекс РФ не конкретизирует, какого рода документ должен подтверждать наличие у гражданина заболевания, содержащегося в Перечне (справка, медицинское заключение или другое), в каком порядке и кем он выдается (ПНД, психиатрическим стационаром) или может быть запрошен.

Согласно ст. 8 Закона г. Москвы «Об обеспечении права жителей города Москвы на жилые помещения» от 14 июня 2006 г. № 29, нуждающимися в жилых помещениях, предоставляемых по договору социального найма или безвозмездного пользования, признаются заявители, проживающие в коммунальной квартире, и в составе одной из семей имеется больной, страдающий тяжелой формой хронического заболевания, подтвержденного документами установленного образца, выдаваемыми клинико-экспертными комиссиями, при котором совместное проживание с ним в одной коммунальной квартире невозможно, независимо от учетной нормы площади жилого помещения.

Жители Москвы данной категории признаются нуждающимися в жилых помещениях, если они: 1) имеют гражданство Российской Федерации; 2) проживают в Москве по месту жительства на законных основаниях в общей сложности не менее 10 лет; 3) не совершали за 5 лет, предшествующих подаче заявления, действий, повлекших ухудшение жилищных условий, в результате которых они могут быть признаны нуждающимися в жилье; 4) признаны малоимущими в порядке, установленном законом Москвы (ст. 7 Закона).

Согласно Закону г. Москвы для признания граждан нуждающимися в жилых помещениях необходимо подать заявление по утвержденной правительством Москвы форме, которое подписывается всеми совершеннолетними членами семьи заявителя, желающими быть признанными нуждающимися в жилых помещениях. Данным заявлением гражданин и члены его семьи выражают свое согласие на проверку полноты и достоверности указанных ими сведений. Уполномоченные органы исполнительной власти г. Москвы в течение 30 рабочих дней со дня подачи

заявления рассматривают вопросы о признании заявителей нуждающимися в жилых помещениях и принятии их на учет на основании документов, представленных заявителем, а также документов, истребованных уполномоченными органами. Не позднее чем через 3 рабочих дня со дня принятия решения документ о приеме на учет (или об отказе в этом) выдается или направляется заявителю по почте. Решение об отказе в признании заявителя нуждающимся в жилых помещениях и принятии на учет может быть обжаловано в вышестоящих органах власти г. Москвы либо в судебном порядке.

К действиям, повлекшим ухудшение жилищных условий, относятся: 1) изменение порядка пользования жилыми помещениями путем совершения сделок; 2) обмен жилыми помещениями; 3) невыполнение условий договоров о пользовании жилыми помещениями, повлекшее выселение граждан в судебном порядке; 4) изменение состава семьи, в т.ч. в результате расторжения брака; 5) вселение в жилое помещение иных лиц (за исключением временных жильцов); 6) выдел доли собственниками жилых помещений; 7) отчуждение имеющегося в собственности граждан и членов их семей жилого помещения или частей жилого помещения (ч. 2 ст. 10 Закона г. Москвы).

Не реже одного раза в 5 лет уполномоченные органы проводят перерегистрацию граждан, включенных в список принятых на жилищный учет, без их участия путем истребования у соответствующих организаций и граждан документов в целях подтверждения в полном объеме условий и оснований для принятия граждан на жилищный учет.

3. Какие категории психически больных граждан имеют право на получение жилья вне очереди? По правилам ст. 57 ЖК РФ вне очереди жилые помещения по договорам социального найма предоставляются гражданам, страдающим тяжелыми формами хронических заболеваний, содержащихся в указанном выше Перечне, утвержденном постановлением Правительства РФ от 16 июня 2006 г. № 378. К ним относятся хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями и эпилепсия с частыми припадками (коды заболеваний по МКБ-10: F 00-F 99 и G 40). Такая же норма содержится и в названном выше Законе г. Москвы (п. 2 ч. 2 ст. 17).

Еще одну категорию граждан с психическими расстройствами, имеющих право на внеочередное обеспечение жилым помещением, в до-

полнение к Жилищному кодексу РФ предусматривает п. 10 ч. 1 ст. 12 Федерального закона «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов». К этой категории относятся граждане пожилого возраста и инвалиды, помещенные в стационарные учреждения социального обслуживания, в том числе ПНИ, и освободившие в связи с этим свои жилые помещения, в случае их отказа от услуг этих учреждений, если им не могут быть возвращены ранее занимаемые ими жилые помещения.

Это правило не получило, однако, закрепление в законодательстве субъектов РФ. Например, ст. 17 упоминавшегося выше Закона г. Москвы «Об обеспечении права жителей города Москвы на жилые помещения» от 14 июня 2006 г. № 29 внеочередное предоставление жилья таким гражданам не обеспечивает. Статья 26 указанного Закона предусматривает лишь, что гражданам пожилого возраста и инвалидам, проживающим в стационарных учреждениях социального обслуживания, в случае отказа от услуг этих учреждений, освободившим жилые помещения в связи с их помещением в стационарные учреждения социального обслуживания, если им не может быть возвращено ранее занимаемое ими жилое помещение, безвозмездно переданное городу, предоставляются жилые помещения по договору безвозмездного пользования. Договор безвозмездного пользования не является договором социального найма, максимальный срок его действия составляет 5 лет (ст. 27).

Следует в связи с этим напомнить, что согласно ч. 9 ст. 17 ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» инвалиды, проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания и желающие получить жилое помещение по договору социального найма, подлежат принятию на учет для улучшения жилищных условий независимо от размера занимаемой площади и обеспечиваются жилыми помещениями наравне с другими инвалидами.

4. Кто вправе рассчитывать на получение жилой площади сверх установленной нормы? В основу отнесения больных к категории граждан, имеющих право на жилое помещение сверх установленной нормы, положен тот же медицинский критерий, что и для признания больных нуждающимися в жилых помещениях, а также предоставления им права на получение жилья вне очереди. На основании ч. 2 ст. 58 ЖК РФ жилое помещение по договору социального найма может быть предоставлено общей площадью, превышающей норму предоставления на одного че-

ловека, но не более чем в 2 раза, если такое жилое помещение представляет собой одну комнату или однокомнатную квартиру, либо предназначено для вселения граждан, страдающих одной из тяжелых форм хронических заболеваний, включенных в указанный выше Перечень, утвержденный постановлением Правительства РФ от 16 июня 2006 г. № 378. В этот Перечень, как уже указывалось, входят хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями и эпилепсия с частыми припадками.

Аналогичную норму содержит Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» применительно, однако, лишь к тем гражданам с психическими расстройствами, которые признаны инвалидами. При этом Федеральный закон, так же как и ЖК РФ, изъясил из оборота понятие «дополнительная» жилая площадь. Согласно ч. 6 ст. 17 Федерального закона инвалидам может быть предоставлено жилое помещение по договору социального найма общей площадью, превышающей норму предоставления на одного человека (но не более чем в 2 раза), при условии, если они страдают тяжелыми формами хронических заболеваний, предусмотренных перечнем, устанавливаемым Правительством РФ. Таким действующим документом на сегодняшний день является Перечень заболеваний, дающих инвалидам, страдающим ими, право на дополнительную жилую площадь, утвержденный постановлением Правительства РФ от 21 декабря 2004 г. № 817. К указанным заболеваниям Перечень относит «психические заболевания, требующие обязательного диспансерного наблюдения». Этими заболеваниями, как уже отмечалось, и являются хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями (см. ч. 1 ст. 27 Закона «О психиатрической помощи»). Таким образом, характеристики психических расстройств, содержащихся в обоих перечнях (относящихся к ч. 2 ст. 58 ЖК РФ и ч. 6 ст. 17 указанного Федерального закона) по сути совпадают.

Настораживают, однако, некоторые изменения в редакции рассматриваемых норм в сравнении с прежним законодательством в контексте прав лиц с психическими расстройствами. Во-первых, если ЖК РСФСР и ст. 17 ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (в ред. до 1 января 2005 г.) предусматривали предоставление дополнительной жилой площади в качестве права граждан данной категории, то ЖК РФ и ст. 17 указанного Федерального закона (в ред. Федерального

закона от 29 декабря 2004 г. № 199-ФЗ) предусматривают отныне, что площадь, превышающая норму, этим гражданам может быть предоставлена. Это дает основание предполагать, что такая площадь может и не быть предоставлена, т.к. право гражданина ее получить (что подразумевало соответствующую обязанность органов власти дополнительно площадь предоставить) заменено правом (а не обязанностью) органов власти ее предоставить. Во-вторых, прежняя (до 1 января 2005 г.) редакция ст. 17 ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» устанавливала право инвалидов, страдающих заболеваниями, указанными в соответствующем Перечне, на дополнительную жилплощадь в виде отдельной комнаты. Упоминание же о ней в новом законодательстве отсутствует.

Правило об отдельной комнате присутствует только в законодательстве субъектов РФ. Так, согласно ч. 5 ст. 20 Закона г. Москвы «Об обеспечении права жителей города Москвы на жилые помещения» семьям, в составе которых имеются больные, страдающие тяжелыми формами некоторых хронических заболеваний, перечень которых установлен федеральным законодательством, предоставляются жилые помещения, позволяющие выделить в пользование таким лицам отдельное изолированное жилое помещение в квартире. При этом указывается, что удовлетворению не подлежат требования о предоставлении дополнительной площади, если эти лица обеспечены отдельным изолированным жилым помещением в квартире.

5. Имеют ли лица с психическими расстройствами, признанные малоимущими и нуждающимися в жилых помещениях, право на освободившееся помещение в коммунальной квартире? Это право предусмотрено ч. 1 ст. 59 ЖК РФ. В соответствии с этой нормой освободившееся жилое помещение в коммунальной квартире, в которой проживают несколько нанимателей и (или) собственников, на основании их заявления предоставляется по договору социального найма проживающим в этой квартире нанимателям и (или) собственникам, если они на момент освобождения жилого помещения признаны или могут быть признаны малоимущими и нуждающимися в жилых помещениях.

6. Какие правила, касающиеся лиц с психическими расстройствами, должны соблюдаться при обмене жилыми помещениями? Наниматель жилого помещения по договору социального найма с согласия в

письменной форме наймодателя и проживающих совместно с ним членов его семьи, в т.ч. временно отсутствующих членов его семьи (находящихся, например, на стационарном лечении), вправе осуществить обмен занимаемого ими жилого помещения на жилое помещение, предоставленное по договору социального найма другому нанимателю.

Согласно ч. 4 ст. 72 ЖК РФ обмен жилыми помещениями, которые предоставлены по договорам социального найма и в которых проживают недееспособные граждане, являющиеся членами семей нанимателей данных жилых помещений, допускается с предварительного согласия органов опеки и попечительства. Органы опеки и попечительства отказывают в даче согласия в случае, если такой обмен нарушает права и законные интересы недееспособных. Решение органов опеки о даче согласия на обмен или об отказе в даче согласия принимается в письменной форме и предоставляется заявителям в течение 14 рабочих дней со дня подачи ими заявлений.

К членам семьи нанимателя жилого помещения по договору социального найма ст. 69 ЖК РФ относит проживающих совместно с нанимателем его супруга, детей и родителей. Другие родственники, нетрудоспособные иждивенцы признаются членами его семьи, если они вселены нанимателем в качестве членов его семьи и ведут с ним общее хозяйство. В исключительных случаях иные лица могут быть признаны членами семьи нанимателя в судебном порядке. Члены семьи нанимателя должны быть указаны в договоре социального найма жилого помещения.

Обмен жилыми помещениями между нанимателями жилых помещений по договорам социального найма не допускается, если в результате обмена в коммунальную квартиру вселяется гражданин, страдающий хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями или эпилепсией с частыми припадками (п. 6 ст. 73 ЖК РФ). Обмен, совершенный с нарушением требований, предусмотренных ЖК РФ, может быть признан судом недействительным. Граждане подлежат переселению в ранее занимаемые ими жилые помещения. Если обмен признан недействительным вследствие неправомерных действий одной из сторон договора об обмене, виновная сторона обязана возместить другой стороне возникшие в результате этого убытки (ст. 75 ЖК РФ).

7. Какой орган призван гарантировать соблюдение прав недееспособного при отчуждении жилого помещения? Этот вопрос регламентирован Гражданским кодексом РФ. Отчуждение жилого помещения, как и иного имущества, возможно лишь при условии, если гражданин является его собственником (а не нанимателем), т.е. лицом, правомочным распоряжаться принадлежащим ему жильем. Отчуждение жилого помещения, представляющее собой передачу его в собственность другого лица, возможно путем купли-продажи или дарения.

В соответствии с п. 4 ст. 292 ГК РФ (в ред. Федерального закона от 30 декабря 2004 г. № 213 ФЗ, вступившего в силу с 1 января 2005 г.) отчуждение жилого помещения, в котором проживают находящиеся под опекой члены семьи собственника данного жилого помещения, если при этом затрагиваются права или охраняемые законом интересы указанных лиц, допускается с согласия органа опеки и попечительства. Следует, однако, обратить внимание на то обстоятельство, что указанная норма в нынешней своей редакции снизила степень защиты прав недееспособных при отчуждении жилья, хотя, на первый взгляд, это кажется и не столь заметным. В прежней (ныне утратившей силу) редакции п. 4 ст. 292 ГК РФ (в ред. Федерального закона от 15 мая 2001 г. № 54-ФЗ) вместо слов: «находящиеся под опекой члены семьи» прямо указывалось: «недееспособные члены семьи». Произшедшая подмена терминов привела к тому, что из сферы действия этой нормы «выпали» психически больные лица, признанные судом недееспособными, опекун которым еще не назначен в отведенный для этого органами опеки и попечительства месячный срок. Подобный шаг законодателя трудно назвать осмысленным.

Образовавшаяся лазейка в законодательстве по существу позволяет недобросовестным родственникам сразу после вступления в силу решения суда о признании лица недееспособным совершить сделку по отчуждению жилья по своему усмотрению без обращения в органы опеки за получением на то согласия.

8. Возможно ли передать в поднаем жилое помещение, если в нем проживает гражданин, страдающий тяжелой формой психического расстройства? Поднаем жилого помещения, предоставленного по договору социального найма, регламентирован ст. 76 ЖК РФ.

Согласно ч. 4 ст. 76 ЖК РФ передача жилого помещения в поднаем не допускается, если в этом жилом помещении проживает или в него вселяется гражданин, страдающий одной из тяжелых форм хронических заболеваний, указанных в Перечне, утвержденном постановлением Правительства РФ от 16 июня 2006 г. № 378. К таким заболеваниям относятся, в частности, как уже указывалось, хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями и эпилепсия с частыми припадками.

9. *Когда за больным сохраняется право на жилое помещение в случае его отсутствия по месту жительства?* Если лицо является собственником квартиры или иного жилого помещения (ст. 288 ГК РФ), его временное отсутствие или выезд в другое постоянное место жительства не прекращают, разумеется, его прав на данное жилое помещение. Иначе обстоит дело, если гражданин является нанимателем жилого помещения или членом его семьи. Временное отсутствие нанимателя жилого помещения по договору социального найма, кого-либо из проживающих совместно с ним членов его семьи или всех этих граждан не влечет за собой изменение их прав и обязанностей по договору социального найма (ст. 71 ЖК РФ). Это означает, в частности, что указанные лица сохраняют свое право на жилое помещение в течение всего срока пребывания на стационарном лечении, а также на оговоренный в договоре с психоневрологическим интернатом период нахождения в интернате (обычно срок временного помещения в ПНИ составляет 6 месяцев).

В случае выезда нанимателя и членов его семьи в другое место жительства договор социального найма жилого помещения на основании ч. 3 ст. 83 ЖК РФ считается расторгнутым со дня выезда. Такое последствие может повлечь выезд гражданина на постоянное жительство в учреждение системы социального обслуживания населения, например, ПНИ, т.к. Жилищный кодекс РФ не предусматривает для данной категории граждан каких-либо исключений.

Однако такие исключения установлены другими федеральными законами. Руководствуясь ст. 10 ЖК РФ, согласно которой жилищные права и обязанности возникают из оснований, предусмотренных наряду с Жилищным кодексом РФ, также и другими федеральными законами, обратимся к двум из них, которые распространяются на граждан пожилого возраста и инвалидов, помещенных в ПНИ. Согласно ч. 11 ст. 17

Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» жилое помещение в домах государственного или муниципального жилищного фонда, занимаемое инвалидом по договору социального найма, при помещении инвалида в стационарное учреждение социального обслуживания сохраняется за ним в течение 6 месяцев.

Аналогичное правило предусматривает п. 10 ч. 1 ст. 12 Федерального закона «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов». Причем в отличие от ЖК РФ (ч. 3 ст. 83), связывающего расторжение договора с днем выезда гражданина, п. 10 ч. 1 ст. 12 данного Федерального закона отсчитывает 6-месячный срок с момента поступления его в стационарное учреждение социального обслуживания. Кроме того этот пункт содержит и другое важное установление: в случае, если в жилых помещениях остались проживать члены семей граждан пожилого возраста и инвалидов, помещенных в указанные учреждения, жилые помещения за этими гражданами сохраняются в течение всего времени их пребывания в этих учреждениях.

Отмеченная рассогласованность в законодательстве служит благодатной почвой для нарушений жилищных прав психически больных граждан в период их помещения и пребывания в ПНИ. Проведенный мною опрос специалистов окружных департаментов жилищной политики и жилищного фонда г. Москвы, а также риэлторских компаний выявил неинформированность опрошенных в отношении указанных норм законодательства, разницей в трактовке статей законов, а также практику нелегитимных путей решения вопросов, связанных с реализацией жилищных прав лицами, страдающими психическими расстройствами.

10. *Какие скидки предусмотрены по оплате жилья и коммунальных услуг?* Граждане, занимающие жилые помещения по договорам социального найма и признанные малоимущими, в соответствии с п. 9 ст. 156 ЖК РФ освобождаются от внесения платы за пользование жилым помещением (платы за наем). Статья 159 ЖК РФ определяет круг лиц, имеющих право на субсидии на оплату жилья и коммунальных услуг. Постановлением Правительства РФ от 14 декабря 2005 г. № 761 утверждены Правила предоставления субсидий на оплату жилого помещения и коммунальных услуг. Инвалидам (в т.ч. страдающим психическими расстройствами) и семьям, имеющим детей-инвалидов, предоставляется скидка не менее 50 % на оплату жилого помещения (в домах

государственного или муниципального жилищного фонда) и оплату коммунальных услуг (независимо от принадлежности жилищного фонда), а в жилых домах, не имеющих центрального отопления, на стоимость топлива, приобретаемого в пределах норм, установленных для продажи населению (ч. 13 ст. 17 ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»).

Плата за жилое помещение (плата за социальный наем, а также за содержание и ремонт жилого помещения), предоставленное инвалиду по договору социального найма с превышением нормы предоставления площади жилых помещений, определяется исходя из занимаемой общей площади жилого помещения в одинарном размере с учетом предоставляемых льгот (ч. 7 ст. 17 ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»).

Лекция 3.

Учреждения и лица,

оказывающие психиатрическую помощь

зам. главного врача ЦМОКПБ *В.В. Грибков*

Цель лекции: повысить уровень информированности работников психиатрических служб высшего звена в вопросах современной организации психиатрической помощи, ориентировать слушателей на внедрение в практику новых, наиболее эффективных видов психиатрической помощи.

Целевая группа: главные врачи психиатрических учреждений, заместители главных врачей по лечебной работе, врачи-психиатры, потребители психиатрической помощи.

В ст. 18 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» сказано, что «психиатрическую помощь оказывают государственные, негосударственные психиатрические и психоневрологические учреждения и частнопрактикующие врачи-психиатры, имеющие лицензии в соответствии с законодательством Российской Федерации».

Учреждения, оказывающие психиатрическую помощь.

Стационарную помощь оказывают психиатрические и психоневрологические больницы. Положение об этих учреждениях утверждено при-

казом МЗ СССР от 21 марта 1988 г. № 225 «О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи». Приказ действует по сегодняшний день, но следует иметь в виду, что приказом МЗ РФ от 11 января 1993 года № 6 в него внесены изменения (изъяты некоторые разделы и пункты), чтобы привести в соответствие с Законом «О психиатрической помощи».

Наиболее распространенный вид стационарного психиатрического учреждения – *психиатрическая больница*. В «Положении о психиатрической больнице» (приказ № 225, приложение 1) определены ее задачи и функции, а именно: оказание специализированной высококвалифицированной стационарной помощи, проведение экспертизы различных видов (врачебно-трудовой, судебно-психиатрической, военной и т.п.), принудительное лечение по решению суда, внедрение в практику новых методов лечения и реабилитации больных, преемственность с другими психиатрическими учреждениями в лечении и социально-трудовой реабилитации.

Приказом Минздравмедпрома от 11 апреля 1995 г. № 92 утверждены Правила «Больницы психиатрические. Правила устройства, эксплуатации и охраны труда». В них указано, какова должна быть структура больницы, требования по оборудованию и эксплуатации, устройство отделений, благоустройство больничного двора, мероприятия по охране труда персонала и т.д. К сожалению, материальная база психиатрических стационаров Московской области такова, что она не соответствует большинству требований, указанных в Правилах. Приведу только два примера: 1) приемное отделение больницы, согласно Правилам, должно иметь 13 разнообразных помещений; ни одна больница в области такого набора не имеет; 2) в Правилах указано, что не менее 60% палат в отделении должно иметь 1-2 койки, остальные палаты – на 4-5 коек. Комментарии излишни.

Согласно «Пособию по проектированию учреждений здравоохранения», утвержденному ГИПРОНИИЗДРАВом 19 декабря 1989 г. (к СНИП 2.08.02-89) в палатах общего типа должно быть 6 кв. метров площади пола на 1 койку, а в надзорных и инсулиновых – 7 кв. метров. Этому требованию наши стационары также не соответствуют.

Задачи и функции *психоневрологической больницы* (Положение о ней – в приложении 2 к приказу № 225) примерно те же, что и психиат-

рической, только в нее помещаются пациенты, страдающие пограничными психическими расстройствами, требующими стационарного лечения; кроме того, исключается судебно-психиатрическая экспертиза и принудительное лечение.

Специфический психиатрический стационар – *психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением* – так в соответствии с современным Уголовным кодексом РФ называется больница для принудительного лечения, по решению суда, лиц, «совершивших общественно опасные деяния и представляющих по своему психическому состоянию особую опасность для общества». В приложении 3 к приказу № 225 есть «Временное положение о психиатрической больнице *со строгим наблюдением*». Речь идет об одном и том же учреждении, а разница в названиях объясняется изменением формулировки в уголовном кодексе; не забудем, что приказ был издан в 1988 году, когда действовал Уголовный кодекс РСФСР. Это закрытое учреждение с соответствующей оградой, охраной и специальным режимом. В Московской области таких учреждений нет.

Приложение № 4 к приказу № 225 - «Временное положение об отделении с усиленным наблюдением психиатрической больницы». Сейчас оно должно называться *«психиатрический стационар специализированного типа»*. Отделение предназначено для принудительного лечения, организуется в составе обычной психиатрической больницы в отдельном стоящем здании. В нем также устанавливается специальный режим. В Московской области такое отделение в 2008 году открыто в МОПБ № 2 им. В.И. Яковенко.

Еще один вид психиатрического стационара описан в «Положении о психиатрическом отделении для больных с сочетанной тяжелой соматической и психической патологией (*соматопсихиатрическом отделении*)» (приложение 5). Оно организуется в составе крупной многопрофильной больницы и «предназначено для больных, которые в силу выраженности психопатологической симптоматики не могут находиться в общесоматическом отделении, но нуждаются в активном лечении соматических заболеваний и травм, которое не может быть осуществлено в условиях психиатрического стационара». Ясно, что пациенты соматопсихиатрического отделения могут получить любую специализированную помощь, которую может обеспечить многопрофильная больница. Осо-

бенность штатных нормативов такого отделения (приложение 10) – в отделении, имеющем свыше 60 коек, выделяется должность дежурного психиатра; кроме того, выделяется должность младшей медсестры для обеспечения индивидуальных постов по наблюдению за психически больными в других отделениях больницы.

Такие отделения есть в ряде московских городских клинических больниц. Косвенно о потребности в соматопсихиатрических койках можно судить по тому, что из всего массива поступлений в психиатрические стационары г. Москвы 14-15% поступает в соматопсихиатрические отделения.

Настоящих соматопсихиатрических отделений при многопрофильных больницах в Московской области нет. В МОПБ № 2 им. В.И. Яковенко имеются специализированные отделения для психически больных, страдающих легочным туберкулезом, а также для инфекционных больных; в некоторых психиатрических стационарах имеются реанимационные палаты. Но когда психически больной нуждается, например, в неотложной аппендэктомии, его переводят в ближайшую районную больницу, где психиатрический стационар вынужден обеспечить круглосуточный пост, что при недостатке персонала отрицательно сказывается на обслуживании больных этого стационара.

Психосоматическое отделение (см. приложение 6 к приказу № 225) «предназначено для стационарного лечения больных с сочетанной психической и соматической патологией, выраженность которой не достигает уровня, требующего лечения в условиях соматопсихиатрического отделения». Организуется в составе многопрофильной больницы, но может быть создано и в составе психиатрической (психоневрологической) больницы или диспансера.

Амбулаторная психиатрическая помощь оказывается в виде консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения (ст. 26 Закона «О психиатрической помощи»). Ее призваны обеспечить самостоятельные психиатрические **диспансеры, диспансерные отделения** психиатрических или районных больниц. Там, где создание диспансеров (диспансерных отделений) невозможно из-за малой численности населения, организуются **психиатрические кабинеты** при городских (районных) поликлиниках.

Новое положение об амбулаторной психиатрической помощи до сих пор не разработано. Остается действующим «Положение о психоневро-

логическом диспансере...», утвержденное Минздравом СССР 14 декабря 1953 года. Существуют также «Методические указания по организации работы психоневрологических диспансеров, диспансерных отделений и кабинетов», утвержденные Минздравом СССР 11 апреля 1975 года № 10-8/18. Ясно, что эти «старинные» документы не во всем соответствуют Закону о психиатрической помощи, вступившему в силу с 1 января 1993 года. Поэтому Минздрав Российской Федерации издал 11 января 1993 г. приказ № 6 «О некоторых вопросах деятельности психиатрической службы». Этим приказом отменен ряд документов, не соответствующих Закону, а также произведены серьезные изъятия из «Положения о психоневрологическом диспансере...» и «Методических указаний...». Кроме того, как уже говорилось выше, отменен ряд положений приказа Минздрава СССР № 225 от 21 марта 1988 г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи», но значительная часть этого приказа осталась действующей.

Приказом № 6 установлено также, что «внебольничные психиатрические и психоневрологические учреждения... осуществляют специализированную психиатрическую помощь взрослым и детям, страдающим психическими расстройствами, по территориально-участковому принципу».

Дневной стационар для психически больных (как указано в приложении 7 к приказу МЗ СССР № 225) «является промежуточным звеном между внебольничными и стационарными психиатрическими звеньями, предназначенным для оказания помощи психически больным, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения, но нуждающимся в лечебно-диагностической помощи в дневное время, по объему и интенсивности приближенной к стационарной». Он организуется в составе психиатрического учреждения на правах его подразделения и должен иметь не менее 15 мест. Штатные нормативы определены приложением 1 к приказу Минздравмедпрома России от 13 февраля 1995 г. № 27.

Ситуация с *лечебно-производственными (трудовыми) мастерскими* отражена в письме Минздрава РФ от 30 июля 1999 года № 2510/8506-99-25. Ранее ЛПТМ входили как структурное подразделение в состав психиатрических (психоневрологических) учреждений. В соответствии с приказом Минздравмедпрома России № 167 от 12 августа

1994 г. предусматривалась реорганизация ЛПТМ в самостоятельные производственные предприятия для трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства лиц, страдающих психическими расстройствами. Однако, как сказано в письме Минздрава, «в связи с фактическим прекращением обеспечения ЛПТМ сырьем и оборудованием, а также отсутствием предусмотренных законодательством налоговых льгот» объем деятельности ЛПТМ, являющихся самостоятельными юридическими лицами, значительно сократился. В упомянутом письме Минздрав России предлагает вновь включить ЛПТМ в состав психиатрических учреждений в качестве их структурных подразделений. При этом указано, что «трудовая терапия как вид психиатрической помощи может финансироваться из средств бюджета в соответствии со ст. 17 Закона РФ «О психиатрической помощи...».

О размерах сокращения деятельности ЛПТМ в Московской области можно судить по следующим цифрам: в 1994 году (когда был издан приказ Минздравмедпрома № 167) в Московской области в мастерских было 2316 мест, а в 2008 - 409. Таким образом, в результате «реорганизации» число мест в ЛПТМ сократилось на 82 % (!).

Специфическим учреждением, оказывающим психиатрическую помощь является *психоневрологический интернат* (в Московской области интернаты находятся в ведении Министерства социальной защиты). Инструкция «О медицинских показаниях и противопоказаниях к приему в дома-интернаты» утверждена Минздравом СССР 5 сентября 1978 г. за № 06-14/12 и согласована с Госкомитетом по труду и социальным вопросам 7 сентября 1978 г. за № 2495-МК. В ней, в частности, говорится, что в психоневрологический интернат «принимаются лица с умственной отсталостью в степени выраженной дебильности, имбецильности и идиотии, а также лица, страдающие затяжными формами психических заболеваний, состояние которых характеризуется отсутствием острой психотической симптоматики, наличием слабоумия или грубых проявлений психического дефекта». Согласно ст. 41 Закона «О психиатрической помощи» «основаниями для помещения в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения являются личное заявление лица, страдающего психическим расстройством, и заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра, а для несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет или лица, признанного в установленном законом

порядке недееспособным, – решение органа опеки и попечительства, принятое на основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра». Статья 43 Закона предписывает администрации психоневрологического интерната «не реже одного раза в год проводить освидетельствования лиц, проживающих в нем, врачебной комиссией с участием врача-психиатра с целью решения вопроса об их дальнейшем содержании в этом учреждении, а также о возможности пересмотра решений об их недееспособности».

Федеральный Закон № 95-ФЗ от 4 июля 2003 года отнес организацию специализированной медицинской помощи к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации. В условиях Московской области это привело к передаче некоторых самостоятельных диспансеров из подчинения муниципальных органов здравоохранения в подчинение Минздрава области. В других случаях местные власти лишили психиатрические учреждения самостоятельности и включили их в качестве структурных подразделений в состав центральных районных больниц. В некоторых муниципальных образованиях Московской области стационарные психиатрические учреждения были закрыты по инициативе местных властей под предлогом несоответствия санитарно-эпидемиологическим, противопожарным и прочим нормативам.

В целом за период с 1999 по 2008 год психиатрическая служба Московской области потеряла 1530 коек. Это не было бы трагедией, если бы сокращение коечного фонда не сопровождалось ликвидацией стационарных учреждений.

Лица, оказывающие психиатрическую помощь.

Приказ Минздравсоцразвития от 4 марта 2008 г. № 112Н «О номенклатуре специальностей...» определяет, что *врачом-психиатром* может быть лицо, окончившее медицинский ВУЗ по специальности «лечебное дело» или «педиатрия». Только эти лица могут в дальнейшем проходить подготовку по *основной специальности «психиатрия»* с получением соответствующего сертификата. Специальности *«психиатрия-наркология»*, *«психотерапия»*, *«сексология»*, *«судебно-психиатрическая экспертиза»* могут быть приобретены путем дополнительного обучения только при наличии подготовки по основной специальности. Все специалисты должны проходить курсы усовершенствования не реже 1 раза в 5 лет.

Министерство здравоохранения и социального развития письмом от 15 января 2007 г. № 155-ВС разъяснило, что «лица, получившие высшее медицинское или фармацевтическое образование до 2000 года, не имеющие документов о необходимой послевузовской подготовке по врачебной и (или) фармацевтической специальности (интернатура, ординатура, аспирантура, специализация), но допущенные к замещению врачебных и фармацевтических должностей в учреждениях здравоохранения», «могут продолжить работать в должностях тех же наименований при наличии стажа работы по специальности не менее 5 лет (по состоянию на 01 января 2000 года), сертификата специалиста, квалификационной категории и соответствующих документов о повышении квалификации в течение последних 5 лет в объеме не менее 144 часов в образовательных учреждениях высшего или дополнительного профессионального образования. Данная категория специалистов может зачисляться на циклы дополнительного профессионального образования для продления срока действия имеющегося сертификата специалиста».

Данное разъяснение понадобилось потому, что выявилось большое количество врачей, по объективным причинам не имеющих первичной специализации (например, врач начинал работать, когда еще не была организована интернатура и т.д.).

Средний медицинский персонал, занятый в оказании психиатрической помощи, должен пройти подготовку по специальности *«сестринское дело в психиатрии»* с последующим усовершенствованием каждые пять лет. Такой порядок определен приказом Минздрава РФ от 5 июня 1998 г. № 186 (в ред. приказа от 05 августа 2003 г. № 332) «О повышении квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием».

Последнее время на некоторых конференциях и семинарах обсуждаются *бригадные формы оказания психиатрической помощи*. Некоторую ясность в этот вопрос вносит приказ Минздрава РФ от 26 ноября 1996 г. № 391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь ...», где указано, что взаимодействие специалистов при оказании помощи осуществляется, как правило, в рамках лечебно-реабилитационной бригады, в которую кроме перечисленных основных специалистов (психиатр, психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной

работе), могут входить юрист, средний медицинский персонал, социальный работник, работник ЛПТМ, спеццехов и др. Приведены основные функциональные обязанности этих специалистов. Однако, сразу бросается в глаза рекомендательный характер этого приказа («взаимодействие осуществляется *как правило*»; в бригаду «*могут входить*»).

Существует еще не утвержденный *проект* «положения о полипрофессиональной бригаде для психосоциальной работы с психически больными проблемных групп (в том числе с частыми, длительными госпитализациями с нарушениями семейного взаимодействия) и их родственниками».

Проектом предусматривается создание таких бригад в составе диспансеров. В задачи бригад входят «психообразовательная работа с пациентами и их семьями, вовлечение семей в терапевтический процесс, коррекция внутрисемейных отношений, оказание различных видов социальной поддержки, уменьшение нагрузки на семью, что связано с высокой эффективностью семейных психосоциальных воздействий (сокращение частоты госпитализаций, повышение уровня взаимодействия пациентов с врачом, выполнение назначений, успешность реабилитационных мероприятий)». Предлагаются также штатные нормативы – на 5 участков диспансера по одной должности врача-психиатра, психотерапевта, медсестры, психолога, специалиста по социальной работе, социального работника.

В условиях жесткой экономии бюджетных средств указанные документы выглядят благими пожеланиями.

В заключение хотелось бы обратить внимание на необходимость постоянного мониторинга за изменениями в законодательстве и руководящих документах вышестоящих ведомств. Например, с момента вступления в силу в 1993 году «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» до настоящего времени в эти «Основы» внесены изменения 18-ю Федеральными Законами и одним Указом Президента РФ. Закон РФ «О психиатрической помощи» исправлен и дополнен пятью Федеральными Законами. Некоторые изменения носят технический характер (например, замена слова «РСФСР» на «Российская Федерация»), другие вносят весьма существенные поправки.

Два примера: 1) В первоначальном варианте статьи 24 «Основ», указывалось, что несовершеннолетние в возрасте старше 15 лет имеют право на добровольное информированное согласие на медицинское вмеша-

тельство или отказ от него. Федеральным Законом от 01 декабря 2004 г. № 151-ФЗ внесено дополнение, что если несовершеннолетний болен наркоманией, то это право он получает в возрасте старше 16 лет. 2) Статья 22 Закона РФ «О психиатрической помощи...» называется «Гарантии врачам-психиатрам, иным специалистам, медицинскому и другому персоналу, участвующим в оказании психиатрической помощи». В первоначальном варианте предписывалось при нанесении ущерба здоровью, связанному с производством, в зависимости от тяжести причиненного ущерба, выплачивать страховую сумму в пределах годового содержания, в случае инвалидности – от годового до пятилетнего денежного содержания; в случае смерти – выплата наследникам десятилетнего денежного содержания. Федеральным Законом от 22 августа 2004 № 122-ФЗ эти конкретные нормы из статьи изъяты. Указано лишь, что участвующие в оказании психиатрической помощи подлежат обязательному страхованию на случай причинения вреда здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей. О страховании пока ничего не слышно.

Не исключено, что пока Вы читали эти строки, в упомянутые в ней законы и приказы уже внесены какие-либо поправки, а некоторые, возможно, отменены.

Лекция 4.

Роль социально-правовой поддержки и защиты психически больных, членов их семей в процессе психосоциальной реабилитации

кандидат медицинских наук, доцент *В.Я.Евтушенко*

Цель лекции: повысить уровень информированности работников психиатрических служб высшего звена в вопросах социально-правовой поддержки и защиты психически больных, членов их семей, ориентировать слушателей на внедрение полученных знаний в практику.

Целевая группа: главные врачи психиатрических учреждений, заместители главных врачей по лечебной работе, врачи-психиатры, потребители психиатрической помощи.

План лекции:

1. Важной формой проведения работы по социально-правовой поддержке и защиты психически больных, членов их семей в процессе пси-

хосоциальной реабилитации является деятельность общественных объединений и организаций, представленных потребителями психиатрической помощи, их родственниками и друзьями. Опыт работы с такими обществами и объединениями показал, что в них участвуют люди с немалым интеллектуальным потенциалом, большим житейским опытом и свободно располагающим своим временем.

2. Члены общественных объединений, главным образом, родственники больных, в значительной мере не удовлетворены той психиатрической и социально-правовой помощью, которая оказывается их родным в ПНД по месту жительства, что и мотивирует их общественную активность в данном направлении.

3. В числе главных проблем, беспокоящих больных и их родственников, оказываются сложность и напряженность внутрисемейных отношений с господством патерналистских тенденций, неудовлетворительный «психологический климат» в семье; тяжелое финансовое бремя, которым ложится на семью болезнь пациента; глубокая социальная изоляция больных.

4. Вступая в члены общественных объединений, родственники надеялись не столько на новые возможности лечения пациентов, сколько на решение вопросов расширения контактов и социальных связей больных, их трудоустройства, психологическую поддержку.

5. Важным аспектом работы с пользователями психиатрических служб в процессе их реабилитации является организация т.н. «горячей линии» связи, благодаря которой любой родственник душевнобольного, нуждающийся в разрешении той или иной проблемы, может получить добрый совет и поддержку.

6. Большое значение имеет организация консультирования членов общества по правовым вопросам, имеющим отношение к проблемам психического здоровья. Опыт показал, что со временем такие консультации могут успешно давать и родственники-добровольцы, прошедшие предварительный инструктаж юриста. В ряде случаев такие родственники успешно выступают в судах в роли общественных защитников по конкретным делам, связанным с нарушением гражданских прав душевнобольных.

7. Активным и инициативным членам общественных объединений удается найти некоторые возможности вовлечения интеллектуального и

эмоционально-творческого потенциала больных (работа на современной оргтехнике, переводы, публикации статей, художественное творчество с организацией соответствующих выставок и публикаций).

8. Представители общественных объединений имеют возможности установления деловых отношений с органами местного самоуправления. Одной из форм взаимодействия является предложение услуг по решению на общественных началах ряда социальных проблем, стоящих перед муниципальными службами.

9. Очень важный аспект деятельности общества – налаживание тесных связей с другими организациями сходного профиля, установление сотрудничества со средствами массовой информации, что вселяет надежду на постепенное изменение того негативного образа душевнобольного, который, к сожалению, сложился в современном общественном сознании.

10. Социально-реабилитационная работа общества пользователей психиатрических служб обязательно должна направляться специалистом-психиатром. При пассивной позиции психиатров, или при их чрезмерно директивном вмешательстве в работу общества его деятельность становится нежизнеспособной и появляются тенденции к распаду.

11. Главная задача специалиста-психиатра, работающего с обществом родственников душевнобольных – определить цель и основные направления данного общественного движения. Именно поэтому психиатр должен занимать ключевую позицию в деятельности общества.

12. Общественная организация родственников душевнобольных должна поддерживать постоянную связь общества с территориальной психиатрической службой. Для руководителей психиатрической службы подобная связь также представляет большой интерес, так как только их совместная работа может обеспечить реальные пути социально-трудовой реабилитации больных.

Список литературы:

1. Ястребов В.С., Зозуля Т.В., Вещугина Т.С., Сосновский А.Ю., Беседина Л.В. Общественное движение в психиатрии // Материалы конференции «Реформы служб психического здоровья, проблемы и перспективы», - М., 1997. С. 195-209.

2. Евтушенко В.Я., Беседина Л.В. Опыт работы с общественными объединениями родственников душевнобольных // Независимый психиатрический журнал, 2000, вып.1. С. 12-16.

Лекция 5.

Стигма как «вторая болезнь»: исторический контекст

Докт. философ. наук, профессор *А.Я. Иванюшкин*

Цель лекции: повысить уровень информированности работников психиатрических служб высшего звена в вопросах стигматизации психически больных.

Целевая группа: главные врачи психиатрических учреждений, заместители главных врачей по лечебной работе, врачи-психиатры, потребители психиатрической помощи.

Стигма – это «клеймо позора». Это – приписывание личности некой виртуальной идентичности. В медицине феномен стигматизации, прежде всего, проявляется как формирование в общественном сознании образа-фантома болезни – туберкулеза, шизофрении, СПИДа и т.д. В названном образе-фантоме отождествляется болезнь и личность человека, причем это такой образ, которые девальвирует человеческое достоинство и ценность личности.

Стигма безумия – источник унижения человеческого достоинства душевнобольных, презрительно высокомерного отношения к ним, их дискриминации, а подчас – эксплуатации. В стигме безумия причудливо смешаны отголоски давнего прошлого (например, средневековых ведовских процессов) и самой злободневной современности (вспомним недавние научные споры о «гене шизофрении»).

Волна стигматизации ВИЧ-инфицированных скоро начнет спадать. СПИД повторит судьбу туберкулеза и сифилиса, которые медицина научилась лечить. Тем более, что в последние годы в России, наконец-то, стали финансироваться апробированные в других странах просветительские программы. Иное дело – стигма безумия, ибо эта стигма, говоря философским языком, более онтологически и антропологически укоренена. Успехи научной психиатрии бесспорны, в то же время загадка безумия, этот главный исток стигматизации психически больных, и сегодня по существу остается неразгаданной, как сотни, тысячи лет назад. Как писал французский философ Жан Ипполит: «Я придерживаюсь идеи, что изучение безумия – отчуждения в глубоком смысле этого слова – находится в центре антропологии, в центре изучения человека», и «место, которое занимала проказа в обществе, займет безумие» [12, с. 9].

В своем изложении истории психиатрии Фуко исследует безумие в основном как стигму. Время от времени он касается и ведовских процессов в эпоху позднего средневековья и Возрождения. В нашем анализе феномена стигматизации в современном обществе, современном здравоохранении этот сюжет представляется особенно интересным. Тем более, как считал еще Иоганн Вейер (XVI в.), немало «ведьм» были душевнобольными [5, с. 78-79].

Интересным опять же по причине онтологической и антропологической укорененности в этой культуре такой стигмы, как «ведьма». Я. Шпренгер и Г. Инститорис, обсуждая в своем «Молоте ведьм» (1487 г.) вопрос, почему «слабый пол» так часто и с такой легкостью предается дьяволу, цитируют И. Златоуста: «Жениться не подобает. Разве женщина что-либо иное, как враг дружбы, неизбежное наказание, необходимое зло, естественное искушение, вожденное несчастье, домашняя опасность, приятная поруха, изъян природы, подмалеванный красивой краской?» [15, с. 119-120]. Как видим, в свете антифеминистской христианской ортодоксии, женщина есть почти онтологическая непристойность, и вообще являет собой многочисленные образы зла.

Как известно, в 1793–1795 гг. Филипп Пинель, сначала в Бисетре, а затем в Сальпетриере, снял цепи с душевнобольных. С этого момента началась современная история клинической психиатрии: «Помешанные не преступники, подлежащие наказанию, а больные, коих жалкое положение заслуживает полного человеколюбия, почему для восстановления их здравого разума надо применять иные средства» [8, с. 100]. Спустя 100 лет русский психиатр Н.Н. Баженов писал о реформе Пинеля: «...сумасшедшие были подняты до достоинства больных» [1, с. 9].

Совсем иначе оценивает роль Пинеля в истории культуры Фуко: «Считается, что Тьюк и Пинель открыли медицинской науке доступ в психиатрическую лечебницу. Однако они ввели в лечебницу не науку как таковую, а определенного персонажа – носителя сил, заимствующих у науки всего лишь ее внешнюю оболочку либо самое большее, свое оправдание... Врач способен очертить границы безумия не потому, что обладает знанием о нем, а потому, что может его обуздать... Врач мог пользоваться абсолютной властью над больничным миром лишь постольку, поскольку он изначально был Отцом и Судьей, Семей и Законом, а его медицинская практика с давних пор служила лишь комментарием к старинным ритуалам Порядка, Власти и Наказания» [14, с. 494-495].

С одной стороны, определенная в нозологических терминах реальная идентичность личности душевнобольного человека была восстановлена. Через призму клинической психиатрии общество увидело в нем *заболевшего, страдающего человека*, а не «ведьму» или «бешеного зверя» (нечувствительных к боли, обладающих чудовишной силой, воплощающих иррациональное начало бытия). Сошлемся на Н.Н. Баженова, который писал в 1911 г. в «Проекте законодательства о душевнобольных и объяснительной записке к нему»: «Психоз есть несчастье исключительное» [2, с. 13].

Однако с другой стороны, сам факт пребывания душевнобольного в психиатрической больнице, сам психиатрический диагноз теперь стали источником стигматизации человека. Объяснение мира психических болезней *как некоего «иномира» – как стигмы безумия* – сохранилось. Правда, в новом социокультурном контексте – с опорой на авторитет науки. Эту принадлежность психически больных к «иномиру» подчеркивал Т. Модсли: «Помешанные общим голосом общества исключаются из среды человечества» [6, с. 506].

Не только Пинель, но и другие отцы-основатели клинической психиатрии, считали, что клиническая модель отношения к душевнобольному уже автоматически содержит в себе идеал гуманности отношения к нему. На деле же, раз стигматизация психически больных сохранилась, получалось не совсем так и не всегда так. Врачи-психиатры изгнали стигму безумия «в дверь», однако незаметно для них та опять возвратилась «в окно».

Стигма безумия как бы затаилась внутри «медицинского пространства». Это определялось особым характером психиатрических учреждений и служб (выполняющих наряду с терапевтическими функциями еще и карантинные), сильным врачебным патернализмом психиатров (в чем-то более выраженным, чем у других врачей). Все это способствовало формированию образа психиатрического пациента (наряду с определением его личности в синдромологических, нозологических терминах) *как некой человеческой инаковости – как стигмы безумия*. Одновременно, по мере роста числа психиатрических больниц, стигма безумия «все больше укрепляла свои позиции» в обществе – вне «медицинского пространства». Здесь психиатрическая лечебница нередко молвой определялась, как «психушка», «дурдом», «дурка» и пр.

Теперь специфика стигмы безумия (образа-фантома) заключается в следующем: она существует в общественном сознании наряду с реалистическим (клинико-синдромологическим, клинико-нозологическим) определением человека-пациента; она является как бы обратной стороной этого медико-психиатрического определения; она «выскакивает, как черт из коробочки», когда допускается отождествление психиатрического диагноза и личности больного человека. То есть, основания легитимности стигмы здесь – в самой клинической психиатрии как науке и практике.

Нацистская акция насильственной эвтаназии является очень важной страницей истории стигмы безумия. В 1939-1941 гг. в Германии было умерщвлено около 70 тысяч пациентов (немцев). Это сделали врачи, как они считали – с гуманными целями. Не случайно, жертвами нацистской эвтаназии стали преимущественно душевнобольные, а на научном уровне решение о проведении эвтаназии принимала авторитетная комиссия из примерно 10 профессоров-психиатров (только профессор Эвальд голосовал против).

Здесь в обнаженном виде обнаружилась указанная выше двойственность отношения новоевропейского общества к безумию. Подход Пинеля к душевнобольным был сохранен, но из него исключили, «прекраснодушную» гиппократовскую этику, заменив это начало идеями евгенического толка. Если психиатры-ортодоксы объясняли стигматизацию душевнобольных общественными предрассудками, низким уровнем просвещения в обществе, то нацистские идеологи увидели в стигме безумия более глубокое содержание, и именно – онтологически и антропологически укорененное содержание. Теоретическим основанием нацистского проекта активной эвтаназии стало понятие предельного обесценивания жизни – «жизни, не стоящей того, чтобы жить». Научный авторитет клинической психиатрии (например, бесстрастно, с протокольной точностью описывающей клинический статус идиотии) здесь был усилен научными идеями евгенического толка.

Наше замечание, что нацистские идеологи увидели в стигме безумия более глубокое содержание, конечно, не означает одобрения их проекта насильственной эвтаназии. Этот проект уязвим для критики во многих отношениях. Во-первых, здесь очевидна сциентистская зашоренность осмысления феномена безумия: последующие десятилетия истории кли-

нической психиатрии вскрыли такие глубокие противоречия различных научных школ, что последняя международная классификация психических расстройств (в составе МКБ-10) принципиально исходит из методологии атеоретичности. Во-вторых, идея позитивной евгеники 20-30-х гг. сегодня трезво воспринимается как еще одна «сверхценная» идея на пути научного прогресса (вроде идеи вечного двигателя). В-третьих, нацизм как расистское мировоззрение и соответствующие социальные практики как бы возвратил нас в средневековье, придав стигме исключительно онтологический статус, причем не только стигме безумия, но и стигме «не-арийцев», зачислив в «иномир» большую часть человечества. Нацисты, как и монахи-инквизиторы, средневековые ученые-схоласты, смотрели на душевнобольных исключительно через «призму стигмы», воспринимая живых людей как некую виртуальную реальность.

Осмысливая природу стигматизации психически больных в истории общества, следует иметь в виду, что в современном культурном пространстве соседствуют три версии природы безумия и соответственно – три разных по смыслу стигмы безумия.

Во-первых, клиническая версия природы психических расстройств – назовем ее «парадигмой Пинеля». В последние десятилетия эта версия, сохранив рациональное зерно трактовки психического расстройства как болезни, обогатилась достижениями социальной психиатрии, новыми этическими подходами в практической психиатрии. В результате, как мы полагаем, впервые в истории создаются социокультурные предпосылки адекватного осмысления и постепенного преодоления стигмы безумия.

Во-вторых, канонически-христианская версия, назовем ее «парадигмой бесоодержимости». В «Основах социальной концепции русской православной церкви», в частности, говорится: «Церковь рассматривает психические заболевания как одно из проявлений общей греховной поврежденности человеческой природы». Далее, рассматривая в личностной структуре духовный, душевный и телесный уровни, авторы текста Концепции, естественно, опираясь на авторитет отцов Церкви, различают болезни «от естества» и недуги, «вызванные бесовским воздействием». Из этого следует, что в некоторых случаях психических расстройств необходимо совершение чина изгнания злых духов [7, с. 87-88]. Как видим, в контексте «парадигмы бесоодержимости» негативный заряд стигматизации уходит своими *корнями в библейско-христианский миф о первородном грехе.*

В-третьих, нельзя оставлять без внимания парадоксальную версию природы душевных болезней, отрицающую сам объективный факт существования таких болезней, это – «парадигма антипсихиатрии». Апогей антипсихиатрического движения приходится на 60-70-е гг. XX в., однако их идеология и сегодня заслуживает исследовательского интереса. Тем более, что на протяжении нескольких последних лет на русский язык были переведены книги сайентологов (скажем прямо - зоологически ненавидящих психиатров и психиатрию): Брюса Вайсмана «Психиатрия – предательство, не знающее границ» [3], Томаса Рёдера с соавторами «Люди за спиной Гитлера» [10]. Еще важнее издание на русском языке книги апостола антипсихиатрического движения Томаса Саса «Фабрика безумия» [11], ввиду не только меньшего радикализма позиции автора (он выступает прежде всего против применения недобровольной психиатрической помощи), но и большей академической респектабельности его трудов.

Мы исходим из того, что природа стигмы безумия – преимущественно социокультурная. И, стало быть, решение задач дестигматизации душевнобольных лежит в плоскости социокультурной. Эволюция психиатрического дела в последние полстолетия как раз подтверждает данный тезис. Клиническая психиатрия при этом не отменяется (к чему призывали и призывают антипсихиатры), но в корне меняется социальный контекст психиатрического дела. Можно сказать, что в последние полстолетия мы имеем дело с третьей революцией в психиатрии, если первой революцией считать прекращение ведовских процессов, а второй – реформу Пинеля.

Эта третья революция в психиатрии – явление поистине цивилизационного масштаба и представляет собой многовекторный процесс. Во-первых, вектор реформирования традиционных психиатрических учреждений, прежде всего, старых психиатрических больниц. Во-вторых, вектор новых этических подходов в психиатрии, в основе которых критика традиционного врачебного патернализма, приоритет уважения человеческого достоинства и автономии личности пациента. В-третьих, вектор нового законодательства, регулирующего оказание психиатрической помощи, с упором на гарантии и защиту человеческих и гражданских прав душевнобольных. В-четвертых, вектор гражданских инициатив, образования общественных организаций помощи, поддержки психически больных людей и их семей.

Важнейшим моментом современной революции в психиатрии является более адекватное, чем в предшествующие эпохи, отношение общества к стигме безумия. Так как феномен стигмы (как «виртуального образа», «образа-фантома» и пр.) в основном относится к области сознания и подсознания, области морали и психологии, области суеверий и предрассудков, страхов и коллективных фобий, сохраняющихся по инерции стереотипов мышления и оценок и т.д., далее мы осветим только морально-этический вектор современного процесса гуманизации психиатрического дела.

Современная революция в психиатрии – это по преимуществу этическая революция. В подготовленном в 80-е годы Комиссией по правам человека ООН «Своде принципов и гарантий защиты психически больных лиц», в частности, говорится: «Ко всем лицам, страдающим психическим заболеванием, следует относиться гуманно и с уважением к достоинству человеческой личности» [9, с. 330].

Каким бы психическим расстройством человек ни страдал, с каким бы психиатрическим диагнозом он ни жил, его человеческое достоинство и его права человека неотчуждаемы. Стигма безумия воспроизводится, реплицируется в социальной среде не только потому, что в нашем обществе недостаточно активно ведется научно-психиатрическое просвещение, но в еще большей степени в силу высокого уровня ксенофобии в этом обществе, в силу живучести мифов о загадочности безумия (иррационального), таящихся в нем опасностей и т.д. и т.п. Стигма безумия потому является самой негативной из всех других медицинских стигм, что она как бы превращает психиатрического пациента в «недочеловека» (каждый случай стигматизации такого пациента у нас должен ассоциироваться с нацистской идеологией и практикой).

Этическая революция в психиатрии заключается в том, что стигма безумия не просто морально осуждается, но в современном демократическом обществе созданы социальные институты и социальные механизмы, одной из основных целей которых является дестигматизация психически больных. Гарантии, защита прав человека-душевнобольного и есть важнейшие условия дестигматизации безумия. Примером таких социальных институтов являются добровольные общества помощи душевнобольным, а примером таких социальных механизмов являются юридические процедуры контроля правомерности применения недобровольной госпитализации психически больных.

Если психиатрический пациент настолько болен, что сам не в состоянии утверждать свое человеческое достоинство и свои человеческие права, названные социальные институты, социальные механизмы, как бы «в виде протеза», гарантируют защиту его прав человека, и он продолжает жить так, что это достойная человеческая жизнь.

В современном обществе пропорция проходящих лечение в психиатрических стационарах на добровольной и недобровольной основе примерно 10 к 1. Констатируя этот факт, Л. Гостин пишет: «Когда медицинская помощь оказывается качественно, когда обстановка в стационаре доброжелательна, разнообразен стол и приятен досуг, пациента, как правило, не требуется ни к чему принуждать» [4, с. 313].

Конечно, самая морально напряженная ситуация в психиатрии – это недобровольное помещение душевнобольного в психиатрическую больницу, вообще применение к нему мер стеснения, ограничения его свободы. В некотором смысле в психиатрии общество вынуждено и сегодня иногда прибегать к своего рода «этике насилия». Однако в современном обществе эта ситуация допустима лишь «при включенном счетчике времени», лишь при условии непрерывного «этического мониторинга», когда никакой разумной альтернативы при данном состоянии больного просто нет. Приведем опять мнение Л. Гостина: «Никто не может быть изолирован на срок свыше нескольких дней, обычно же изоляция должна длиться лишь несколько минут или часов» [4, с. 324].

Относительно «дней», «часов», «минут» нужна публичная дискуссия психиатров-клиницистов, биоэтиков, юристов, обязательно – представителей обществ защиты прав душевнобольных, членов их семей и т.д. В этой публичной дискуссии, если угодно, эмпирическим путем будет найдена искомая мера добра и блага, приемлемая форма утверждения человеческого достоинства душевнобольного, его прав (в том числе – права на лечение), когда сам он защищать свои права не в силах.

И вот если мы справимся с этой задачей, можно будет сказать: несмотря на то, что человек психически болен, он все-таки сохраняет человеческое достоинство и его права человека защищены. И только в таком случае мы можем сказать: стигма безумия нейтрализована, стигма безумия, в принципе, больше нет.

Список литературы:

1. Баженов Н.Н. История Московского Доллгауза. М., 1909.
2. Баженов Н.Н. Проект законодательства о душевнобольных и объяснительная записка к нему. М., 1911.
3. Вайсман Б. Психиатрия – предательство, не знающее границ / Пер. с англ. М., 2002.
4. Гостин Л. Соблюдение прав человека в области оказания психиатрической помощи (Принципы прав человека) // Право и психиатрия. М., 1991. С. 308-326.
5. Каннабих Ю.В. История психиатрии (Репринтное издание). М., 1994.
6. Модсли Т. Физиология и патология души. СПб., 1871.
7. Основы социальной концепции русской православной церкви. М., 2001.
8. Пинель Ф. Медико-философское учение о душевных болезнях. СПб., 1899.
9. Проект Свода принципов и гарантий защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи // Право и психиатрия. М., 1991. С. 327-343.
10. Рёдер Т., Киллибус Ф., Бёрвелл Э. Люди за спиной Гитлера / Пер. с англ. М., 2004.
11. Сас Т. Фабрика безумия / Пер. с англ. Екатеринбург, 2008.
12. Сокулер З. Структура субъективности, рисунки на песке и волны времени // Введение к кн.: Фуко М. История безумия в классическую эпоху. С.-Петербург, 1997. С. 5-20.
13. Финзен А. Психоз и стигма / Пер. с нем. М., 2001.
14. Фуко М. История безумия в классическую эпоху / Пер. с франц. С.-Петербург, 1997.
15. Шпренгер Я., Инститорис Г. Молот ведьм. С.-Петербург, 2005.

Лекция 6.

Нормативно-правовая база организации психиатрической помощи в Российской Федерации

Докт. мед. наук, профессор *Б.А. Казаковцев*

Цель лекции: повысить уровень информированности работников психиатрических служб высшего звена в вопросах нормативно-правовой базы организации психиатрической помощи в РФ, ориентировать слушателей на внедрение полученных знаний на практике.

Целевая группа: главные врачи психиатрических учреждений, заместители главных врачей по лечебной работе, врачи-психиатры, потребители психиатрической помощи.

Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», вступивший в силу с 1 января 1993 года, был разработан в соответствии с принципами, рекомендованными в 1991 году странам - членам ООН. В частности, во введении к соответствующей записке Генерального секретаря ООН отмечено, что психически больные лица являются особенно уязвимыми, требуют особой защиты и поэтому чрезвычайно важно, чтобы их права были четко определены и закреплены в соответствии с Международным биллем о правах человека.

По мере усложнения общества психиатрический пациент становится все более зависимым от социально-политического регулирования. Современное общество переживает увеличение интереса к последствиям психических расстройств и все больше ориентируется на законодательные документы, политику психического здоровья, права пациента, информированное согласие, госпитализацию и детскую психиатрию.

По мнению С. Evin (2004), законодатели в этих случаях должны понимать, что взгляды потребителей так же справедливы, как и взгляды профессионалов, особенно в вопросах регулирования отношений между потребителем и профессионалом, оказания консультативной помощи в области психического здоровья. Разработчики национального законодательства в данной области должны также осознавать важность учета взгляда врачей общей практики, поскольку треть визитов к ним объясняется психологическими проблемами.

Примером последовательного анализа отечественного законодательства в его применении к психически больным в историческом аспекте и в сопоставлении с иностранным законодательством является исчерпывающий для своего времени труд Н.В. Константиновского (1887). Автором было предложено совместное определение не только врачами, но и судом показаний для госпитализации душевнобольных в психиатрическое учреждение, защита государством их имущественных интересов, а также законодательное регулирование условий содержания пациентов в психиатрических лечебницах. Однако отставание России в развитии специального психиатрического законодательства было связано с непрек-

ращавшейся в стране на протяжении последних двух столетий политической нестабильностью. До 1992 года подтверждалось высказывание Н.Н. Баженова о том, что в России законодательство о психиатрической помощи не нуждалось в дополнениях и поправках», так как существовавшие отдельные упоминания о ней в законах и указах, циркулярах и приказах не могли быть отнесены к собственно законодательству такого рода.

Более ста лет назад отечественными авторами подчеркивалось, что работа по созданию психиатрического законодательства требует «значительных усилий специалистов, ученых обществ, парламентских и внепарламентских комиссий». Учитывая мировой опыт, а также политические, экономические и культурные условия в России начала 20 века, Н.Н. Баженов в своем законопроекте придерживался следующих основных принципов: а) распространение государственной заботы на всех душевнобольных страны и указания тех мероприятий, посредством которых должна осуществляться эта задача, и тех органов центральной власти и самоуправления, на кого эти обязанности возлагаются; б) соблюдение условий, при которых допустимо лечение пациента на дому, в собственной семье; в) создание достаточных гарантий того, что при помещении пациента в специальное учреждение неприкосновенность его личности и индивидуальная свобода будут нарушены только тогда, когда это императивно диктуется постигшей его психической болезнью.

Разработанный Н.Н. Баженовым проект не был принят, что в значительной мере и сегодня обуславливает для нас необходимость изучения подходов к созданию и совершенствованию законодательства в области психического здоровья, если учесть, что практика применения отечественного закона составляет немногим более шестнадцати лет.

Необходимость изучения зарубежного опыта законотворческой деятельности в области психиатрии обусловлена тем, что современный этап мировой реформы психиатрической помощи, начало которого относится к 1960-м годам, характеризуется активным пересмотром соответствующего законодательства во многих странах. По данным ВОЗ, к 2000 году только в 40 из 160 стран мира отсутствовали законы, определяющие политику охраны психического здоровья.

Статьями 76 и 213 Трудового кодекса Российской Федерации установлено, что работодатель обязан отстранить от работы (не допускать к

работе) работника, не прошедшего в установленном порядке обязательный предварительный медицинский осмотр, а работник, осуществляющий указанные виды деятельности, проходит обязательное психиатрическое освидетельствование в порядке, установленном Правительством Российской Федерации. В случае выявления комиссией психиатрических противопоказаний для выполнения работы, этот работник к ней не допускается. При этом, однако, сохраняется его право на добровольное прохождение психиатрического освидетельствования, но с другой стороны гарантируется его безопасность независимо от того, прошел он это освидетельствование или отказался от него.

С середины 1920-х - начала 1930-х годов в стране существует достаточно эффективная система исполнения жилищного законодательства в отношении психически больных лиц на дополнительную жилую площадь в виде отдельной комнаты сверх установленной общей нормы жилой площади.

Указанные примеры проявления патерналистской модели отношений между психиатром как представителем государственной системы оказания психиатрической помощи и психиатрическим пациентом свидетельствуют об адекватности этой модели, как в прошлом, так и в настоящее время, в большей мере для ведения пациентов с тяжелыми и затяжными психическими расстройствами, чем для пациентов с непсихотическими психическими расстройствами.

В качестве примера взвешенного отношения к проблеме соотношения патерналистской и партнерской модели психиатрической помощи можно привести недавно состоявшееся решение Конституционного Суда Российской Федерации по вопросу обеспечения прав недееспособных граждан. 27 февраля 2009 года было провозглашено Постановление Конституционного Суда Российской Федерации по делу о проверке конституционности ряда положений Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации и п. 4 статьи 28 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Конституционный Суд Российской Федерации своим Постановлением признал: а) не соответствующим Конституции Российской Федерации положение части первой статьи 284 ГПК Российской Федерации, позволявшее суду принимать решение о признании гражданина неде-

еспособным лишь на основании заключения судебно-психиатрической экспертизы и *без предоставления* такому гражданину *возможности изложить суду свою позицию*; б) не соответствующими Конституции Российской Федерации положения части пятой статьи 37, части первой статьи 52, пункта 3 части первой статьи 135, части первой статьи 284 и пункта 2 части первой статьи 379/1 ГПК Российской Федерации, лишające гражданина, не участвовавшего в первичном судебном разбирательстве и признанного судом недееспособным, права *обжаловать* такое решение в вышестоящие судебные инстанции; в) не соответствующим Конституции Российской Федерации положение части четвертой статьи 28 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», позволяющее *принудительно* госпитализировать недееспособного гражданина в психиатрический стационар *без судебного решения*.

Законом «О психиатрической помощи» создаются правовые основания для реализации двух положений: снижения активности проводимой медикаментозной терапии и разработки мер по совершенствованию деятельности психиатрических учреждений по психосоциальной реабилитации пациентов.

Действующим законодательством предусматривается бесплатное оказание психиатрической помощи за счет федерального и регионального бюджетов, а также социальная поддержка и социальное обслуживание в трудной жизненной ситуации лиц, страдающих психическими расстройствами, органами государственной власти субъектов Российской Федерации. С этих позиций качество психиатрической помощи не может быть обеспечено в необходимой мере без законодательного регулирования разработки и внедрения принципиально новых проектов лечебно-профилактических учреждений и проведения новой кадровой политики в области психического здоровья.

В последние годы отечественными психиатрами рассматривается вопрос, в какой степени патерналистской должна быть позиция психотерапевта, чтобы не вызывать протест у пациента с так называемыми непсихотическими психическими расстройствами. Указывается, например, что психотерапевт должен заниматься не просто коррекцией классической реакции пациента на медикаментозное лечение, но также его отношением к лечащему врачу, поскольку эффект медикаментозного лечения во многом зависит от суггестии.

Пунктом 2 постановления Совета Министров Правительства Российской Федерации от 28 апреля 1993 г. № 377 установлено, что к участию в оказании психиатрической помощи допускаются врачи-психиатры, иные специалисты и медицинские работники, имеющие специальную подготовку и необходимую квалификацию. Допуск к профессиональной деятельности и повышение квалификации проводятся в установленном порядке. Вопрос о допуске медицинских и иных работников к участию в оказании психиатрической помощи решается руководителем психиатрического и психоневрологического учреждения или частнопрактикующим врачом-психиатром в соответствии с действующим законодательством.

В программы подготовки врачей, не имеющих специализации в области психиатрии, но участвующим в оказании психиатрической помощи, следует включать разделы, относящиеся к принципам оказания психиатрической помощи и правам лиц, страдающих психическими расстройствами, в том числе - к сохранению врачебной тайны при оказании психиатрической помощи, диагностике и лечению психических расстройств, видам психиатрической помощи и социальной защиты, правам и обязанностям медицинских работников и иных специалистов при оказании психиатрической помощи, ответственности за нарушение Закона «О психиатрической помощи».

Специальная подготовка и подтверждение квалификации медицинских психологов осуществляется в соответствии с государственным образовательным стандартом и в порядке, предусмотренном Унифицированной программой переподготовки и тематического усовершенствования по специальности «Клиническая психология».

Специальная подготовка и подтверждение квалификации специалистов по социальной работе и социальных работников осуществляется в порядке, предусмотренном Положением о подготовке специалистов по социальной работе, Программой непрерывного обучения и примерными тематическими учебными планами подготовки по социальной работе.

Специальная подготовка и подтверждение квалификации среднего медицинского персонала осуществляются в соответствии с ведомственными приказами.

Специальная подготовка и подтверждение квалификации младшего медицинского персонала осуществляется в порядке инструктажа, предусмотренного ведомственным приказом об утверждении правил устройства, эксплуатации и охраны труда психиатрических больниц.

Неблагополучное материально-техническое состояние психиатрических и психоневрологических учреждений (зданий, транспортных средств, оборудования, инвентаря) и низкую оплату труда персонала нередко связывают с так называемым остаточным принципом финансирования психиатрической помощи. С учетом того, что почти все учреждения психиатрического профиля в России относятся к государственным, подобные объяснения следует признать справедливыми.

V. Ganju (2002) относит финансирование к наиболее критикуемому блоку строительства систем психического здоровья и полагает, что политики и специалисты в области планирования психического здоровья прежде всего должны обращаться к следующим ключевым вопросам: а) каким образом мобилизовать достаточные средства для финансирования служб психического здоровья и для необходимой инфраструктуры; б) как разместить эти средства и организовать доставку психиатрической помощи так, чтобы определить потребности и приоритеты; в) как контролировать стоимость помощи. Автор подчеркивает, что финансирование психиатрической помощи не является изолированной деятельностью, но широко проявляется в политическом и экономическом контекстах, а также, часто, в контексте большего финансирования здравоохранения вообще.

Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан в области охраны здоровья граждан (далее – Основы) к полномочиям федеральных органов государственной власти (статья 5), отнесены: а) принятие и изменение федеральных законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, надзор и контроль за их соблюдением и исполнением; б) регулирование и защита прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья граждан; в) установление и проведение единой государственной политики в области охраны здоровья граждан, разработка и реализация федеральных программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи, санитарно-гигиеническому образованию населения и по другим вопросам в области охраны здоровья граждан; г) организация оказания специализированной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в федеральных специализированных медицинских учреждениях, перечень которых утверждается уполномоченным Правительством Российской Фе-

дерации федеральным органом исполнительной власти; д) организация и обеспечение государственного санитарно-эпидемиологического надзора; е) реализация мер, направленных на спасение жизни людей и защиту их здоровья при чрезвычайных ситуациях, информирование населения об обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и о принимаемых мерах; ж) установление стандартов медицинской помощи, стандартов оснащения организаций здравоохранения медицинским оборудованием и других федеральных стандартов в сфере здравоохранения; з) организация и осуществление контроля за соответствием качества оказываемой медицинской помощи; разработка и утверждение программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи; и) установление единой федеральной системы статистического учета и отчетности в области охраны здоровья граждан; к) разработка единых критериев и программ подготовки медицинских и фармацевтических работников, определение номенклатуры специальностей в здравоохранении и номенклатуры организаций здравоохранения; л) установление порядка организации и производства медицинских экспертиз; н) лицензирование отдельных видов деятельности в сфере здравоохранения, за исключением лицензирования видов деятельности, переданного для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации; о) установление порядка создания и деятельности комитетов (комиссий) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан; п) координация научных исследований, финансирование федеральных программ научных исследований в области охраны здоровья граждан; р) международное сотрудничество Российской Федерации и заключение международных договоров Российской Федерации в области охраны здоровья граждан.

Основами к полномочиям федеральных органов государственной власти в области охраны здоровья граждан, переданным для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации (статья 5.1), отнесены: а) осуществление контроля за соответствием качества оказываемой медицинской помощи установленным федеральным стандартам в сфере здравоохранения (за исключением контроля качества высокотехнологичной медицинской помощи, а также медицинской помощи, оказываемой в федеральных организациях здравоохранения); б) лицензирование медицинской деятельности организаций муни-

ципальной и частной систем здравоохранения (за исключением деятельности по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи).

Основами к полномочиям органов государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан (статья 6), отнесены: а) принятие законов и иных нормативных правовых актов субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, надзор и контроль за их соблюдением и исполнением; б) защита прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья граждан; в) разработка, утверждение и реализация региональных программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, лекарственному обеспечению, санитарно-гигиеническому образованию населения; г) разработка, утверждение и реализация территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи; д) формирование расходов бюджета субъекта Российской Федерации на здравоохранение; е) установление медико-экономических стандартов в соответствии с федеральными стандартами медицинской помощи; ж) организация оказания специализированной медицинской помощи в специализированных медицинских учреждениях (за исключением федеральных специализированных медицинских учреждений, перечень которых утверждается уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти); з) организация оказания медицинской помощи, предусмотренной законодательством субъекта Российской Федерации для определенных категорий граждан; и) обеспечение лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами организаций здравоохранения, находящихся в ведении субъекта Российской Федерации; к) реализация мер, направленных на спасение жизни людей и защиту их здоровья при чрезвычайных ситуациях, информирование населения об обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и о принимаемых мерах; л) регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о распространенности социально значимых заболеваний.

Органы государственной власти субъекта Российской Федерации имеют право установления региональных стандартов медицинской помощи на уровне не ниже федеральных стандартов. Статьи 40 (Специали-

зированной медицинской помощи) и 41 (Медико-социальная помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями) Основ содержат положения относительно финансирования учреждений, оказывающих специализированную медицинскую помощь, видов и объемов медико-социальной помощи, мер социальной поддержки лицам, страдающим социально значимыми заболеваниями.

В частности, установлено, что финансовое обеспечение мероприятий по оказанию специализированной медицинской помощи, в зависимости от подчиненности специализированных медицинских организаций, является расходным обязательством субъектов Российской Федерации или Российской Федерации.

Установлено, что гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, перечень которых определяется уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти, оказывается медико-социальная помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях бесплатно или на льготных условиях.

Установлено также, что виды и объем медико-социальной помощи, предоставляемой гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, определяются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения, а меры социальной поддержки гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, устанавливаются органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Наконец, установлено, что финансовое обеспечение мероприятий по оказанию медико-социальной помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями (за исключением помощи, оказываемой федеральными специализированными медицинскими учреждениями) является расходным обязательством субъектов Российской Федерации.

Лекция 7.

Правовое регулирование принудительного лечения в амбулаторных условиях и в условиях психиатрического стационара

Докт. мед. наук, профессор *Котов В.П.*

Цель лекции: повысить уровень информированности работников психиатрических служб высшего звена в вопросах правового регулирования принудительного лечения в амбулаторных и стационарных условиях.

Целевая группа: главные врачи психиатрических учреждений, заместители главных врачей по лечебной работе, врачи-психиатры, потребители психиатрической помощи.

План лекции:

1. Основными задачами принудительных мер медицинского характера, применяемых в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния (ООД), являются лечение и проведение реабилитационных мероприятий с целью излечения или улучшения психического состояния этих лиц, а также предупреждения совершения ими новых общественно опасных деяний при строгом соблюдении их прав и законных интересов (ст.98 УК РФ).

В соответствии с частью 1 статьи 99 Уголовного кодекса Российской Федерации в качестве принудительных мер медицинского характера могут применяться: а) амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра; б) принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа; в) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа; г) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

2. Если лицо не представляет опасности по своему психическому состоянию (а равно при прекращении применения принудительных мер медицинского характера), суд в соответствии с частью 4 статьи 97 и частью 4 статьи 102 Уголовного кодекса Российской Федерации может, не прибегая к принудительному лечению, передать необходимые материалы органам здравоохранения. Последние в таких случаях могут применить к нему медицинские (непринудительные) меры, предусмотренные

Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»: поместить больного в психиатрический стационар для лечения на общих основаниях; передать его под диспансерное наблюдение психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета); направить в психоневрологическое учреждение социального обслуживания.

Указанные принудительные меры в соответствии с частью 1 статьи 97 Уголовного кодекса Российской Федерации могут применяться к лицам: 1) которые совершили общественно опасные деяния, предусмотренные уголовным законом, в состоянии невменяемости (статья 21 Уголовного кодекса Российской Федерации); 2) у которых после совершения преступления, но до вынесения приговора, наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение наказания (часть 1 статьи 81 Уголовного кодекса Российской Федерации); 3) у которых во время отбывания наказания наступило психическое расстройство, делающее невозможным его дальнейшее отбывание (часть 1 статьи 81 Уголовного кодекса, п.6 статьи 397 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации).

3. В соответствии с частью 2 статьи 97 Уголовного кодекса Российской Федерации принудительные меры медицинского характера назначаются перечисленным в пунктах 1,2,3 лицам только в случаях, когда имеющиеся у них психические расстройства связаны с возможностью причинения ими ***«иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц»***.

Судебно-психиатрические эксперты (экспертные комиссии), комиссии врачей-психиатров лечебных учреждений, осуществляющих принудительное лечение, психиатрические комиссии по освидетельствованию осужденных выбор рекомендуемой для применения судом меры медицинского характера осуществляют, исходя из психического состояния лица с учетом характера совершенного им общественно опасного деяния, что должно быть раскрыто в мотивировочной части даваемой рекомендации. Заключение комиссии основывается на общем ***принципе необходимости и достаточности*** рекомендуемой меры для предотвращения новых опасных действий со стороны больного, а также для проведения показанных ему лечебно-реабилитационных мероприятий.

4. При выборе принудительной меры медицинского характера следует учитывать ряд клиничко-психопатологических и социально-психо-

логических признаков, взаимодействие которых может привести к формированию психопатологического механизма общественно опасного деяния.

К клинко-психопатологическим факторам риска совершения общественно опасных деяний относятся преимущественно следующие формы психической патологии: а) психопатоподобные синдромы с повышенной поведенческой активностью и патологией влечений (в том числе гебоидный); б) бредовые идеи определенного содержания, особенно направленные против конкретных лиц или организаций (персонифицированные) и сопровождающиеся аффективной напряженностью (прежде всего идеи ревности, преследования, сексуального воздействия и т.п.); в) периодические и пароксизмальные психотические состояния, сопровождающиеся агрессивностью и имеющие тенденцию к частому возникновению; г) депрессивные состояния с бредовыми идеями самообвинения (риск совершения общественно опасных действий по механизму «расширенного самоубийства»); д) маниакальные и гипоманиакальные состояния с общей расторможенностью и псевдопредприимчивостью.

5. При различных психопатологических состояниях риск совершения общественно опасных деяний увеличивают также следующие факторы: а) проявления социальной дезадаптации в виде отсутствия работы и трудовой занятости, материальной необеспеченности, жилищно-бытовой неустроенности (особенно отсутствие постоянного места жительства), семейного неблагополучия, подверженности асоциальному влиянию со стороны других лиц; б) склонность к систематическому употреблению алкоголя, наркотических средств или других одурманивающих веществ; в) наличие криминального опыта, повторность совершения общественно опасных деяний (как до, так и после начала психического расстройства); г) нарушения больничного режима и их характер при прежних госпитализациях в психиатрические стационары.

6. *Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра (АПНЛ)* в соответствии со статьей 100 УК Российской Федерации может быть назначено лицам, перечисленным в пунктах 1,2,3, если они по своему психическому состоянию «не нуждаются в помещении в психиатрический стационар».

С учетом этого требования применение данной принудительной меры медицинского характера следует рекомендовать преимущественно ли-

цам: а) совершившим общественно опасное деяние в состоянии временного психического расстройства или психотического обострения (приступа, пароксизма, фазы) хронического психического расстройства, разрешившихся ко времени проведения экспертизы, в случае малой вероятности повторения психоза, а также при сохранности социальной адаптации больного и способности к соблюдению предписанного режима; б) с явлениями слабоумия, состояниями психического дефекта различного происхождения и другими психическими расстройствами, совершившим общественно опасное деяние, спровоцированное неблагоприятной ситуацией, которая к настоящему времени ликвидирована; в) с хроническими психическими расстройствами или слабоумием после проведения принудительного лечения в психиатрическом стационаре при неустойчивой социальной адаптации и выявлявшейся в прошлом склонности к повторным общественно опасным действиям – в качестве этапа перед полным прекращением принудительного лечения (в порядке изменения принудительной меры медицинского характера).

В заключении при обосновании амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра необходимо показать либо, что ООД совершено в состоянии временного психического расстройства или психотического обострения (приступа, пароксизма) хронического психического расстройства, которое к настоящему времени прошло и его повторение маловероятно, либо что оно было спровоцировано неблагоприятной ситуацией, разрешившейся к настоящему времени, либо, наконец (в порядке изменения формы принудительного лечения), что для адаптации к самостоятельному (вне психиатрического стационара) проживанию необходима помощь со стороны внебольничного психиатрического учреждения. В любом случае следует также указать, что по своему психическому состоянию и социально-бытовым условиям больной способен поддерживать необходимый контакт с этим учреждением.

7. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре (больнице, отделении) *общего типа* в соответствии с частью 2 статьи 101 УК Российской Федерации назначается указанным лицам, если они по своему психическому состоянию «нуждаются в стационарном лечении и наблюдении, но не требуют интенсивного наблюдения».

С учетом этого требования применение данной принудительной меры медицинского характера следует рекомендовать преимущественно ли-

цам: а) совершившим общественно опасное деяние и (или) находящимся в данное время в психотическом состоянии, в случаях отсутствия выраженных тенденций к грубым нарушениям больничного режима и благоприятного прогноза в отношении терапевтического купирования психоза, но при сохраняющейся вероятности его повторения (хронические заболевания с периодическими обострениями; наличия патологической почвы, способствующей возникновению временных психотических состояний, например, алкоголизма, наркомании, резидуального органического поражения головного мозга и т.п.), а также при недостаточной критике к своему состоянию, делающей невозможным проведение лечения в стационаре или в амбулаторных условиях на добровольных началах; б) с явлениями слабоумия, состояниями психического дефекта различного происхождения и другими психическими расстройствами, совершившим деяния, спровоцированные какими-либо внешними неблагоприятными обстоятельствами, без выраженной тенденции к их повторению и грубым нарушениям больничного режима; в) страдающим психическим расстройством, развившимся после совершения преступления, при отсутствии выраженных тенденций к совершению новых общественно опасных деяний и грубым нарушениям больничного режима; г) с хроническими психическими расстройствами или слабоумием после принудительного лечения в психиатрических стационарах (больницах, отделениях) специализированного типа, в том числе с интенсивным наблюдением, в случае улучшения их психического состояния и(или) снижения опасности, но при наличии редуцированной психотической симптоматики, что позволяет продолжить принудительное лечение в условиях психиатрического стационара общего типа (в порядке изменения принудительной меры медицинского характера); д) обнаружившим во время ранее назначенного судом амбулаторного принудительного лечения ухудшение психического состояния и(или) возрастание опасности, если это делает невозможным проведение показанных лечебно-реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях и требует перевода в условия психиатрического стационара (больницы, отделения) общего типа (в порядке изменения принудительной меры медицинского характера).

В отношении принудительного лечения в психиатрическом стационаре общего типа в заключении необходимо показать, что совершенное больным ООД, либо обусловлено выраженным психическим расстрой-

ством (обострением), которое является курабельным и преходящим, либо связано с внешними неблагоприятными обстоятельствами, что у больного нет тенденции к грубым нарушениям больничного режима и стойких асоциальных установок, но отсутствие достаточно критичного отношения к своему болезненному состоянию не позволяет рассчитывать на добровольное проведение показанных лечебно-реабилитационных мероприятий. Поэтому последнее следует провести в принудительном порядке. Если психическое расстройство возникло после совершения преступления (п. «в»), а также, если лицо уже находилось на другом виде принудительного лечения (в порядке изменения принудительной меры медицинского характера – п.п. «г» и «д»), в обосновании следует указать на относительную опасность этого лица и наличие таких нарушений поведения и критики к своему состоянию, которые требуют стационарного лечения в принудительном порядке.

8. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре (больнице, отделении) специализированного типа в соответствии с частью 3 статьи 101 УК Российской Федерации может быть назначено лицам, если они по своему психическому состоянию требуют «постоянного наблюдения». С учетом этого требования применение данной принудительной меры медицинского характера следует рекомендовать преимущественно лицам: а) с хроническими психическими расстройствами или слабоумием, обнаруживающим в силу клинических проявлений заболевания и (или) преморбидных личностных особенностей склонность к повторным общественно опасным деяниям и нарушениям больничного режима, делающим невозможным проведение показанных им лечебно-реабилитационных мероприятий в условиях психиатрического стационара (больницы, отделения) общего типа; б) совершившим общественно опасное деяние в состоянии временного психического расстройства или психотического обострения (приступа, пароксизма, фазы) хронического психического расстройства при сохраняющейся тенденции к повторению таких состояний в связи с наличием предрасполагающих факторов (органическое поражение головного мозга, личностные расстройства, синдромы зависимости от психоактивных веществ и т.п.); в) страдающим психическим расстройством, развившимся после совершения преступления, в случае угрозы совершения ими новых общественно опасных деяний, грубых нарушений больничного режима, вклю-

чая побег; г) с хроническими психическими расстройствами или слабоумием после принудительного лечения в психиатрическом стационаре (больнице, отделении) специализированного типа с интенсивным наблюдением при улучшении их психического состояния и (или) снижении опасности, позволяющих продолжить принудительное лечение, включая проведение восстановительных (реабилитационных) мероприятий, в психиатрическом стационаре (больнице, отделении) специализированного типа (в порядке изменения принудительной меры медицинского характера); д) обнаружившим во время проведения ранее назначенной судом менее строгой принудительной меры медицинского характера ухудшение психического состояния и(или) возрастание опасности, если это делает невозможным проведение показанных лечебно-реабилитационных мероприятий в прежних условиях и требует их перевода в условия психиатрического стационара (больницы, отделения) специализированного типа (в порядке изменения принудительной меры медицинского характера).

В отношении принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа в заключении следует показать, что больной, хотя и не представляет особой опасности для общества, в силу психических нарушений, носящих стойкий или рецидивирующий характер (указать каких именно), обнаруживает тенденцию к асоциальному образу жизни (в чем это проявляется), повторным ООД и внутрибольничным нарушениям (каким именно), требующим помещения в условия специально организованного режима.

9. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре (больнице, отделении) специализированного типа с интенсивным наблюдением в соответствии с частью 4 статьи 101 УК РФ, если они по своему психическому состоянию «представляют особую опасность для себя или других лиц и требуют постоянного и интенсивного наблюдения».

С учетом этого требования применение данной принудительной меры медицинского характера следует рекомендовать преимущественно лицам: а) с хроническими психическими расстройствами или слабоумием, обнаруживающим тенденцию, обусловленную клиническими проявлениями заболевания и (или) преморбидными личностными особенностями, к совершению повторных **тяжких** или **особо тяжких** общественно опасных деяний, особенно насильственного характера; б) со-

вершившим общественно опасное деяние в состоянии временного психического расстройства или психотического обострения (приступа, пароксизма, фазы) хронического психического расстройства при высокой вероятности в связи с наличием предрасполагающих факторов (органическое поражение головного мозга, личностные расстройства, синдромы зависимости от психоактивных веществ и т.п.) повторения состояний, сопровождающихся тенденцией к совершению **тяжких и особо тяжких** общественно опасных деяний (особенно насильственного характера); в) с хроническими психическими расстройствами или слабоумием, обнаруживающим в силу клинических проявлений заболевания и(или) преморбидных личностных особенностей упорные антисоциальные тенденции, проявляющиеся в многократных общественно опасных действиях, а также в грубых нарушениях больничного режима по данным прежних стационаров (нападения на персонал, побеги, инициирование групповых беспорядков), если указанные нарушения поведения делают невозможным проведение показанных им лечебно-реабилитационных мероприятий в условиях применения других принудительных мер медицинского характера; г) страдающим психическим расстройством, развившимся после совершения преступления, в случае угрозы совершения ими новых тяжких или особо тяжких деяний, а также побега; д) обнаружившим во время применения ранее назначенной судом менее строгой принудительной меры медицинского характера ухудшение психического состояния и(или) возрастание опасности, если это делает невозможным проведение показанных им лечебно-реабилитационных мероприятий в прежних условиях и требует их перевода в условия психиатрического стационара специализированного типа с интенсивным наблюдением (в порядке изменения принудительной меры медицинского характера).

В случае рекомендации принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением в заключении необходимо показать, что больной в силу тяжести совершенного деяния, его повторности (или многократности) и сохраняющихся особенностей состояния (каких именно), которые обуславливают значительную вероятность новых опасных деяний, либо в силу грубых расстройств поведения (каких именно), препятствующих проведению показанных ему лечебно-реабилитационных мероприятий, представляет особую опасность для общества.

10. Судебно-психиатрическим экспертным комиссиям (отдельным экспертам), комиссиям врачей-психиатров лечебных учреждений, осуществляющих принудительное лечение, психиатрическим комиссиям по освидетельствованию осужденных **не следует рекомендовать суду применение принудительных мер медицинского характера** в отношении лиц, риск совершения которыми повторных общественно опасных деяний незначителен. В таких случаях, как и при прекращении применения принудительных мер медицинского характера, может быть рекомендовано суду в соответствии с частью 4 статьи 97 и частью 4 статьи 102 УК Российской Федерации передать необходимые материалы органам здравоохранения для решения вопроса об амбулаторном или стационарном лечении этих лиц либо направлении их в психоневрологические учреждения для социального обслуживания в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации о здравоохранении.

Рекомендацию о неприменении принудительных мер медицинского характера следует давать преимущественно в отношении лиц: а) совершивших общественно опасное деяние в состоянии временного психического расстройства, разрешившегося ко времени проведения экспертизы, при отсутствии каких-либо патологических нарушений, предрасполагающих к возможному повторению психоза; б) с явлениями слабоумия, состояниями психического дефекта различного происхождения и другими психическими расстройствами, сопровождающимися пассивностью и беспомощностью, результатом которых в условиях отсутствия надлежащей психиатрической помощи явилось совершенное общественно опасное деяние. Такое решение также следует соответствующим образом обосновать в заключении, показав, что ООД совершено либо в состоянии временного расстройства психической деятельности без тенденции к повторению, либо явилось результатом отсутствия адекватной психиатрической помощи при пассивности и беспомощности больного.

11. В заключении о целесообразности **прекращения применения принудительных мер медицинского характера** необходимо показать, какие изменения в психическом состоянии произошли в результате проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий, и почему больной перестал представлять общественную опасность. В отношении лиц, заболевших психическим расстройством после совершения преступления (часть 1 статьи 81 УК РФ), но до вынесения приговора (п.2 раздела

«Общие положения» настоящего пособия) следует показать, что наступившее улучшение психического состояния привело к восстановлению способности лица осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) и руководить ими. Последнее необходимо, поскольку согласно части 4 статьи 81 УК РФ эти лица в таком случае могут подлежать уголовной ответственности и наказанию.

12. Применение принудительных мер медицинского характера *в отношении несовершеннолетних* следует рекомендовать в соответствии с приведенными критериями. Во время принудительного лечения этих лиц должны быть созданы условия для возможного продолжения их обучения и профессиональной подготовки. Желательно ограничить направление в психиатрические стационары специализированного типа с интенсивным наблюдением несовершеннолетних, не достигших 16-летнего возраста.

Лекция 8.

Порядок исполнения принудительных мер медицинского характера

Докт. мед. наук, профессор *Котов В.П.*

Цель лекции: повысить уровень информированности работников психиатрических служб высшего звена в вопросах порядка исполнения принудительных мер медицинского характера.

Целевая группа: главные врачи психиатрических учреждений, заместители главных врачей по лечебной работе, врачи-психиатры, потребители психиатрической помощи.

План лекции:

1. Стационарное принудительное лечение проводится в психиатрических стационарах (больницах, отделениях), на которые органами управления здравоохранением возложены эти функции; амбулаторное принудительное наблюдение и лечение – во всех лечебно-профилактических учреждениях, осуществляющих диспансерное наблюдение за лицами с тяжелыми психическими расстройствами. В крупных психоневрологических диспансерах с этой целью могут создаваться кабинеты активного диспансерного наблюдения (АДН). В целях предотвращения дезадаптации больного и обеспечения преемственности между стационар-

ным и диспансерным звеньями психиатрической помощи принудительное лечение в психиатрических стационарах общего и специализированного типов, а также амбулаторное принудительное наблюдение и лечение, как правило, осуществляются по месту жительства больного, его родственников или законного представителя. В психиатрических учреждениях, осуществляющих принудительное лечение, мужчины и женщины содержатся отдельно.

Основанием для помещения лица на принудительное лечение в психиатрический стационар (больницу, отделение) или принятия на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение является определение суда о применении к нему соответствующей принудительной меры медицинского характера. Копия определения суда и документы, удостоверяющие личность и место жительства больного (паспорт, военный билет - для лиц, проходящих военную службу по призыву), направляются в то учреждение, в котором больной находится после произведенной ему экспертизы (психиатрического освидетельствования) или в психоневрологический диспансер (диспансерное отделение, кабинет), если больной находится дома. Указанное учреждение вместе с больным направляет по месту проведения принудительного лечения названные документы, а также в обязательном порядке копию заключения судебно-психиатрической экспертизы или акта психиатрического освидетельствования (для осужденных), выписку из истории болезни (медицинской карты), если больной после проведения экспертизы (психиатрического освидетельствования) находился под наблюдением врачей и получал лечение.

Мера пресечения, если она была применена в ходе производства по делу, отменяется судом с момента доставки больного в психиатрический стационар (больницу, отделение) или принятия на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета).

2. В случае перевода больного из одного учреждения в другое для продолжения принудительного лечения с ним направляются все названные документы, выписка из истории болезни (медицинской карты), а также копии последнего определения суда о продлении или изменении вида принудительного лечения и соответствующего заключения комиссии врачей-психиатров. В выписке из истории болезни в дополнение к сведениям, обычно включаемым в медицинскую документацию, сооб-

щаются также следующие данные о больном (так называемая формула общественной опасности): ведущий синдром; тип течения заболевания; психопатологический механизм, характер и кратность совершенных больным общественно опасных деяний; личностные и ситуационные факторы, способствующие и препятствующие их осуществлению; проведенные на данном этапе лечебно-реабилитационные мероприятия и их эффективность; рекомендуемые в дальнейшем меры по предотвращению общественно опасных деяний.

Копии определений суда и иные перечисленные документы должны быть заверены подписями должностных лиц и скреплены печатями.

3. При проведении принудительного лечения могут применяться только методы диагностики, лечения и реабилитации, разрешенные Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Выбор этих методов определяется исключительно клиническими показаниями. В соответствии с частями 1 и 4 статьи 11 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» лечение этих лиц может проводиться либо по общему правилу, после получения их письменного согласия, либо (при отсутствии такового, но при наличии показаний) - без их согласия и без согласия их законных представителей. В последних случаях, кроме неотложных, лечение назначается комиссией врачей-психиатров. Применение хирургических и других методов лечения психических расстройств, вызывающих необратимые последствия, а также проведение испытаний медицинских средств и методов в период принудительного лечения не допускается.

4. Продление, изменение и прекращение принудительного лечения

Все лица, находящиеся на амбулаторном и стационарном принудительном лечении, в соответствии с частью 2 статьи 102 Уголовного кодекса Российской Федерации должны не реже одного раза в шесть месяцев подвергаться освидетельствованию комиссией врачей-психиатров для определения их психического состояния и решения вопроса о наличии оснований для внесения представления в суд о продлении, изменении или прекращении применения принудительной меры. Если состояние больного изменилось, а также по ходатайству его самого, его законного представителя и (или) близкого родственника освидетельствование может быть произведено в любое время до истечения шести месяцев.

Исчисление срока очередного освидетельствования производится от даты вступления в законную силу определения суда о назначении или изменении принудительной меры медицинского характера. Если результатом предшествующего освидетельствования комиссией врачей-психиатров явилось продление принудительного лечения, то исчисление производится от даты этого освидетельствования.

Выводы комиссии врачей-психиатров о необходимости продления, изменения или прекращения применения принудительной меры оформляются специальным Заключением о психиатрическом освидетельствовании лица, находящегося на принудительном лечении (форма 104/У), на основании которого главным врачом лечебного учреждения или его заместителем делается соответствующее представление в суд, назначивший принудительную меру, или в суд по месту нахождения лечебного учреждения, с приобщением указанного Заключения. Если психическое состояние лица не изменяется, то первое продление принудительного лечения производится в указанном порядке по истечении шести месяцев после его назначения, в дальнейшем это делается судом ежегодно. В случае продления судом применения принудительной меры, по прошествии шести месяцев после предыдущего освидетельствования, больной представляется на врачебную комиссию, которая, если его состояние не изменилось, подтверждает необходимость продолжения принудительного лечения (обращения в суд при этом не требуется). Мотивированное решение комиссии заносится в медицинскую карту больного и скрепляется подписями всех ее членов.

Заключение с рекомендацией о прекращении применения принудительной меры медицинского характера дается комиссией врачей-психиатров в случае выздоровления лица или такого изменения его психического состояния, при котором отпадает необходимость лечения в принудительном порядке, либо в связи с тем, что оно перестало представлять опасность для себя и других лиц (п. 1, 3 раздела «Общие положения»), либо в связи с тем, что восстановилась его способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) и руководить ими (п. 2 раздела «Общие положения»).

Заключение с рекомендацией изменить принудительную меру медицинского характера дается комиссией врачей-психиатров в случае такого изменения (или обнаружения ранее имевшихся особенностей) психи-

ческого состояния лица, при котором отпадает необходимость в применении ранее назначенной и возникает необходимость в назначении иной принудительной меры медицинского характера.

5. При постановке перед судом вопроса об изменении или отмене принудительного лечения комиссия врачей-психиатров может в случае необходимости использовать принцип «ступенчатости», в соответствии с которым полная отмена принудительных мер осуществляется после предварительного изменения более строгой на менее строгую меру. Это не следует понимать как обязательное проведение больного по всем видам принудительного лечения. При выборе менее строгой меры следует руководствоваться критериями, изложенными в настоящем пособии.

Главный врач лечебного учреждения, осуществляющего принудительное лечение, или его заместитель обязаны обратиться в суд с представлением о продлении, изменении или прекращении применения принудительной меры медицинского характера не позднее чем в 10-дневный срок со дня вынесения комиссией врачей-психиатров соответствующего заключения.

Больной, в отношении которого определением суда прекращено применение принудительных мер медицинского характера, при наличии медицинских показаний может быть в соответствии с Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (принят Верховным Советом РФ 2 июля 1992 г. № 3185-1) оставлен для продолжения лечения на общих основаниях в том же или ином психиатрическом стационаре (кроме стационаров специализированного типа и специализированного типа с интенсивным наблюдением), направлен в психоневрологическое учреждение для социального обслуживания, передан под наблюдение психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета).

Обращаясь в суд с представлением об отмене принудительного лечения в психиатрическом стационаре, лечебное учреждение одновременно направляет в психоневрологический диспансер (диспансерное отделение, кабинет) по месту жительства больного уведомление о предстоящей отмене принудительного лечения и выписку из медицинской карты стационарного больного с включением в нее данных, составляющих формулу общественной опасности (см. раздел «Порядок исполнения принудительных мер» настоящего пособия). По получении определения

суда о прекращении применения принудительной меры медицинского характера или об отказе в этом диспансер дополнительно извещается телефонограммой. Если принудительное лечение в стационаре заменено судом на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение, то в психоневрологический диспансер (диспансерное отделение, кабинет) направляется по почте или с сопровождающим больного лицом та же документация, что и при поступлении на принудительное лечение (см. выше).

6. Лечебное учреждение, в котором лицо находилось на принудительном лечении, извещает о выписке больного его родственников или законного представителя и орган внутренних дел по месту жительства.

Лица, выписываемые после принудительного лечения в стационаре, направляются к месту жительства в зависимости от психического и соматического состояния в сопровождении родственников, законных представителей, медицинских работников лечебного учреждения, осуществлявшего принудительное лечение, либо самостоятельно.

Лицам, выписанным из психиатрического стационара (больницы, отделения), и их сопровождающим стоимость проезда к месту жительства (если оно находится в другом населенном пункте) оплачивается лечебным учреждением за счет средств, выделяемых на командировочные расходы, за исключением тех случаев, когда больной или его родственники предпочитают оплатить проезд самостоятельно. Проездные документы выдаются выписанным из стационара на руки, если они следуют к месту жительства самостоятельно.

7. Практическое использование основных положений и правил, содержащихся в настоящем пособии, позволяет избежать ряда организационных и управленческих неувязок и недоразумений, связанных с недостаточной регламентацией деятельности различных подразделений и служб органов здравоохранения. Соблюдение изложенных в пособии требований облегчает также взаимодействие с правоохранительными органами и судами и позволяет избежать нарушения установленных правовых норм в отношении лиц, направляемых на принудительное лечение. Проверки работы экспертных судебно-психиатрических комиссий, стационаров и внебольничных подразделений, осуществляющих амбулаторное и стационарное принудительное лечение, говорят о более эффективной работе учреждений, строго следующих изложенным в пособии критериям выбора принудительных мер медицинского характера.

Соблюдение этих критериев существенно облегчает работу экспертов и приводит к более адекватному и единообразному распределению больных по различным видам принудительного лечения. Одним из важных показателей эффективности метода является уменьшение при его использовании числа внутрибольничных чрезвычайных происшествий и повторных ООД, совершаемых больными во время амбулаторного принудительного лечения.

Лекция 9.

Судебно-психиатрические экспертизы, обусловленные Семейным кодексом РФ

Докт. мед. наук, профессор *Н.К. Харитонова*

Цель лекции: повышение уровня знаний работников психиатрических служб в области судебно-психиатрической экспертизы, в связи с требованиями Семейного кодекса РФ.

Целевая группа: главные врачи психиатрических учреждений, заместители главных врачей по лечебной работе, врачи-психиатры, психологи, специалисты по социальной работе.

План лекции:

1. *Вводная часть.* Число детей, которые нуждаются в правовой защите в связи со спорами, вытекающими из брачно-семейных отношений и со случаями жестокого обращения с ними в семье, составляют большую социальную группу.

Около 470 тыс. детей остаются без одного из родителей. Не менее чем в 20% случаев один из родителей не признает права другого, отдельно проживающего родителя, на воспитание ребенка, что приводит к ущемлению интересов детей. На социально-профилактическом учете в отделении внутренних дел состоит свыше 200 тыс. родителей, не выполняющих своих обязанностей. Невыполнение своих обязанностей родителями нередко сопряжено с жестоким обращением с детьми. Способы воспитания детей должны исключать пренебрежительное, жестокое, грубое, унижающее достоинство обращение, оскорбление, эксплуатацию детей. Родители, осуществляющие родительские права в ущерб правам и интересам ребенка несут ответственность в установленном законом порядке, лишаются родительских прав, ограничиваются в своих правах.

Важнейшим аспектом защиты интересов детей, подвергающихся жестокому обращению со стороны матери, является предупреждение криминальных, агрессивных поступков, совершенных в отношении них.

Специфика агрессивного поведения женщин с психическими расстройствами обусловлена, как наличием психопатологической симптоматики, так и влиянием типичного для женщин комплекса психогенно-травмирующих переживаний с особой значимостью личных и внутрисемейных проблем.

2. *В качестве правовых мер защиты выступают:*

- Отобрание ребенка при непосредственной угрозе жизни ребенка органами опеки и попечительства с последующим решением этого вопроса через суд. Правовым основанием отобрания является постановление органа местного самоуправления.

- Госпитализация родителей в недобровольном порядке в психиатрическую больницу, когда пребывание с ним представляет для ребенка опасность.

- Ограничение родительских прав.

- Лишение родительских прав.

3. *Статья 73. Ограничение родительских прав*

- Суд может с учетом интересов ребенка принять решение об отобрании ребенка у родителей (одного из них) без лишения их родительских прав (ограничении родительских прав).

- Ограничение родительских прав допускается, если оставление ребенка с родителями (одним из них) опасно для ребенка по обстоятельствам, от родителей (одного из них) не зависящим (психическое расстройство или иное хроническое заболевание, стечение тяжелых обстоятельств и другие).

- Иск об ограничении родительских прав может быть предъявлен близкими родственниками ребенка, органами и учреждениями, на которые законом возложены обязанности по охране прав несовершеннолетних детей, дошкольными образовательными учреждениями, общеобразовательными учреждениями и другими учреждениями, а также прокурором.

Опасность в данном случае обусловлена невиновным поведением и является следствием тяжелого психического расстройства, в результате которого нарушается способность к адекватному отображению окружа-

ющей действительности и осознанной регуляции своего поведения.

Целью СПЭ является определение вероятности совершения опасного поведения одного из родителей в отношении ребенка (агрессия либо оставление в беспомощном состоянии).

Задачи СПЭ:

- задача 1: выявление психических расстройств с оценкой их выраженности и тяжести;
- задача 2: определение опасности лица с учетом психического состояния и динамики заболевания.

Вопросы к эксперту при назначении СПЭ в связи с ограничением родительских прав:

1. Страдает ли данное лицо каким-либо психическим расстройством?
2. Представляет ли данное лицо по психическому состоянию опасность для ребенка, учитывая характер психических расстройств и прогноз заболевания?

Факторы риска опасного поведения

Психопатологические состояния:

- психопатоподобные синдромы с повышенной поведенческой активностью и патологией влечений;
- депрессивные состояния с бредом самообвинения (риск совершения «расширенного самоубийства»);
- маниакальные и гипоманиакальные состояния с общей расторможенностью;
- бредовые синдромы преследования, ревности, воздействия (бредовая месть, бредовая защита, религиозный бред);
- психотические состояния, сопровождающиеся агрессивностью и имеющие тенденцию к частому возникновению.

Социально-психологические признаки:

- склонность к систематическому злоупотреблению алкоголем и наркотических средств;
- проявления социальной дезадаптации в виде отсутствия трудовой занятости, материальной необеспеченности, жилищно-бытовой неустроенности, семейного неблагополучия, подверженности асоциальному влиянию со стороны других лиц;
- склонность к совершению ООД;
- нарушения больничного режима, особенно сопряженные с агрессией.

4. КСППЭ по делам о разрешении споров, связанных с правом на воспитание детей:

Статья 63. Права и обязанности родителей по воспитанию и образованию детей: «Родители имеют право и обязаны воспитывать своих детей. Родители несут ответственность за воспитание и развитие своих детей. Они обязаны заботиться о здоровье, физическом, психическом, духовном и нравственном развитии своих детей. Родители имеют преимущественное право на воспитание детей перед всеми другими лицами».

Статья 65. Осуществление родительских прав: «При осуществлении родительских прав родители не вправе причинять вред физическому и психическому здоровью детей, их нравственному развитию. Способы воспитания детей должны исключать пренебрежительное, жестокое, грубое, унижающее человеческое достоинство обращение, оскорбление или эксплуатацию детей».

Место жительства детей при раздельном проживании родителей устанавливается соглашением родителей. При отсутствии соглашения спор между родителями разрешается судом исходя из интересов детей и с учетом мнения детей. При этом суд учитывает привязанность ребенка к каждому из родителей, братьям и сестрам, возраст ребенка, нравственные и иные личные качества родителей, отношения, существующие между каждым из родителей и ребенком, возможность создания ребенку условий для воспитания и развития (род деятельности, режим работы родителей, материальное и семейное положение родителей и другое).

Статья 66. Осуществление родительских прав родителей, проживающих отдельно от ребенка: «Родитель, проживающий отдельно от ребенка, имеет права на общение с ребенком, участие в его воспитании и решении вопросов получения ребенком образования. Родитель, с которым проживает ребенок, не должен препятствовать общению ребенка с другим родителем, если такое общение не причиняет вред физическому и психическому здоровью ребенка, его нравственному развитию».

КСППЭ при семейных спорах о воспитании, месте проживания ребенка.

Этапы экспертного исследования:

Этап 1: Индивидуальная психодиагностика членов семьи:

- задача 1: ИПО отца и матери;

● задача 2: ИПО ребенка, уровень и особенности его психического развития.

Вопросы суда:

1. Каковы индивидуально-психологические особенности отца (матери, другого фактического воспитателя)?

2. Не страдает ли отец (мать, другой фактический воспитатель) каким-либо психическим расстройством?

3. Каковы индивидуально-психологические особенности ребенка?

4. Каковы уровень и особенности психического развития ребенка?

5. Не страдает ли ребенок каким-либо психическим расстройством (нарушением психического развития)?

6. Имеются ли у ребенка психические расстройства, обусловленные семейным конфликтом?

Этап 2: ситуационная диагностика семейных отношений:

● задача 3: отношения ребенка с каждым из родителей (его привязанность к ним);

● задача 4: психологические взаимоотношения родителей.

Вопросы суда:

7. Каково психологическое отношение ребенка к отцу (матери, другим членам семьи)?

8. Каковы психологические взаимоотношения между отцом и матерью?

Этап 3: Прогностическая оценка психического развития ребенка

● задача 5: экспертная прогностическая оценка психического развития ребенка с учетом решения задач 1-4.

Вопрос суда:

9. Могут ли особенности психического состояния (если есть психические расстройства и недостатки), индивидуально-психологические особенности отца (матери, другого фактического воспитателя) оказать негативное влияние на психическое состояние и особенности психического развития ребенка?

Лекция 10.

Судебно-психиатрическая проблематика в работе общепсихиатрических учреждений.

Дело Т.Н. Ракевич, рассмотренное в Европейском суде по правам человека

канд. юрид. наук *Шишков С.Н.*

Цель лекции: повысить уровень информированности работников психиатрических служб высшего звена в вопросах нормативно-правовой базы организации психиатрической помощи в РФ, ориентировать слушателей на внедрение полученных знаний на практике.

Целевая группа: главные врачи психиатрических учреждений, заместители главных врачей по лечебной работе, врачи-психиатры, потребители психиатрической помощи.

План лекции:

1. Усиление роли и значения юридических аспектов деятельности врача-психиатра в сфере оказания психиатрической помощи.

1.1. В нашей стране вплоть до конца 80-х годов прошлого века едва ли не важнейшим признаком, отличающим психиатра общего профиля от судебного психиатра-эксперта, выступала юридическая составляющая их деятельности.

Считалось (причем не без достаточных к тому оснований), что в работе психиатра общего профиля юридическим вопросам отведена незначительная роль. Нормативно-правовая база его профессиональной деятельности сводилась к крайне немногочисленным «психиатрическим» нормам законодательства о здравоохранении начала 70-х годов и к ведомственным инструкциям Минздрава, в которых содержались одновременно как правовые нормы, так и положения методического характера.

В отличие от общей психиатрии, судебно-психиатрическая деятельность опиралась на обширный массив законодательных норм Уголовного и Уголовно-процессуального, Гражданского и Гражданского процессуального кодексов и некоторых других законодательных актов. Знание этих норм и умение ими пользоваться в своей работе рассматривались как обязательные элементы профессиональной подготовки судебного психиатра-эксперта (судебный психиатр – это знаток и психиатрии, и права, а общий психиатр – только психиатрии).

На рубеже 80-90-х годов XX века положение дел стало меняться. Коренной перелом произошел в 1993 году, когда вступили в силу два действующих и поныне медицинских закона: Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан и Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Законодательная регламентация деятельности общего психиатра по своему содержанию, объему и степени детализации сделалась вполне сопоставимой с законодательной регламентацией судебно-психиатрической экспертной деятельности. В качестве примера можно сослаться на законодательные нормы, регулирующие основания и порядок применения недобровольных психиатрических мер (ч. 4 ст. 23, ст.ст. 24-25, 29-36 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», гл. 35 ГПК РФ). Раньше указанная деятельность регулировалась почти исключительно ведомственными инструкциями Минздрава.

Еще один из аспектов «юридизации» общей психиатрии – введение процедур судебного контроля за осуществлением недобровольных психиатрических мер и предоставление права на судебную защиту тем лицам, чьи права нарушены в ходе оказания психиатрической помощи. Раньше контроль в рассматриваемой сфере был почти исключительно ведомственным. За защитой нарушенных прав можно было обращаться лишь в орган управления здравоохранением по подчиненности учреждения, оказывающего психиатрическую помощь. Предметом судебного разбирательства подобные дела не становились (за редчайшими исключениями).

1.2. Благодаря отмеченным законодательным изменениям деятельность психиатра общего профиля по целому ряду параметров сблизилась с деятельностью судебного психиатра-эксперта. Можно отметить два направления такого сближения:

а) с введением судебных процедур применения недобровольных психиатрических мер (недобровольного освидетельствования и недобровольной госпитализации), а также судебного порядка обжалования действий по оказанию психиатрической помощи психиатр общего профиля стал вызываться в суд для дачи объяснений и показаний. В суде психиатр, обязанный действовать в строгом соответствии с требованиями процессуального законодательства, должен знать это законодательство, уметь выступать в судебном заседании и отстаивать свою позицию в условиях состязательного судопроизводства;

б) по судебным делам об обжаловании действий, совершенных при оказании психиатрической помощи, требуются специальные психиатрические знания а, значит, необходимо производство судебно-психиатрической экспертизы. Ее предметом теперь может стать практически любой психиатрический вопрос (связанный с психиатрическим освидетельствованием, диагностикой, госпитализацией, лечением и пр.). Раньше предмет судебно-психиатрической экспертизы был специфичен и далек от вопросов, решаемых психиатрами общего профиля.

Наконец, юридические гарантии соблюдения прав человека при оказании психиатрической помощи ныне вполне сопоставимы с гарантиями защиты прав граждан, подвергающихся судебно-психиатрической экспертизе.

2. Дело Т. Ракевич как первое дело о недобровольной психиатрической госпитализации в России, рассмотренное Европейским Судом по правам человека.

Дело Т. Ракевич, которое слушалось в Страсбургском суде в 2003 году, можно рассматривать как серьезную проверку российского психиатрического законодательства и практики оказания психиатрической помощи на их соответствие общепризнанным международным стандартам.

Один из уроков, который следует извлечь из этого дела – недооценка отечественными психиатрами, осуществляющими недобровольную госпитализацию, необходимости тщательно обосновывать принятые ими решения, разъясняя их содержание и сущность судьям и участникам процесса.

В своем решении по делу Ракевич Страсбургский Суд также предъявил претензию к российскому Закону о психиатрической помощи. По мнению Суда, он не содержит достаточных гарантий реализации права на личное обращение в суд для пациентов, помещенных в психиатрический стационар. Действенным средством исправления указанного недостатка могла бы стать Служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах. Эта Служба предусмотрена ст. 38 Закона о психиатрической помощи, но до настоящего времени так и не создана.

Список литературы

1. Аргунова Ю.Н. Права граждан с психическими расстройствами. – М.: 2003. – 136 С.
2. Виноградова Л.Н., Савенко Ю.С. Первый процесс по недобровольной госпитализации в России в Европейском Суде // Независимый психиатрический журнал. – 2003. - № IV. – С. 40-42.
3. Дмитриева Т.Б. Альянс права и милосердия: О проблеме защиты прав человека в психиатрии. – М.: 2001. – 156 С.
4. Законодательство Российской Федерации в области психиатрии. Комментарий. / Под общ. ред. Т.Б. Дмитриевой. – М., 2002. – 383 С.
5. Права человека и психиатрия в Российской Федерации: доклад по результатам мониторинга и тематические статьи. / Отв. ред. А.Э. Новикова. – М.: 2004. – 298 С.
6. Право и психиатрия. Сборник материалов и статей. / Сост. С.В. Полубинская / Научный ред. С.В. Бородин. – М.: 1990. – 384 С.
7. Тихоненко В.А., Ивановский А.Я., Шишков С.Н. Психиатрия, этика и право // Руководство по социальной психиатрии. / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М.: 2001. – С. 51-73.
8. Усов Г.М., Федорова М.Ю. Правовое регулирование психиатрической помощи. Учебное пособие для вузов. – М., 2006. – 298 С.

Лекция 11.

Стигматизация в психиатрии, роль СМИ в ее формировании программы дестигматизации в психиатрии

Докт. мед. наук, профессор В.С. Ястребов

Цель лекции: повышение уровня знаний работников психиатрических служб в области стигматизации в психиатрии, содействие средствам массовой информации для формирования программ по дестигматизации психически больных.

Целевая группа: главные врачи психиатрических учреждений, заместители главных врачей по лечебной работе, врачи-психиатры, психологи, специалисты по социальной работе.

План лекции:

1. Важной проблемой современной психиатрии является стигматизация психически больных, которая значительно ухудшает их социальную адаптацию и негативно сказывается на качестве жизни в целом. Борьба

со стигмой является одним из ведущих направлений программы психического здоровья ВОЗ.

2. В последнее время принято выделять следующие основные стигматизации в психиатрии: психиатрии как медицинской дисциплины; психиатров; психически больных; самостигматизации психически больных. Большую роль в стигматизации самой психиатрии сыграли сформированные в 50-е гг. прошлого столетия и действующие до сих пор антипсихиатрические кампании и движения. Основным объектом критики при этом являются не только психиатры, психически больные, но и компании, производящие психотропные препараты.

Активность психиатров в публичной дискуссии с представителями антипсихиатрических движений остается явно недостаточной.

3. В формировании феномена стигматизации психически больных большое влияние оказывают существующие в обществе предрассудки и мифы, в последние десятилетия значимую роль в создании негативного образа психически больных и психиатров играют средства массовой информации. При этом психически больной представлен как непредсказуемый человек, склонный к убийству, насилию, криминальным и иным поступкам, а психиатр – в качестве вершителя судеб своих пациентов, способного нередко нанести ему существенный моральный и материальный вред, хотя в единичных публикациях его роль позитивна (при оказании помощи при чрезвычайных ситуациях и др.).

И в этом случае позиция психиатров в диалоге с представителями СМИ недостаточно активна. Важную место в этом диалоге должны занимать рекомендации по работе со СМИ, разработанные сотрудниками РНЦПЗ РАМН.

4. Важное место в снижении стигматизации в психиатрии, повышении толерантности населения, общества к психически больным должны занимать программы дестигматизации, которые должны носить комплексный, междисциплинарный характер и по своей продолжительности должны быть длительными. Они должны строиться с учетом клинических, личностных и социальных факторов, и проводиться на микросоциальном и макросоциальном уровнях. Целевыми группами программы дестигматизации должны быть: общество в целом; больные и члены их семей; возрастные группы молодого и пожилого возраста; сотрудники правоохранительных органов; сотрудники отделов кадров и потенциальные работодатели; сотрудники психиатрических учреждений.

5. В программах дестигматизации должна представляться простая, понятная населению информация об организации служб психического здоровья, о функциях ее подразделений, законе о психиатрической помощи и порядке оказания помощи населению, о ранних симптомах основных психических расстройств, современных способах их лечения, об отличии психопатологической симптоматики от реакций личности больного, о его личностных ресурсах. В этих описаниях создание позитивного образа пациента психиатрических служб. С этой целью следует трактовать психиатрическое и психотерапевтическое лечение пациента, как его стремление к самосовершенствованию, тенденцию к конструктивному решению своих проблем, как заботу о своих близких, которых он стремится освободить от затруднений, связанных с его заболеванием. Позитивное отношение к пациенту может вызвать признание за ним мужества и независимости, связанных с наблюдением у психиатра в условиях стигматизирующего отношения окружающих. Помимо характеристики стационарного лечения, представляется целесообразным больше писать о психолого-психотерапевтическом и социореабилитационном процессах. Важным представляется освещение деятельности общественных движений в психиатрии, в частности, общественных организаций пациентов психиатрических служб, роли семьи в общей системе психиатрической помощи.

Выводы:

- Для большинства населения характерно предубежденное отношение к психически больным.
- Деятельность антипсихиатрических кампаний и современных правозащитных организаций в психиатрии, характер публикаций СМИ на психиатрическую тематику требует взвешенной оценки; приводимые ими отдельные недостатки должны быть учтены при дальнейшем совершенствовании системы помощи.
- Необходимо создание дифференцированной программы дестигматизации, участниками которой должны быть пользователи помощи, профессионалы, представителей властных и общественных структур, средств массовой информации.
- Ожидаемыми эффектами программы дестигматизации могут быть: тривиализация психиатрической тематики в общественном сознании; повышение толерантности общества и целевых групп к психически боль-

ным; повышение эффективности работы правоохранительных и кадровых служб с психически больными, что способствует повышению уровня социальной защищенности и трудовой адаптации больных; улучшение комплайенса больных и их родственников с профессионалами психиатрических служб; повышение коммуникативной компетентности психически больных; снижение готовности психически больных к самостигматизации.

Список литературы:

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация. — М., 2004.
2. Финзен А. Психоз и стигма / Пер. И.Я. Сапожниковой. — М., 2001.
3. Ястребов В.С., Балабанова В.В., Серебрянская Л.Я. и соав. Вопросы психического здоровья в материалах российской прессы: пособие для психиатров и журналистов. — М., 2004. — 28 с.
4. Организационные и методические аспекты проекта «Пациент и его семья: от психиатрического просвещения к социальной интеграции»: пособие. — М., 2008.

Лекция 12.

Общественные формы поддержки и защиты психически больных и членов их семей

Докт. мед. наук, профессор *В.С. Ястребов*

Цель лекции: повысить уровень информированности работников психиатрических служб высшего звена в вопросах общественных форм поддержки и защиты психически больных и членов их семей, ориентировать слушателей на внедрение этих форм в практику.

Целевая группа: главные врачи психиатрических учреждений, заместители главных врачей по лечебной работе, врачи-психиатры, потребители психиатрической помощи.

План лекции:

1. Отличительной особенностью последних десятилетий прошлого века было формирование общественных форм поддержки и защиты в психиатрии. В рамках т.н. третьего сектора начали создаваться организации, объединения, ориентированные на различные сферы деятельности лиц с психическими расстройствами, их близкое окружение и учрежде-

ния, оказывающие различные виды помощи этим лицам. Деятельность членов этих организаций отличали особенности, которые давали им возможность проявлять добровольные инициативы некоммерческого характера, стремление к самопомощи и помощи ближнему, в данном случае психически больному человеку.

2. Вскоре зарубежный опыт работы этих организаций показал, что они могут успешно решать многие проблемы психически больных и членов семей, оказывать существенную помощь официальным психиатрическим службам, принимать активное участие в реализации программ т.н. коммунальной психиатрии и даже продвижении вопросов финансирования служб и планирования помощи. Кроме того было показано, что, заявляя о себе как о новом общественном институте, на уровне общества эти неправительственные непрофессиональные объединения могут оказывать существенное влияние на изменение стереотипных представлений о психически больных, обращение внимания общества и государства к нуждам больных.

3. Ощутимые результаты этих общественных объединений в психиатрии привели к тому, что в 2004 г. ВОЗ признало деятельность организаций потребителей помощи как важную составную часть общей системы помощи в сфере охраны психического здоровья.

4. В России общественные организации пользователей психиатрической помощи начали создаваться с конца 80-х прошлого века. Динамика их роста была довольно интенсивной. В частности, к концу 90-х гг. их число в Москве достигло 25-и, а в России – около 100.

5. Сегодня направления их деятельности ориентированы на оказание различных видов помощи и поддержки пациентам различных возрастных и нозологических групп. Речь идет об оказании различных видов медико-социальной помощи, само- и взаимопомощи, защите интересов лиц с психическими расстройствами. Большую работу члены этих организаций проводят в области т.н. психообразования пользователей помощи и населения. Если в целом охарактеризовать деятельность общественных объединений в отечественной психиатрии, можно сказать, что их работа строится по принципу общественно ориентированной психиатрии, на который нацелены внебольничные психиатрические службы многих зарубежных стран. Это обстоятельство позволяет отнести общественные формы психиатрической помощи к новому важному звену общей

системы психиатрической помощи (наряду со стационарным, полустационарным, внебольничным и реабилитационными звеньями службы).

б. В качестве конкретных примеров этой работы можно назвать следующие: Основными направлениями работы *общественной Региональной благотворительной организации «Семья и психическое здоровье»* являются различные реабилитационные программы, циклы психообразования и повышения квалификации работников психиатрических учреждений в области реабилитации, издание популярной литературы; *Региональной общественной организации «Общественные инициативы в психиатрии»* - организация групп взаимной поддержки, школ лидеров, повышение психиатрической грамотности; *ООО инвалидов «Новые возможности»* - проведение реабилитационных программ, организация досуга, клубных мероприятий, оказание психологической помощи и проведение образовательных программ, создание рабочих мест. Основными задачами *Межрегиональной общественной организации «Общество – права человека и психическое здоровье»*, которая проводит настоящий образовательный проект, является привлечение внимания к проблемам психиатрии, организация программ общественной поддержки и защиты пациентов и их родственников.

В течение последних лет работает Общественный совет по вопросам психического здоровья при Главном специалисте МЗСР РФ, в рамках которого действуют комиссии по работе с семьями психически больных, по разработке и внедрению программ психообразования, по развитию индивидуальной и групповой поддержки психически больных, по изданию популярной литературы, по проведению конкурсов Всемирного дня психического здоровья.

Выводы:

- общественные объединения в психиатрии представляют собой новое важное звено общей системы психиатрической помощи;
- доказано, что эти объединения способны оказывать многие виды помощи и поддержки, которые государственные органы выполнять не в состоянии;
- деятельность общественных организаций требует поддержки со стороны представителей государственной психиатрии, властных и общественных структур.

Список литературы:

1. Каннабих Ю.В. История психиатрии. М., 1929.
2. Юдин Т.И. Очерки истории отечественной психиатрии. М., 1951.
3. Торри Э.Фуллер. Шизофрения. Книга в помощь врачам, пациентам и членам их семей. Перевод с англ.-СПб: Питер Пресс, 1997.-448с.
4. Комментарий к законодательству Российской Федерации в области психиатрии. Изд-во «Спарк», М., 1997, стр. 255-258.
5. Нарушения психического здоровья: в помощь семье. Москва, Макс Пресс. 2008. 90 стр.
6. Реформы службы психического здоровья: проблемы и перспективы. Материалы международной конференции 21-22 октября 1997 г. Общественные формы помощи психически больным. М., 1997, стр. 195-220.
7. Consumers involvement in Mental Health and Rehabilitation services. Division of Mental Health. World Health Organization. Geneva, Switzerland. 14 p.
8. Consumer Participation Manual. World Health Organization. British Columbia Project. 50 p.

ПРАКТИЧЕСКИЕ СЕМИНАРЫ
по обучению главных врачей психиатрических учреждений,
заместителей главных врачей по лечебной работе,
врачей-психиатров,
потребителей психиатрической помощи

Семинар 1.

**«Типичные жалобы пользователей
психиатрической помощи»**

Канд. мед. наук Д.А. Малкин

Цель семинара: совершенствование процесса оказания психиатрической помощи, улучшение социальной репрезентативности психиатрии.

Целевая группа: главные врачи психиатрических учреждений, заместители главных врачей по лечебной работе, врачи-психиатры, потребители психиатрической помощи.

Задачи семинара:

1. Образовательная – повысить уровень правовых знаний в области организации психиатрической помощи.
2. Воспитательная – формирование вдумчивости и осторожности взвешенности при принятии решений.
3. Развивающая – формирование мотива к получению новых знаний и умений, для передачи этих знаний коллегам.

Методология:

1. Контент-анализ писем граждан и пользователей психиатрической помощи, поступающих в различные учреждения.
2. Выявление субъективных и объективных предпосылок у граждан и пользователей психиатрической помощи для жалоб и претензий на оказание психиатрической помощи.
3. Оценка обоснованных жалоб, выявление причин объективных недостатков в процессе оказания психиатрической помощи.
4. Пути преодоления недостатков в деятельности врача – психиатра.

Форма проведения семинара – дискуссия (вопрос-ответ) – вопросы задает ведущий семинара, в обсуждении участвуют все участники.

План семинара:

- Введение в проблему (микрорекция) – современное состояние проблемы, актуальность и практическая значимость.
- Опрос участников в отношении выяснения личного опыта по данной проблеме.
- Разбор на конкретном примере ошибок в деятельности врача-психиатра.

Учреждения, в которые обращаются граждане с вопросами, ассоциированными с психическим здоровьем:

- Президент РФ и его администрация.
- Правительство и министр здравоохранения и социального развития РФ и регионов РФ.
- Омбудсмен (Лукин В.И.).
- Правозащитные организации (зарубежные и отечественные).
- Правоохранительные организации (прокуратура, МВД, СК).
- Верховный суд.
- СМИ (газеты, журналы, интернет).
- Главный внештатный специалист эксперт-психиатр Минздравсоцразвития РФ (Т.Б. Дмитриева).
- Администрации психиатрических и социальных учреждений (ПБ, ПНД, ПНИ).
- Конкретные известные специалисты – психиатры (например, З.И. Кекелидзе).

<i>Всего получено писем, из них:</i>	<i>Годы</i>			
	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
	<i>Всего писем по годам</i>			
	231	373	321	367
1. Письма граждан, касающиеся разъяснения правовых вопросов; в том числе от адвокатов	82 (35,5%) 16 (7%)	112 (32%) 32 (8,5%)	136 (42%) 43 (13%)	128 (34,8%) 38 (10,3%)
2. Письма от родственников испытуемых	19 (8,2%)	31 (8%)	25 (8%)	32 (8,7%)
3. Письма от осужденных	27(11,7%)	36 (9%)	32 (10%)	35 (9,5%)

4. Письма с вопросами диагностики, лечения, оказания психиатрической и материальной помощи	36 (15,6%)	51 (13%)	41 (13%)	54 (14,7%)
5. Письма с вопросами об установлении группы инвалидности	12 (5,2%)	8 (2%)	3 (1%)	7 (2%)
6. Письма с запросами судебно-следственных органов, психиатрических больниц, Росздрава и Росздравнадзора РФ	32 (13,8%)	49 (13%)	38 (12%)	53 (14,5%)
7. Письма без ответа, в том числе письма без обратного адреса, без запроса, а также бессодержательная псих. продукция душевнобольных	23 (10%)	86 (23%)	46 (14%)	58 (15,8%)

Ниже проводится анализ приведенных в таблице данных по таким характеристикам как состав лиц, обращающихся в Центр им. В.П. Сербского, причины обращений, обоснованность жалоб.

Лица, которые обращаются с вопросами, ассоциированными с психическим здоровьем:

- Граждане с проблемами в сфере психического здоровья, но не получавшие ранее психиатрическую помощь.
- Граждане с проблемами в сфере психического здоровья, получавшие ранее психиатрическую помощь.
- Родственники лиц с психическими расстройствами.
- Граждане в силу своей деятельности, сталкивающиеся с проблемами психического здоровья других граждан (юристы, адвокаты, врачи, «жертвы преследования»).

Обращения граждан с проблемами в сфере психического здоровья, которые не получали ранее психиатрическую помощь:

- Просьба о помощи (чаще аморфная, нечеткая и закамуфлированная, реже конкретная).
- Желание пройти обследование (экспертизу) для подтверждения факта психического здоровья.

- Претензии, связанные с проблемами в психическом здоровье (по психопатологическим механизмам – чаще жалобы на преследователей и влияние извне).

Обращения граждан с проблемами в сфере психического здоровья, которые получали ранее психиатрическую помощь:

- Претензии, связанные с проблемами в психическом здоровье (т.н. психопатологические механизмы – чаще жалобы на преследователей и влияние извне).

- Желание пройти обследование (экспертизу) для подтверждения факта психического здоровья или сомнения в правильности диагноза.

- Желание получить информацию о своем психическом здоровье (копии медицинских документов, справки).

- Просьбы о помощи (решить социальные или лечебные вопросы: сменить лечение, как реализовать льготы, пройти реабилитацию, получить жилье и т.п.).

- Недовольство лечением, его качеством, отношением персонала психиатрических учреждений.

- Несогласие с заключением МСЭК, установленной группой инвалидности.

- Несогласие с заключением судебно-психиатрической экспертизы.

- Не довольны принудительным лечением, режимом ПБ и т.п.

- Просьбы восстановить дееспособность, вернуть квартиру после сделки и т.п.

Обращения родственников лиц с психическими расстройствами носят в той или иной степени рентный характер:

- Желание провести обследование (экспертизу) родственнику для подтверждения правильности диагноза психического расстройства.

- Желание получить информацию о психическом здоровье родственника (копии медицинских документов, справки).

- Рентные просьбы (как реализовать льготы, пройти реабилитацию, получить жилье и т.п.).

- Недовольство лечением и его качеством, так как состояние родственника не улучшается, что доставляет проблемы в быту – просьбы о смене лечения, проведения реабилитации и т.п.

- Несогласие с заключением МСЭК, установленной группой инвалидности.

- Несогласие с заключением судебно-психиатрической экспертизы
- Недовольны принудительным лечением, режимом ПБ (изменить тип лечения, больницу и т.п.).

- Просьбы восстановить дееспособность или наоборот лишить ее.
- Просьбы об оказании психиатрической помощи родственнику, в т.ч. недобровольно.

Обращения граждан в силу своей деятельности, сталкивающихся с проблемами психического здоровья других граждан (юристы, адвокаты, врачи, «жертвы преследования»)

- Запросы о состоянии здоровья (чаще адвокаты, реже работодатели).

- Просьбы об психиатрическом освидетельствовании или госпитализации в ПБ других граждан недобровольно.

- Просьбы разъяснить вопросы организации психиатрической помощи или прав пациентов психиатрических учреждений.

Анализ обоснованных жалоб выявил субъективные проблемы в деятельности врача-психиатра:

- Этические и деонтологические недостатки (грубость, невнимательность, халатность).

- Недостаток профессионализма (незнание законодательства, новейших форм лечения и реабилитации).

- Объективные проблемы в деятельности врача-психиатра:

- Правовые (противоречия в законодательстве, его несовершенство).

- Недостатки и издержки лечебного процесса (побочное действие лекарств, отсутствие идеальных препаратов).

- Организационные проблемы (отсутствие необходимых ресурсов в учреждении).

Совершенствование психиатрической помощи

- Выявление лиц с психическими расстройствами, представляющих потенциальную общественную опасность, т.е. осуществление первичной профилактики общественно опасных действий лиц с психопатологией.

- Проведение психиатрического освидетельствования, в т.ч. недобровольно.

- Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» – ст.23, 24:

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

а) *его непосредственную опасность для себя или окружающих, или*

б) *его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или*

в) *существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.*

В случаях, предусмотренных пунктом «а» (а также если пациент на диспансерном наблюдении), решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом – психиатром самостоятельно.

В случаях, предусмотренных пунктами «б» и «в», решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом - психиатром с санкции судьи.

Продуктивно-психотические механизмы ООД

1. С бредовой мотивацией:

- Бредовая защита (пассивный, активный варианты).
- Бредовая месть.
- Реализация бредовых проектов (миссии).
- Бредовая демонстрация (по типу Герострата).
- Искупление мнимой (бредовой) вины.
- Бредовое самоутверждение (псевдореабилитация).
- Косвенная бредовая мотивация.

2. Без бредовой мотивации:

- Императивные галлюцинации и автоматизмы.

- Аффектогенная переоценка своих возможностей;
- Дисфорическая агрессивность.
- Импульсивные действия.
- Деорганизация поведения в результате помрачения (нарушения) сознания.

Негативно-личностные механизмы ООД

1. Ситуационно спровоцированные действия:
 - Эмоциональная бесконтрольность.
 - Интеллектуальная несостоятельность (неспособность принять правильное, логичное решение).
 - Повышенная внушаемость и подчиняемость.
2. Инициативные действия:
 - Извращенность и расторможенность влечений.
 - Псевдосоциальная гиперактивность.
 - Дефицит высших эмоций.

Совершенствование психиатрической помощи

- Смена модели взаимодействия врач-пациент с жесткой патерналистской на мягкую или партнерскую модель.
- Чутко реагировать на любые изменения и не отвергать любые проявления обратной связи (письма, жалобы, просьбы, предложения) пациента и его родственников.
- Принимать все более расширяющееся пространство самостоятельности пациентов и их правовой осведомленности.
- Постоянное профессиональное совершенствование врача-психиатра, в том числе в области права, этики и деонтологии.

Выводы

Изучение жалоб пациентов и их родственников позволяет по механизму обратной связи совершенствовать оказание психиатрической помощи, в том числе:

- Проводить первичную профилактику совершения общественно опасных действий (ООД) лиц с психическими расстройствами.
- Формировать осторожность и внимательность в работе врача-психиатра.

- Выявлять проблемные точки в работе врача.
- Определить оптимальную тактику социотерапевтической работы, улучшить комплаентность.

Лозунг психиатрии партнерства:

«Бесправный пациент – опасность для врачей»

Опасность заключается в стигматизации пациентов в глазах общества (психически больной = бесправный). Опасность заключается в злоупотреблениях, которые в свою очередь стигматизируют врачей и создают отрицательную социальную репрезентативность психиатрии.

Ответы на вопросы.

Семинар 2.

«Вопросы дееспособности психически больных»

Канд. мед. наук Д.Н. Корзун

Цель семинара: совершенствование процесса оказания психиатрической помощи, улучшение социальной защищенности психически больных.

Целевая группа: главные врачи психиатрических учреждений, заместители главных врачей по лечебной работе, врачи-психиатры, потребители психиатрической помощи.

Задачи семинара:

1. Образовательная – повысить уровень правовых знаний в области организации психиатрической помощи.
2. Воспитательная – формирование взвешенности и осторожности при принятии решений.
3. Развивающая – формирование мотива к получению новых знаний и умений, для передачи этих знаний коллегам.

План семинара:

1. Признание гражданина недееспособным (ст. 29 ГК РФ):
 - гражданин, который вследствие *психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ими*, может быть признан судом недееспособным в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. Над ним устанавливается опека;

- от имени гражданина, признанного недееспособным, сделки совершает его опекун;

- если основания, в силу которых гражданин был признан недееспособным, отпали, суд признает его дееспособным. На основании решения суда отменяется установленная над ним опека.

2. Порядок признания гражданина недееспособным:

- статья 281 ГПК РФ. Подача заявления о признании гражданина недееспособным: ч. 2. Дело о признании гражданина недееспособным вследствие психического расстройства может быть возбуждено в суде на основании заявления членов его семьи, близких родственников (родителей, детей, братьев, сестер) независимо от совместного с ним проживания, органа опеки и попечительства, психиатрического или психоневрологического учреждения;

- статья 282 ГПК РФ. Содержание заявления о признании гражданина недееспособным: в заявлении о признании гражданина недееспособным должны быть изложены обстоятельства, свидетельствующие о наличии у гражданина психического расстройства, вследствие чего он не может понимать значение своих действий или руководить ими;

- статья 283 ГПК РФ. Назначение экспертизы для определения психического состояния гражданина: Судья в порядке подготовки к судебному разбирательству дела о признании гражданина недееспособным при наличии достаточных данных о психическом расстройстве гражданина назначает для определения его психического состояния судебно-психиатрическую экспертизу. При явном уклонении гражданина, в отношении которого возбуждено дело, от прохождения экспертизы суд в судебном заседании с участием прокурора и психиатра может вынести определение о принудительном направлении гражданина на судебно-психиатрическую экспертизу.

3. Основания для вынесения экспертного решения о признании гражданина недееспособным: Наличие тяжелого, необратимого (или малообратимого) психического расстройства, которое не позволяет больному обслуживать себя, осуществлять основные социальные функции.

4. Причины обращения в суд с заявлением о признании гражданина недееспособным:

- решение социальных вопросов (невозможность больным самостоятельно получать пенсию, оформлять льготы; неспособность к само-

обслуживанию и необходимость перевода в учреждение социального обеспечения) – 83,6%;

- стремление исключить возможность распоряжения больным имуществом (6,6%);

- рассмотрение гражданского дела в суде о признании сделки недействительным (9,8%).

5. Причины обращения в суд с заявлением о признании гражданина дееспособным:

- несогласие больного, опекуна, врачей с решением о признании больного недееспособным, что связано с достаточной активностью больного, его способностью самостоятельно осуществлять ряд социальных функций (распоряжаться деньгами, совершать мелкие сделки, в некоторых случаях – трудиться) (66,6%);

- улучшение психического состояния больного (33,3%).

6. Анализ показал, что в подавляющем большинстве причины обращения в суд с заявлением о признании гражданина недееспособными являются социальными.

7. Основаниями для обращения в суд с заявлением о признании гражданина недееспособным является сочетание двух условий:

- наличие тяжелого необратимого (или малообратимого) психического расстройства – деменция, непрерывная параноидная шизофрения с резистентной к терапии бредовой и галлюцинаторной симптоматикой, приступообразная шизофрения с грубым эмоционально-волевым дефектом и выраженными нарушениями мышления, что исключает возможность осуществления больным основных социальных функций;

- наличие неблагоприятных социальных условий: невозможность решения различных социальных вопросов, отсутствие родственников либо их нежелание осуществлять уход за больным.

Ответы на вопросы.

Семинар 3.

«Сделкоспособность лиц с психическими расстройствами»

Канд. мед. наук Д.А. Малкин

Цель семинара: совершенствование процесса оказания психиатрической помощи, улучшение социальной защищенности психически больных при совершении сделок.

Целевая группа: главные врачи психиатрических учреждений, заместители главных врачей по лечебной работе, врачи-психиатры, потребители психиатрической помощи.

План семинара:

1. Правоспособность гражданина (статья 17 ГК РФ):

- способность иметь гражданские права и нести обязанности (гражданская правоспособность) признается в равной мере за всеми гражданами;
- правоспособность гражданина возникает в момент его рождения и прекращается смертью.

2. Статья 18 ГК РФ. Содержание правоспособности граждан: «Граждане могут иметь имущество на праве собственности; наследовать и завещать имущество; заниматься предпринимательской и любой иной не запрещенной законом деятельностью; создавать юридические лица самостоятельно или совместно с другими гражданами и юридическими лицами; совершать любые не противоречащие закону сделки и участвовать в обязательствах; избирать место жительства; иметь права авторов произведений науки, литературы и искусства, изобретений и иных охраняемых законом результатов интеллектуальной деятельности; иметь иные имущественные и личные неимущественные права».

3. Дееспособность гражданина – статья 21 ГК РФ: «Способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их (гражданская дееспособность) возникает в полном объеме с наступлением совершеннолетия, то есть по достижении восемнадцатилетнего возраста».

4. Деликтоспособность – способность гражданина нести гражданско-правовую ответственность за вред, причиненный его противоправными действиями.

5. Дееспособность:

- дееспособность человека – понятие динамическое, она всегда потенциальна, т.е. направлена на будущее;
- в течение жизни гражданин в силу возраста недееспособен до 14 лет, не полностью дееспособен до 18 лет, затем полная дееспособность;
- в течение жизни гражданин может быть ограничен (ст. 30 ГК РФ) или лишен дееспособности (ст. 29 ГК РФ);

- основа для этого – незрелость или нарушения психических функций гражданина.

6. Сделкоспособность:

- сделкоспособность – это составная часть дееспособности – это способность к совершению конкретного юридически значимого акта (заключение договора купли-продажи, заключение брака, оформление завещания и т.п.);

- сделкоспособность – определяется как ретроспективно, так и проспективно (нотариусом);

- ее лишение обусловлено нарушениями психических функций гражданина или иными интрапсихическими процессами, которые объединяются в юридическое понятие «порок воли».

7. Порок воли – возникшие у субъекта гражданско-правовых отношений (вследствие особого состояния, либо неправильного представления о цели деятельности, либо ограничения свободы принятия решения) нарушение способности к свободному выражению своего подлинного желания, намерения (осознанной цели), на установление, изменение или прекращение определенного права.

Предметом экспертизы порока воли является установление способности субъекта гражданско-правовых отношений в период совершения сделки свободно и осознанно определять цель и принимать решение по ее достижению, влекущему изменение его прав (в том числе, их возникновение и прекращение), а также способность руководить действиями по реализации этого решения.

8. Статья 177. Недействительность сделки, совершенной гражданином, не способным понимать значение своих действий или руководить ими.

Сделка, совершенная гражданином, хотя и дееспособным, но находившимся в момент ее совершения в таком состоянии, когда он не был способен понимать значение своих действий или руководить ими, может быть признана судом недействительной по иску этого гражданина либо иных лиц, чьи права и охраняемые законом интересы нарушены в результате ее совершения.

9. Статья 178. Недействительность сделки, совершенной под влиянием заблуждения.

Сделка, совершенная под влиянием заблуждения, имеющего существенное значение, может быть признана судом недействительной по иску

стороны, действовавшей под влиянием заблуждения. Существенное значение имеет заблуждение относительно природы сделки либо тождества или таких качеств ее предмета, которые значительно снижают возможности его использования по назначению. Заблуждение относительно мотивов сделки не имеет существенного значения.

10. Статья 179. Недействительность сделки, совершенной под влиянием обмана, насилия, угрозы, злонамеренного соглашения представителя одной стороны с другой стороной или стечения тяжелых обстоятельств.

Сделка, совершенная под влиянием обмана, насилия, угрозы, злонамеренного соглашения представителя одной стороны с другой стороной, а также сделка, которую лицо было вынуждено совершить вследствие стечения тяжелых обстоятельств на крайне невыгодных для себя условиях, чем другая сторона воспользовалась (кабальная сделка), может быть признана судом недействительной по иску потерпевшего.

11. Клинические факторы:

- нозология психического расстройства;
- уровень расстройств (непсихотический-психотический);
- синдром (продуктивные, дефицитарные);
- выраженность продуктивных и дефицитарных синдромов;
- течение заболевания (прогредиентность, фазность, периодичность).

12. Психологические факторы:

● индивидуально-психологические особенности (юридически значение имеют такие как внушаемость, подчиняемость, ведомость);

● степень измененности личности под действием психического заболевания;

● косвенно оценивается мотив совершения сделки (психологически понятный - рентный, забота и т.д.; психологически непонятный или психопатологический);

13. Социальные факторы:

● уровень социального функционирования (образовательный, трудовой, семейный анамнез);

● динамика социального функционирования;

● предыдущий опыт совершения сделок, их последствия.

14. Ситуационные факторы:

● наличие тяжелых соматических заболеваний, порождающих необходимость постороннего ухода и зависимость от окружающих лиц;

- характер сделки (односторонность и невыгодность или наоборот);
- активность и контроль за процессом оформления сделки (сбор документов, контроль за действиями контрагентов по сделке, согласование сделки с юристами, родственниками и т.д.);
- опротестование сделки (самостоятельно или обращаются с иском в защиту родственники, прокурор).

15. Примеры:

Н., страдает приступообразно-прогредиентной шизофренией 17 лет, инвалид 2 группы, многократно госпитализировалась в ПБ с обострениями, ПНД посещала нерегулярно. Самостоятельно без уведомления родственников обратилась в риэлтерскую контору с целью продать квартиру. Активно участвовала в сделке. После продажи 2-х комнатной квартиры купила 1-комн. квартиру без доплаты. Родственники обратились в суд. В ходе СПЭ: «...хотела сменить жилье, так как соседи травили газом, воздействовали лучами...».

К., страдает гипертонической болезнью 25 лет, 3 года назад перенес ОНМК, последний год терапевтом отмечались значительные нарушения памяти (не узнавал дальних родственников, не мог найти дорогу домой), вечерами возникала спутанность сознания и психомоторное возбуждение, с трудом себя обслуживал в быту, хотя проживал один. У психиатра не лечился. Месяц назад оформил завещание на все свое имущество на медсестру, которая приходила и делала инъекции. Родственники обратились в суд, так как ранее 4 года назад он оформил завещание на них.

А., злоупотребляет алкоголем более 30 лет. Последние 3 года 4 раза лечился в связи с алкогольным делирием. Наблюдается у нарколога, а также терапевта в связи с циррозом, полинейропатией, кардиомиопатией. Последний год употребляет алкоголь дробно малыми дозами. Сдавал квартирантам свою 1-комн. квартиру, где и сам проживал. Соседи указывали, что в последнее время он «питался с помойки», квартира «превратилась в притон». 2 месяца назад обменял свою квартиру в Москве на дом в деревне в Рязанской области. Доплату в размере 20 тыс. рублей «пропил».

16. Меры защиты:

- факт дееспособности не является защитой от признания гражданина неспособным;

- добровольное освидетельствование гражданина перед совершением сделки в соответствии с ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» - в ПНД или ПБ по месту жительства (ГНЦССП им. В.П. Сербского).

Ответы на вопросы.

Семинар 4.

«Динамика диагностических концепций в психиатрии (на примере шизофрении)»

Канд. мед. наук Г.А. Фастовцов

Цель семинара: рассмотреть на примере динамики изучения и построения диагностических концепций шизофрении психиатрической науки.

Целевая группа: главные врачи психиатрических учреждений, заместители главных врачей по лечебной работе, врачи-психиатры, потребители психиатрической помощи.

Задачи семинара:

1. Образовательная – повысить уровень научных знаний в области психиатрической помощи.
2. Воспитательная – формирование вдумчивости и осторожности взвешенности при принятии диагностической концепции.
3. Развивающая – формирование мотива к получению новых знаний и умений, для передачи этих знаний коллегам.

План семинара:

1. Историческая справка диагностических подходов Э. Крепелина (1896) - dementia praecox, Э. Блейлера (1911) – шизофрения, и попытки установить общий знаменатель симптоматики: интенциональная пустота» (Lewy M., 1910); «интрапсихическая атакия» (Stransky E., 1914); «обеднение психических импульсов» (Mayer-Gross W., 1921); «редукция энергетического потенциала» (Conrad K., 1958); «динамическое опустошение» (Janzarik W., 1959); «чистый астенический дефект» (Huber G., 1964); «нарушение информационного метаболизма» (Kerinski A., 1972); «псевдогаллюцинации» (Кандинской В.Х., 1890) «симптомы первого ранга» (Шнайдер К. 1959).

2. Алгоритм диагностики шизофрении по МКБ-10:

- наличие продуктивной психотической симптоматики («симптомов первого ранга»);

- продолжительность расстройства не менее одного месяца;
- неаффективный характер заболевания;
- отсутствие органических причин.

3. Психотическая симптоматика не является специфичной:

- психоз – не более чем «лихорадка болезни»;
- наблюдается не только при шизофрении, но и при органических и интоксикационных психозах;

- часто отсутствует в начале болезни, в периоды ремиссий и в клинической картине злокачественных форм шизофрении;

- акцент на выявление психотических симптомов препятствует раннему распознаванию, изучению причин заболевания и разработке методов профилактики.

4. Критерий продолжительности:

- не является научным и противоречит принципам медицины;
- введен на волне антипсихиатрических настроений в целях защиты психиатров от диагностических ошибок и обвинений в «стигматизации» пациентов;

- затрудняет своевременную диагностику (тем более – в продромальном периоде);

- не допускает возможности ранней адекватной терапии, преемственности ведения пациента;

- неблагоприятно сказывается на исходе заболевания.

5. Критерий «неаффективного» характера заболевания:

- не надежен, поскольку симптомы депрессии и/или мании часто наблюдаются как в дебюте, так и на последующих этапах шизофрении;

- в сравнении с определением конгруентности-неконгруентности аффекту бредовых переживаний, наличия-отсутствия «симптомов первого ранга» в этих случаях более существенны дефицитарные проявления, прогноз динамики заболевания;

- как правило, это становится возможным уже после редукции психоза.

6. Критерий «неорганической» природы заболевания:

- малообоснован, ибо «любые нарушения функции всегда вторичны по отношению к структурно-морфологическим изменениям» (Саркисов Д.С. и др., 1988);

- острое, ограниченное по времени воздействие вызывает развитие реакций «экзогенного типа»;

- медленное функциональное приспособление влечет формирование психопатических, циркулярных, шизофренических картин;

- грубые нарушения интеллекта, памяти, агнозии, апраксии, афазии и другие стойкие выпадения «инструментальных функций чаще являются признаком ареактивности мозга (Шмарьян А.С., 1949).

7. Вероятностные направления диагностических концепций:

- Психопатологический метод с видеосъемкой клинического интервью.

- Применение этологических принципов описания пациента - В.П. Самохвалов (1984-1990), А.А. Коробов (1991).

- Нейроанатомическая модель - А.Р. Лурия (1973), А.С. Шмарьян (1949).

- Патолофизиологический подход - С.Н. Мосолов (2001).

Ответы на вопросы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Образовательный проект «От правового информирования к психическому здоровью» стал первым опытом в работе Межрегиональной общественной организации «Общество – права человека и психическое здоровье». За прошедшие месяцы в рамках проекта состоялось 8 заседаний, на которых было прочитано 15 лекций и проведено 5 семинаров; в работе программы приняли участие более 60 специалистов и пользователей психиатрической помощи; перед участниками выступали психиатры, юристы, философы – кандидаты и доктора наук.

Тематика проекта, затрагивающая традиционно сложные и спорные области психиатрии – правовую и этическую, накладывала большую ответственность на организаторов программы. Определенным риском был и отказ от традиционного раздельного проведения лекций и семинаров для специалистов и для пациентов и их родственников. Тем не менее, нам представлялось невозможным иным путем решить одну из задач данного проекта – развитие общественного сектора среди профессионалов в области психического здоровья и потребителей психиатрической помощи; поэтому мы попытались на практике реализовать партнерскую модель отношений. Полученный результат показал не только принципиальную возможность, но и взаимную выгоду подобного подхода. Пациенты, принимая живое участие в обсуждении различных проблем, поднимавшихся в ходе лекций и семинарских занятий, задавая интересующие их вопросы и выступая с комментариями, получили возможность не только лучше понять, с какими трудностями порой сталкиваются как они – пациенты, так и специалисты, но и приобрести реальный опыт построения партнерских отношений с профессионалами.

Другой задачей проекта было привлечение внимания общества к актуальным проблемам российской психиатрии, в первую очередь, правовым, и тот факт, что на наше приглашение принять участие в конференции, направить свои публикации с освещением собственного опыта разрешения различных правовых и этических проблем откликнулись представители многих регионов нашей страны и стран ближнего зарубежья, позволяет нам говорить о выполнении и этой важной задачи. Предстоящая конференция, публикация ее материалов и размещение всех материалов проекта на интернет-сайте станут следующими шагами в этом направлении.

Результаты проведенного анкетирования показали, что большинство участников проекта оценили его положительно, отмечая его высокую актуальность как для практических врачей, так и для организаторов психиатрической службы. Было особо подчеркнуто, хотя около половины слушателей ранее уже принимали участие в различных образовательных проектах, однако ни один из них не был специально посвящен правовым и этическим аспектам оказания психиатрической помощи. Поэтому лекции, посвященные вопросам организации и оказания психиатрической помощи, защиты прав пациентов, которые предусмотрены действующим законодательством, этическим нормам в психиатрии, по мнению опрошенных, представляли не только теоретический, но и практический интерес. Возможность получить информацию от наиболее авторитетных специалистов, принимавших участие в разработке проекта Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и Кодекса профессиональной этики психиатра, безусловно, явилось важным фактором в решении поставленной задачи по повышению грамотности профессионалов и пользователей в области правовых и этических аспектов психиатрической помощи.

Конечно, в рамках одной программы невозможно осветить весь спектр актуальных в этой области проблем, многие из них оказались вне рамок этой программы (например, правовая база оказания неотложной психиатрической помощи, этические проблемы взаимодействия с родственниками, межведомственное взаимодействия и др.). Однако данная программа и проведенный среди ее слушателей опрос позволили выявить наиболее «проблемные» и мало освещенные в литературе вопросы, создать своего рода «банк запросов» от специалистов, которые требуют дальнейшего научного анализа и разработки способов их решения. Такую работу планируется продолжить посредством виртуального общения и обмена информацией на созданном сайте нашей общественной организации.

Исполнителям проекта трудно оценить, насколько удалось реализовать все задуманное, но можно сказать определенно – потребность в подобных программах очень высока. И высказанное многими участниками этого проекта мнение об отсутствии достаточной информации по актуальным вопросам психиатрии подвело нас к идее, которая также была реализована в рамках данного проекта – создание электронной

версии Московской областной психиатрической газеты (издание Московского областного общества психиатров и психиатров-наркологов), что позволит, как мы полагаем, значительно расширить ее читательскую аудиторию. Надеемся, что появление еще одной возможности получения самой последней и востребованной информации, с одной стороны, послужит поддержкой как профессионалов, так и пользователей, а с другой, – будет способствовать привлечению дополнительного внимания к проблеме охраны психического здоровья.

Получение обратной связи и оказание информационной и правовой поддержки – задача еще одного проекта, который в настоящее время реализуется посредством создания на сайте нашей общественной организации сервиса он-лайн консультирования.

Все вышесказанное позволяет нам говорить о том, что реализация данного образовательного проекта является эффективным способом улучшить качество психиатрической помощи за счет повышения уровня информированности, и, как результат, правовой и социальной защищенности как психически больных и членов их семей, так и работников психиатрических служб.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение № 1

Анкета слушателя образовательной программы «От правового информирования к психическому здоровью»

1. Ваша должность _____
2. Посещали ли Вы в прошлом психообразовательные программы, если да, то какие?
3. Какие лекции и семинары данного проекта наиболее актуальны и полезны для Вашей работы?
4. Какие проблемы на Ваш взгляд не были затронуты в данном психообразовательном проекте?
5. Лекции на какие темы Вам хотелось бы посетить в будущем?
6. Ваша оценка проведению данной психообразовательной программы.

Лекционный курс, семинары, тренинги в рамках проекта «От правового информирования к психическому здоровью»

Дата	Название	Примечания
11.03.09 г.	Март	
13:00-13:15	Вступительное слово –Поддубный В.И., главный психиатр Московской области, главный врач ЦМОКПБ. Представление проекта «От правового информирования к психическому здоровью» - Ястребов В.С., руководитель Центра по изучению систем поддержки психического здоровья НЦПЗ РАМН, докт. мед. наук, профессор.	
13:15-14:00	Общие положения Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав при ее оказании» - Казаковцев Б.А., заместитель начальника отдела департамента организации медицинской помощи и развития здравоохранения МЗСР РФ, докт. мед. наук, профессор.	Лекция
14:15-15:00	Общественные формы поддержки и защиты психически больных и членов их семей - Ястребов В.С., руководитель Центра по изучению систем поддержки психического здоровья НЦПЗ РАМН, докт. мед. наук, профессор.	Лекция
08.04.09 г.	Апрель	
13:00-13:45	Учреждения и лица, оказывающие психиатрическую помощь – Грибов В.В., заместитель главного врача ЦМОКПБ №1	Лекция
14:00-14:45	Права граждан и вопросы психиатрической помощи в статьях Уголовного кодекса РФ - Котов В.П., главный научный сотрудник отделения судебно-психиатрической профилактики ООД психически больных ФГУ «ГНЦССП им. В.П.Сербского», докт. мед. наук, профессор.	Лекция
15:00-16:00	Типичные жалобы пользователей психиатрической помощи (Малкин Д.А., к.м.н., руководитель отделения)	Семинар
13.05.09 г.	Май	
13:00-13:45	Вопросы этики в психиатрической практике – Иванюшкин А.Я., докт. философ. наук, профессор	Лекция
14:00-14:45	Стигматизация в психиатрии, роль СМИ в ее формировании, современные направления антипсихиатрических движений - Ястребов В.С., руководитель Центра по изучению систем поддержки психического здоровья НЦПЗ РАМН, докт. мед. наук, профессор.	Лекция
15:00-16:00	Сложные правовые и этические ситуации в деятельности врача-психиатра (Фастовцов Г.А., к.м.н., руководитель отделения)	Семинар
10.06.09 г.	Июнь	
13:00-13:45	Виды психиатрической помощи и порядок ее оказания – Евтушенко В.Я., заместитель главного врача ЦМОКПБ №1	Лекция
14:00-14:45	Правовое регулирование психиатрической помощи в амбулаторных условиях и в условиях психиатрического стационара – Котов В.П., главный научный сотрудник отделения судебно-психиатрической профилактики ООД психически больных ФГУ «ГНЦССП им. В.П.Сербского», докт. мед. наук, профессор.	Лекция
15:00-16:00	Дееспособность лиц с психическими расстройствами (Корзун Д.Н., к.м.н., старший научный сотрудник)	Семинар

08.07.09 г.	Июль	
13:00-13:45	Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан - Арзунова Ю.Н., член «Независимой психиатрической ассоциации России», канд. юрид. наук, доцент, советник юстиции.	Лекция
14:00-14:45	--- // ---	Лекция
15:00-16:00	Сделкоспособность лиц с психическими расстройствами (Малкин Д.А., к.м.н., руководитель отделения)	Семинар
12.08.09 г.	Август	
13:00-13:45	Права граждан, страдающих психическими расстройствами, в сфере семейных правоотношений - Харитонова Н.К., руководитель отделения экспертизы в гражданском процессе ФГУ «ГНЦССП им. В.П.Сербского», докт. мед. наук, профессор.	Лекция
14:00-14:45	Права и интересы граждан с психическими расстройствами в сфере жилищного законодательства - Арзунова Ю.Н., член «Независимой психиатрической ассоциации России», канд. юрид. наук, доцент, советник юстиции.	Лекция
15:00-16:00	Динамика диагностических концепций в психиатрии (Фастовцов Г.А., к.м.н., руководитель отделения)	Семинар
09.09.09 г.	Сентябрь	
13:00-13:45	Современные подходы к определению и установлению инвалидности лицам с психическими расстройствами – Киндрас Г.П., главный научный сотрудник отдела методологического обеспечения медико-социальной экспертизы Федерального бюро медико-социальных экспертиз, докт. мед. наук.	Лекция
14:00-14:45	Судебно-психиатрическая проблематика в работе общепсихиатрических учреждений. Дело Т.Н. Ракевич, рассмотренное в Европейском суде по правам человека - Шишков С.И., ведущий научный сотрудник ФГУ «ГНЦССП им. В.П.Сербского», канд. юрид. наук.	Лекция
15:00-15:45		
21.10.09 г.	Октябрь	
13:00-13:45	Современные виды судебно-психиатрических экспертиз в гражданском процессе - Харитонова Н.К., руководитель отделения экспертизы в гражданском процессе ФГУ «ГНЦССП им. В.П.Сербского, докт. мед. наук, профессор.	Лекция
14:00-16:00	Круглый стол (вручение сертификатов)	

10:30 – 12:30

Выступления участников (заседание № 1)

Региональные целевые программы развития психиатрической помощи

Казаковцев Б.А. – профессор, руководитель отделения ФГУ «ГНЦССП Росздрава»

Этические аспекты клинических исследований психотропных препаратов

Дрожжин А.П. – профессор, заместитель директора ФГУ «ГНЦССП Росздрава»

Концепция законопроекта «О порядке исполнения принудительных мер медицинского характера, предусмотренных Уголовным Кодексом Российской Федерации»

Котов В.П. – профессор, главный научный сотрудник ФГУ «ГНЦССП Росздрава»

Обострившиеся правовые проблемы оказания психиатрической помощи

Гурович И.Я. – профессор, руководитель отдела ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»

Международные стандарты в правовом регулировании оказания психиатрической помощи

Полубинская С.В. – к.ю.н., доцент, ведущий научный сотрудник Института государства и права РАН

Актуальные проблемы оказания психиатрической помощи (законодательные аспекты)

Шишков С.Н. – к.ю.н., ведущий научный сотрудник ФГУ «ГНЦССП Росздрава»

12:30 – 13:00

Кофе-пауза

13:00 – 14:30

Выступления участников (заседание № 2)

Институт недееспособности и опеки: пути реформирования
Аргунова Ю.Н. - к.ю.н., советник юстиции

Актуальные проблемы судебно-психиатрических экспертиз в гражданском процессе

Харитоновна Н.К. - профессор, руководитель отдела ФГУ «ГНЦССП Росздрава»

Организационно-правовые и этические аспекты деятельности специалиста-психиатра

Ткаченко А.А. – профессор, руководитель отдела ФГУ «ГНЦССП Росздрава»

Этика в психиатрии

Иванюшкин А.Я. – профессор кафедры философии РАМН и кафедры этики МГУ

Концепция психосоциальной помощи Красного Креста как модель общественной поддержки при чрезвычайных ситуациях

Мухамадиев Д.М. – д.м.н., Региональный координатор по здравоохранению Международной Федерации Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца

«Новые возможности» в деле реабилитации психически больных
Левина Н.Б.

Семья и психическое здоровье

Макарова И.В.

14:30 – 15:30 **Круглый стол (фиксированные выступления)**

15:30 – 16:00 **Принятие резолюции. Закрытие конференции**

«ОТ ПРАВОВОГО ИНФОРМИРОВАНИЯ К ПСИХИЧЕСКОМУ ЗДОРОВЬЮ»

Организационно-методическое пособие
для профессионалов, работающих в сфере
психического здоровья,
и пользователей психиатрической помощи

ISBN 978-5-9977-0002-7

Подписано в печать 23.11.2009. Формат 60х90 1/16. Печать офсетная.
Бумага офсетная. Печ. л. 7,5. Тираж 500 экз. Заказ № 921.

Отпечатано в ОАО «Орехово-Зуевская типография»
г. Орехово-Зуево, ул. Дзержинского, д. 1