

Введение

История психиатрии

Психиатрия

- Психиатрия (от [др.-греч.](#) ψυχή — душа и ἰατρεία — лечение) —

отрасль клинической [медицины](#),
изучающая психические [расстройства](#)
через призму методологии медицины,
методы их диагностики, профилактики и
лечения.

Термин «[психиатрия](#)» ввел немецкий ученый И.К. Рейль в **1803** году.

Иоганн Христиан Рейль

([20 февраля 1759](#), [Раудерфен](#) — [22 ноября 1813](#), [Галле](#))

— немецкий [медик](#), физиолог, философ и педагог, придумавший термин «психиатрия» и «госпиталь для психической терапии» (психиатрическая больница), начавший первый научный журнал, посвящённый физиологии и первый немецкий психиатрический журнал.



Иоганн Христиан Рейль

Древняя наука

- еще 4000 лет до нашей эры жрецы египетских храмов лечили больных от тоски, а в индусских книгах - Ведах (XV-XIV вв. до н.э.) - сообщалось, что жрецы в Индии лечили душевнобольных, связывая происхождение болезней с одержимостью: жрецы изгоняли из них бесов.

- На протяжении тысячелетий люди, разгадывая тайну психических процессов, объясняли их
 - то проявлением сверхъестественных сил божества, о наличии особой субстанции – души,
 - то вселением нечистого духа во внутренние органы – сердце, печень, диафрагму.

- Древнегреческий философ Платон (427 – 347 г) считал, что в печени человека находится «чревная душа», а в сердце – «душа мужества». Обе эти души, по его мнению, объединяются «мыслящей душой мозга».

Демокрит

- Другой древнегреческий философ Демокрит (460 – 370 г.) высказывался о мозге как об органе ощущений, чувств, моральных состояний. Он объявил мудрость высшей добродетелью, а разум – критерием нравственного поведения.

Взгляды Демокрита разделял его соотечественник и современник Гиппократ (460 – 370 г.), основатель научной медицины.

Отмечая зависимость психических переживаний человека от деятельности мозга, он писал: «С одной стороны, наслаждения, радости, смех, игры, а с другой стороны, огорчения, печаль, недовольства и жалобы – происходят от мозга. От него мы становимся безумными, бредим, нас охватывает тревога и страхи...»

Гиппократ

Гиппократ объяснял причины болезней не с точки зрения религиозно-мистических толкований, широко распространенных в те времена, а на основании своих научных исканий, наблюдений, анализа взаимодействия организма с окружающей средой, условий жизни больного.

С именем Гиппократа связано развитие представлений о различных вариантах психических расстройств. Ему принадлежат описания наблюдений больных, страдающих меланхолией и манией, эпилепсией и травматическим поражением головного мозга, паранойей и др.

Не лишено своего значения и выделение Гиппократом четырех типов темперамента: сангвиники, флегматики, меланхолики и холерики.

Гиппократ уделял внимание также лечению психически больных. Он считал, что психические расстройства в большинстве своем излечимы, и, в частности, при меланхолии рекомендовал отвлекающую терапию (кровопускание, рвотные средства и др.), при других психических заболеваниях – строгую диету, ванны, гимнастику, слабительные средства.

Однако, несмотря на то что медицина в древности достигла высокого по тем временам развития, в области психиатрии она не сделала особых открытий. Это в первую очередь связано с тем, что тогда еще не были достаточно развиты естественные и медицинские науки, которые могли бы противостоять представлениям о душе как о бессмертной субстанции, не зависящей от биологических процессов организма.

Особое влияние религии на психиатрию проявилось в эпоху средневековья, после падения Римской империи, приведшего к упадку древней культуры и науки.

На смену научному пониманию природных явлений церковь выдвинула свои идеи, настойчиво внедряя их во все сферы жизни общества. Медицина также оказалась в руках служителей культа. Любые попытки объяснить явления природы с материалистических позиций объявлялись вероотступничеством, ересью, врачевание жестоко пресекалось, врачи строго наказывались, насаждались суеверия, вера в загробную жизнь, в сверхъестественные силы.

период средневековья

В период средневековья психические болезни рассматривались как результат дьявольского наваждения, одержимости бесом, вселившимся в больного.

Симптоматика психоза тесно увязывалась с псевдонаучными трактатами о распространенности и повадках чертей, о местах их возможного проникновения в организм.

Представление о психических болезнях как проявлениях «нечистого духа» вызывало и соответствующее отношение к больным. Психические расстройства лечили различными религиозными обрядами, заклинаниями и изгнаниями «бесовской силы», заточением больных в тюрьмы или даже сжиганием их на костре.

Законы церковной инквизиции были столь сильны, что ни один прогрессивно мыслящий человек не мог высказать мнение о психическом расстройстве как о болезни мозга. Всякая попытка противопоставить мракобесию естественнонаучное понимание сущности заболевания жестоко каралась. Вера в дьявола была настолько сильна, что даже видные ученые того времени были не в состоянии исключить присутствия его в организме человека.

Так, например, два выдающихся мыслителя позднего средневековья М. Лютер (1483 – 1546) и Ф.Парацельс (1493 – 1541) безраздельно верили в существование дьявола, о чем свидетельствует их переписка.

Лютер писал Парацельсу: «По моему мнению, все умалишенные повреждены в рассудке чертом. Если же врачи приписывают такого рода болезни естественным, то происходит это потому, что они не понимают, до какой степени силен и могуч черт». Парацельс на это ответил: «Дьявол вселяется только в здорового и разумного человека, а в душевнобольном ему делать нечего» (цит. по Н. В. Виноградову, 1963).

И все-таки, несмотря на упорное насаждение понимания сущности психических расстройств как результата «одержимости бесом», «грехопадения», уже в период средневековья передовые естествоиспытатели и врачи начали высказывать идеи о материалистической сущности психической деятельности. Среди великих мыслителей того времени следует назвать ученого-энциклопедиста (философ, математик, физик, астроном, психолог, поэт), автора 450 научных трудов Абу Али Ибн-Сина, или Авиценну (980 – 1037).

Авиценна

Он был выдающимся представителем средневековой медицины, автором многотомного «Медицинского канона», которому было отдано 20 лет жизни.

В этом труде Авиценна высказал мысль, что «и душа есть функция мозга, и когда в мышлении есть расстройство, то это говорит о том, что в самом мозгу есть какой-то дефект». Авиценна описал клинику и патогенез эпилепсии, меланхолических состояний, травматических и сосудистых повреждений мозга, внес значительный научный вклад в невропатологию, предпринял попытку организованного лечения психических больных, создал первые психиатрические больницы.

Тем не менее психиатрия в период средневековья не получила должного развития.



По мнению лекарей 15-го века причиной всех психических расстройств служил некий «камень безумия». Чтобы излечиться, нужно было от него избавиться, т.е. сделать трепанацию черепа и вытащить из головы корень всех зол.



В отличие от довольно развитой медицины Древнего Египта, Греции и Индии, в европейском Средневековье в этой области царил полнейший мрак и безнадежная глупость. Лекарши-шарлатаны выдвигали свои глупые теории, а простой непросвещенный народ верил их бредням и платил деньги за их услуги. Есть целый ряд средневековых картин голландских художников, где изображено «лечение» безумия при помощи трепанации.



Операции по извлечению камня безумия практиковались в Европе несколько столетий. Об этом свидетельствуют картины разных художников, которые были написаны в период с 15 по 17 век. Стоит ли упоминать, что в это "замечательное" время безумным мог быть признан кто угодно.



психиатрическая больница

Историками высказывались утверждения, что первая психиатрическая больница возникла вблизи [северогерманского](#) города [Эльбинг](#) ([1326](#)) либо в [испанском](#) городе [Валенсия](#) ([1410](#)). В [2005 году](#) на конгрессе [Всемирной психиатрической ассоциации](#) прозвучало мнение, согласно которому первые учреждения такого рода появились в [VIII веке](#) на [Ближнем Востоке](#) ([Багдад](#), [705](#)). Известно также, что специальные больницы, в которых лечили умалишённых, существовали в [Константинополе](#) — одна из таких больниц помещалась при церкви св. Анастасии, считавшейся целительницей душевнобольных.

психиатрические учреждения

На протяжении XV—XVI веков в Испании создаётся целая сеть психиатрических учреждений; в XVI веке специальные заведения для содержания душевнобольных возникают в Германии, Швейцарии, Швеции. Как правило, эти учреждения не преследовали лечебных целей; организация жизненного пространства была примитивной, широко применялись цепи и наручники. Порой психиатрические заведения организовывались в бывших лепрозориях.

Бедлам

В конце XV века в Лондоне начинает функционировать Бедлам — психиатрическая больница, устроенная в старом аббатстве Вифлеемской Божьей Матери. Историк психиатрии Ю. Каннабих отмечает, что именно в Англии «выработан был тип... массивных громад тюремного образца, с высокими стенами, мрачного вида воротами и запорами, тяжёлыми и жуткими». Несколько столетий, вплоть до последней трети XVIII века, душевнобольные в Бедламе приковывались к стенам цепями и лежали на соломе в одиночных камерах, куда почти не проникал солнечный свет. Зачастую они подвергались избиениям. По праздникам в Бедлам допускались посетители за умеренную плату. По-видимому, условия содержания в большинстве других английских домов для умалишённых были не менее тяжёлыми, чем в Бедламе.



*Alas! Thou Chace of if Bvayn, With Rule deprivent, Inqetels Misfure, Shapes of Pleasure, that but Seen The headstrong Course of youth that runs, see Him by Thee to Ruin Sold,
 What art? That Pleasure givst, and Pain Willd with Terror, sidd with Pleasure: Wrold inlde the Shakens Ides of Intecr What comfort from this darlow son: And curie thy self, e curie thy gold.*

Бедлам

Психиатрические больницы

В сходных условиях содержались пациенты и в государственных больницах [Парижа](#), а также — вплоть до начала [XIX века](#) — в учреждениях других городов [Франции](#). Согласно декрету от [16 сентября 1760 года](#), каждый душевнобольной в Париже должен был пройти через больницу [Отель-Дьё](#), пациенты которой пребывали в тесноте и в антисанитарной обстановке. Лечение [кровопусканиями](#), [слабительными](#), [опием](#) и [чемерицей](#), обливаниями холодной водой должно было позволить понять, излечим данный пациент или нет. Если спустя несколько недель не наступало улучшения, пациента переводили в [Petites Maisons](#) (фр.) [русск.](#) (буквально «Маленькие домики») либо в [Бисетр](#) (англ.) [русск.](#) (для мужчин) или [Сальпетриер](#) (для женщин), откуда он в дальнейшем не имел возможности выйти даже при благоприятном течении заболевания. Заключённые Бисетра и Сальпетриера содержались в узких, холодных и сырых каменных [карцерах](#); срок пребывания в этих заведениях мог длиться несколько месяцев или лет, а порой и 12—15 лет.

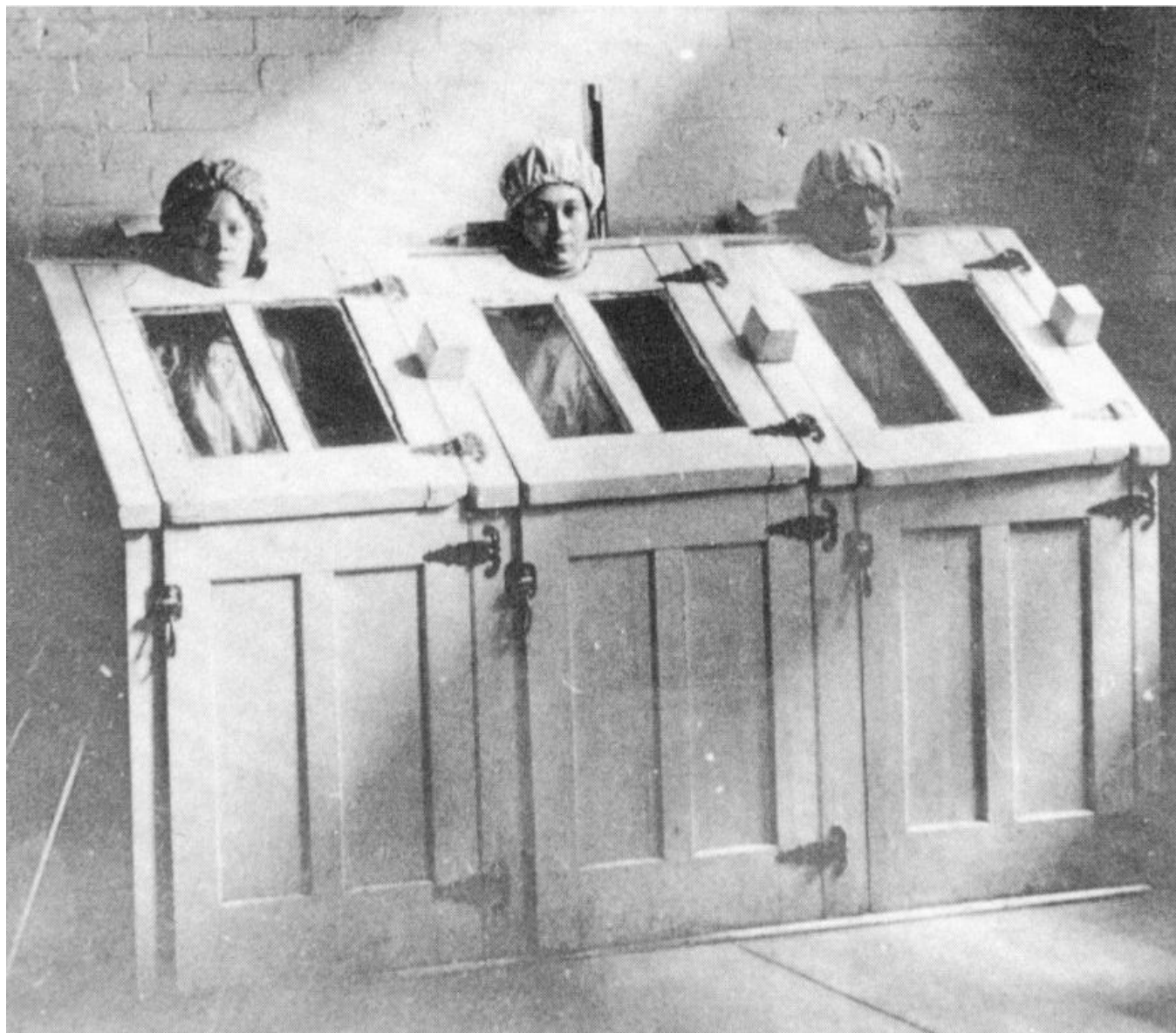
Отель-Дьё Парижский Божий приют





Маска безумного

Существовали в Англии и Франции XVIII века и более благоустроенные учреждения, пациенты которых пребывали в сравнительно комфортных условиях и в которых не применялись излишне жестокие меры стеснения: именно таковы были парижские пансионы ордена [иоаннитов](#), предназначенные для представителей привилегированных слоёв общества, [лондонская больница св. Луки](#) (англ.)[русск.](#) и знаменитый [«Йоркский Ретрит»](#), основанный в [1796](#) году [Уильямом Тьюком](#) (англ.)[русск.](#)



Общественно-политические изменения в Европе второй половины XVIII века и развитие наук повлекли за собой начало широких больничных реформ.

25 августа 1793 года главным врачом Бисетра был назначен Филипп Пинель, впервые снявший цепи с содержащихся там узников. Практическая деятельность и теоретические работы Пинеля заложили основы больничной психиатрии первой половины XIX века: уничтожение тюремного режима с оковами и цепями, без света, свежего воздуха и без возможности общения, применение более гуманных мер стеснения (осторожное привязывание пациента к койке, смирительная рубашка, помещение в изолятор), тщательное наблюдение пациентов как один из основных методов исследования.

Пинель срывает оковы с душевнобольных





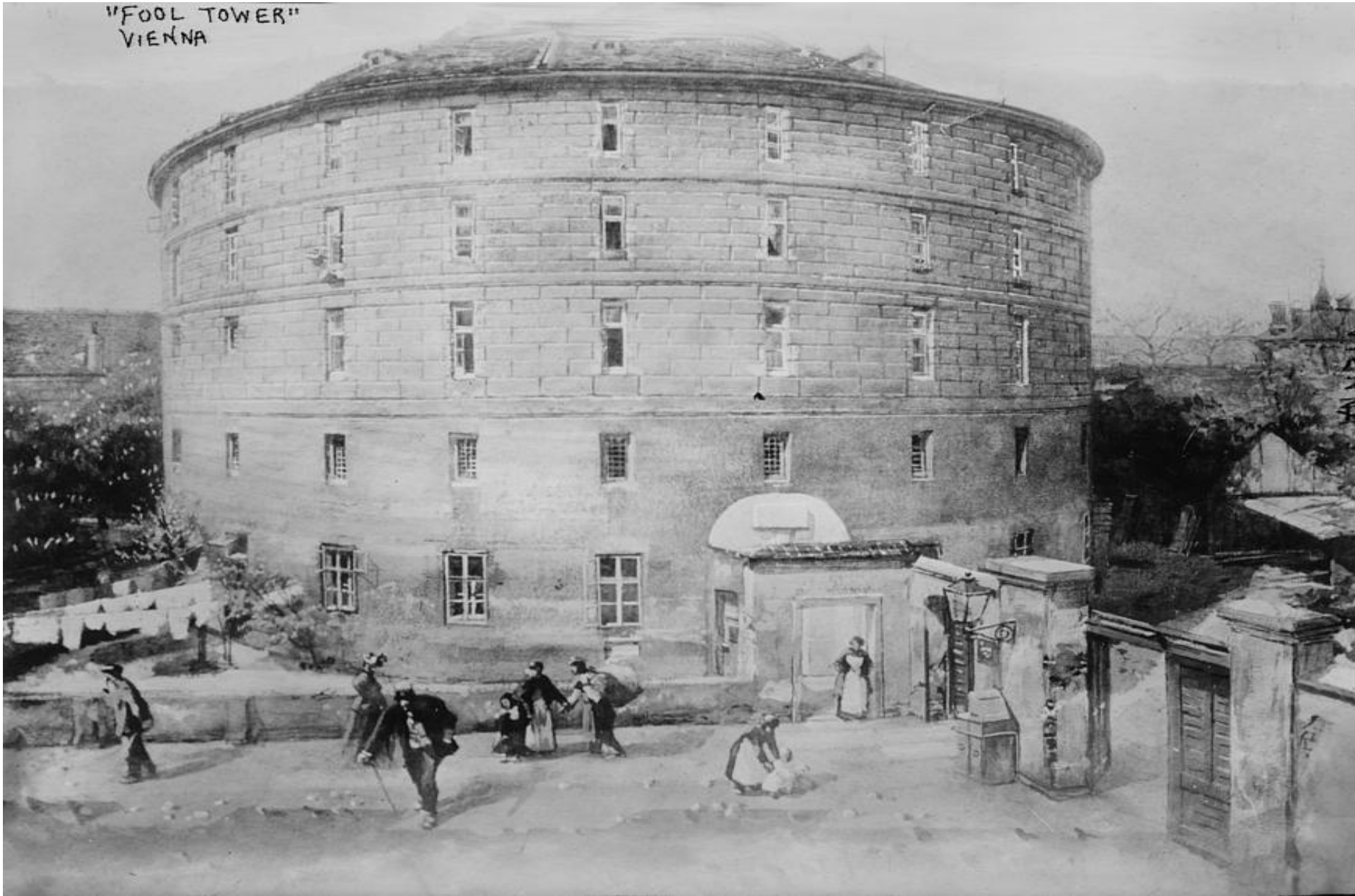
<http://veniamin1.livejournal.com/profile> Гойя. Дом для сумасшедших. (1815-19)

В Германии реформирование больничной психиатрии осуществилось к концу 1-й половины XIX века, но даже к середине столетия гуманный подход к условиям содержания пациентов и мерам стеснения распространился не всюду.

До реформирования в германских заведениях для умалишённых обычны были избиения, в ходу были палки и плети; узники этих заведений зачастую голодали и погибали от истощения.

Знаменитым учреждением была венская [«башня безумных»](#) (Narrenturm) — пятиэтажное здание, в котором в 139 «каменных мешках» находилось от 200 до 250 душевнобольных. Широко использовалась в Германии «механизированная психотерапия» психозов — целый ряд механических приспособлений, порой представлявших собой настоящие пытки: смирительный стул, смирительная кровать, вращательная машина, «мешок» (Sack). В качестве методов лечения применялись также жгучие втирания, прижигание калёным железом, «тошнотная терапия», специальные водолечебные приёмы (внезапное погружение в холодную воду, ледяной души пр.)

"FOOL TOWER"
VIENNA



Башня сумасшедших в Вене

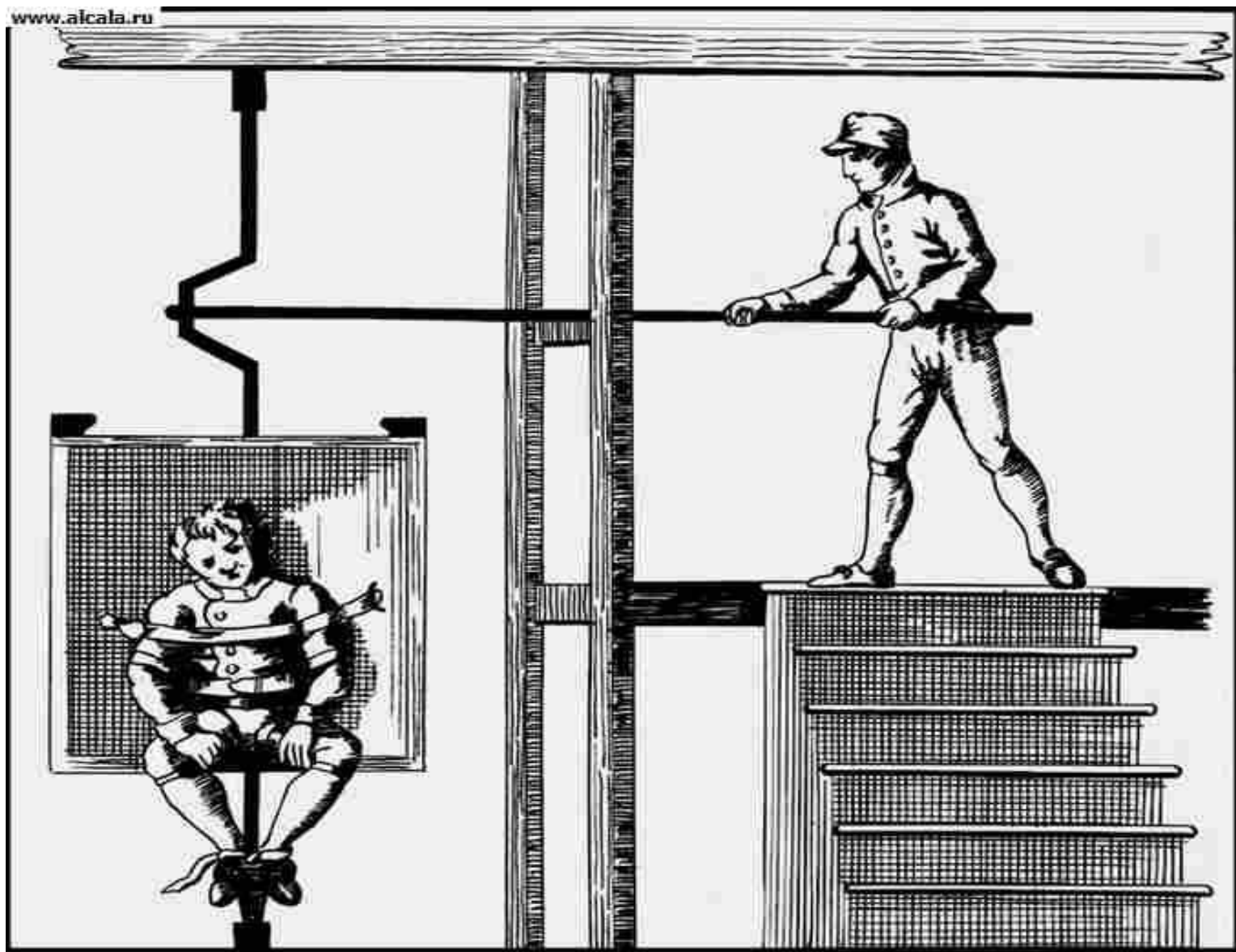


Башня сумасшедших в Вене



Башня сумасшедших в Вене







В первой половине XIX века в Англии большинство пациентов домов для умалишённых жили в условиях не менее тяжёлых, чем прежде: переполненные и плохо отапливаемые палаты, хроническое голодание, грязь и сырость, использование цепей и наручников, практика приковывания больных к койкам на длительный срок ради удобства персонала. Деятельность Э. Чарльсворта и Р. Гилля в городе [Линкольне](#), [Дж. Конолли](#) в [Ханвелле](#) (англ.)[русск.](#) привела к преобразованиям, которые начались со строгих ограничений в использовании мер стеснения: горячая рубашка, наручники, камзол и ремни применялись в больницах этих городов теперь лишь в крайних случаях. Директор дома умалишённых в Ханвелле Дж. Конолли провозгласил новый принцип: no restraint (никаких стеснений), ставший лозунгом новой эпохи в психиатрии. При новой системе вместо физических мер стеснения в психиатрических учреждениях Англии применялось теперь удерживание больных руками служителей и помещение на короткие сроки в усовершенствованные изоляторы — комнаты, в некоторых случаях обитые матрацами. Как отмечает в «Истории психиатрии» Ю. Каннабих, «стеснение не было изжито без остатка; ещё существовали стены изолятора и его крепкие двери. Борьба с изолятором составила задачу следующего этапа в истории психиатрии. Эта борьба закончилась победой









Гидротерапия впервые использовалась в начале 1900-х. Представляет собой погружение в ванну с водой для того, чтобы помочь пациенту расслабиться, когда он взволнован, или частично снять недомогание. Процедура длилась несколько часов, чаще всего её проводили на ночь. 1936

- В начале [70-х годов](#) XIX века шотландский психиатр [Б. Тьюк](#), который считал систему не стеснения в организации психиатрической помощи полумерой, ввёл систему «открытых дверей» (open door) для 95 % госпитализированных пациентов, которая вскоре получила признание и в других странах: почти полное отсутствие решёток и замков, возможность для пациентов свободно входить и выходить из учреждения, отсутствие огороженных дворики.
- Однако большинство крупных государственных учреждений в европейских странах и [США](#) не смогли внедрить успешный опыт первых сторонников нравственного отношения к пациентам. Финансовые ограничения, большая численность пациентов и отсутствие альтернатив существующим формам оказания помощи привели к быстрому преобразованию государственных психиатрических лечебниц в учреждения закрытого типа. К концу XIX — началу XX ст. движение за гуманизацию психиатрии пришло в упадок. Государственные психиатрические больницы могли обеспечить лишь скромное содержание пациентов и самое неэффективное лечение, и с каждым годом эти больницы всё больше переполнялись. Длительная госпитализация опять стала обычным явлением. Основной акцент сместился на охрану, изоляцию и обеспечение пациентов (так называемая надзирательная психиатрия). Теснота помещений неблагоприятно влияла на поведение пациентов и препятствовала созданию гуманных и терапевтических условий.

- Вторая половина XIX века стала временем активного строительства психиатрических больниц во многих странах. В [Германии](#) и [Англии](#) предпочтение отдавали низкоэтажным квадратным зданиям, позднее — [павильонной](#) системе планировки. Французские психиатры, следуя рекомендациям Пинеля, предпочитали строительство небольших одноэтажных домиков. В США стали появляться крупные здания.
- Вплоть до XX века слабо финансируемое неэффективное госпитальное лечение приводило к превращению государственных больниц США в переполненные и производящие крайне тяжёлое впечатление тюрьмы.

- Для XX века характерно развитие различных форм внебольничной психиатрической помощи. Исследования показали, что содержание в психиатрических больницах закрытого типа даёт минимальный терапевтический эффект, а в ряде случаев даже приводит к усугублению и обострению психических расстройств. Повысилась внимание к нарушениям прав человека, происходящим в закрытых психиатрических учреждениях.

- В зарубежных странах возникшее в 1950-е годы антипсихиатрическое движение привело к деинституционализации — широкомасштабному сокращению количества психиатрических коек, закрытию многих психиатрических стационаров и созданию амбулаторных служб. Наиболее выраженный характер она приобрела в Италии, где согласно принятому в 1978 году Закону 180 предусматривалось закрытие всех психиатрических больниц и оказание помощи альтернативными общественными службами психического здоровья.

- Кроме развития амбулаторных служб, в XX веке формируется система полустационарной психиатрической помощи. В [1935 году](#) J. Woodall организовал дневное пребывание лиц с психическими расстройствами в одном из [санаториев Бостона](#), в [1938 году](#) Н. Boyle создала в женском [госпитале](#) г. [Хоув](#) (Англия) режим дневного пребывания психически больных. Впоследствии во многих странах система полустационарной помощи получает всё большее развитие, выступая в качестве альтернативы стационарной. Создаются дневные стационары, полустационары, профилированные для пациентов с различными заболеваниями, для разных возрастных групп, организуются воскресные стационары, стационары конца недели, стационары на полпути, ночные клиники, центры послебольничного ухода и реабилитации.

- МОНИШ (Moniz), Эгаш
- 29 ноября 1874 г. – 13 декабря 1955 г.
- Нобелевская премия по физиологии и медицине, 1949 г.
- совместно с Вальтером Р. Хессом
- “Формулировка Нобелевского комитета” за открытие терапевтического воздействия лейкотомии при определённых психических заболеваниях”.



После ознакомления с данными Фултона и Джейкобсена Монишь разработал технику пересечения связей лобных долей с остальным
МОЗГОМ.

- В послеоперационном периоде семь из первых двадцати больных, перенесших лоботомию, были признаны выздоровевшими, у восьми состояние улучшилось и у пяти осталось прежним. Операция, казалось, помогала также и больным, страдавшим от некупируемой боли. Любопытным было то, что сама боль не исчезала, но пациент становился абсолютно нечувствительным к ней. М. опубликовал свои результаты в 1936 г. и в следующем году представил их перед Медицинским физиологическим обществом в Париже.
- Показаниями для лоботомии Монишь считал: депрессии, проявляющиеся сильным страхом и беспокойством; невроты, сопровождаемые навязчивыми идеями; некоторые формы мании преследования; и проявления некоторых форм шизофрении- агрессивность(буйство), отказ от пищи. Неоперативное лечение не приводило к стойкой ремиссии, возникали рецидивы болезни, и больные часто были опасны для окружающих.

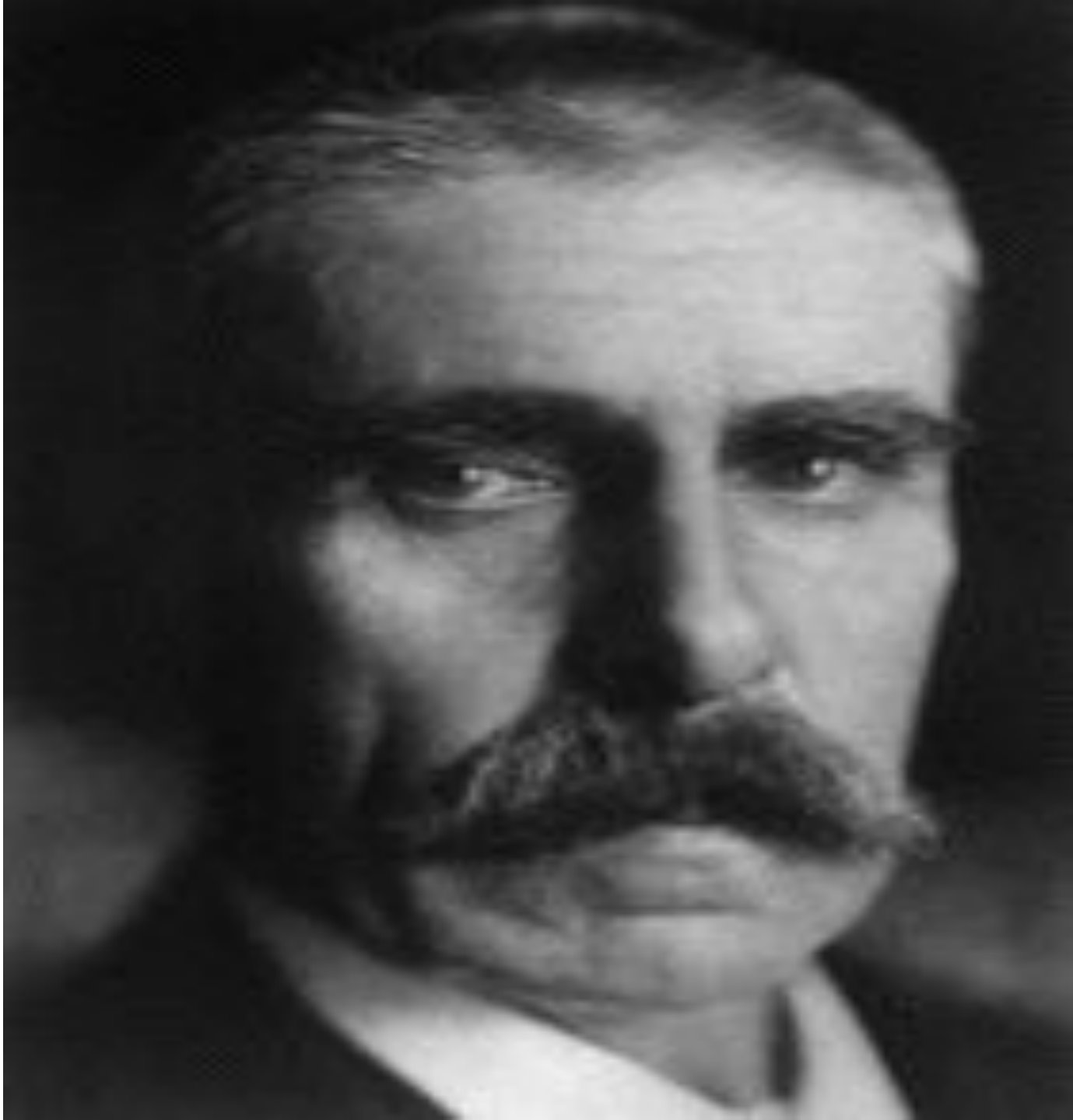
Несмотря на растущие протесты со стороны психологов, психиатров и невропатологов, число произведенных лоботомий быстро множилось. Преувеличенные сообщения в прессе, опубликованные зачастую с ведома Фримена и его коллег, способствовали все более широкому применению хирургической операции, которая после присуждения Нобелевской премии получила широкое распространение. Между 1949 и 1952 г. в Соединенных Штатах ежегодно выполнялось около 5 тыс. лоботомий. Эта цифра, однако, заметно снизилась к 1960 г., когда стало ясно, что после операции остается много людей с поврежденным мозгом. Использование новых психотропных препаратов стало простой и недорогой альтернативой лоботомии, и процедура, возникшая как средство спасения в безнадежной ситуации, потеряла свою былую привлекательность.

- ВАГНЕР-ЯУРЕГГ (Wagner-Jauregg), Юлиус
- 7 марта 1857 г. – 27 сентября 1940 г.
- Нобелевская премия по физиологии и медицине, 1927 г.
- Формулировка Нобелевского комитета: «за открытие терапевтического эффекта заражения малярией при лечении прогрессивного паралича».

- Сифилис появился в Европе на рубеже 15-16 столетий, и по распространённому поверью, его завезли из Америки моряки Колумба. Сторонники другой теории считают, что сифилис в Старом Свете был всегда, и в подтверждение приводят бюст Сократа: «ягодицеобразный» череп и отсутствие переносицы они считают признаками врождённого сифилиса. Объяснить, почему первая эпидемия возникла только через более чем полторы тысячи лет, они бессильны.
- Вскоре после эпидемии появились и осложнения болезни, в том числе и одно из самых тяжёлых - прогрессивный паралич – психическое расстройство, возникающее через 10-15 лет после заражения сифилисом и приводящее к идиотии и параличу. Чаще эта болезнь поражала мужчин в возрасте от 32 до 45 лет. После нескольких лет страданий больной умирал в состоянии полного маразма. Среди больных были и величайшие деятели мировой культуры

- Спустя несколько лет, когда было точно установлено, что малярию, особенно самую легкую (трехдневную) форму, можно полностью излечить хинином, В.-Я. продолжил свою работу с использованием этого заболевания. «В 1917 г., – говорил он, – я начал внедрять в практику свое предложение, сделанное еще в 1887 г., и ввел 9 больным прогрессирующим параличом возбудитель трехдневной малярии. Результат превзошел ожидание». Он обнаружил, что при раннем начале малярия-терапии в 85% случаев прогрессирующего паралича наблюдается выздоровление, что было поразительным успехом.

- Успешные эксперименты Вагнера- Яурега были повторены во всем мире. За последующие годы несколько тысяч несчастных получили облегчение от этого лечения. До В.-Я.существенная ремиссия наблюдалась только у 1 % больных , и длилась она всего несколько месяцев, причём, было ли это улучшение вызвано лечением или возникло спонтанно, оставалось неясным. Метод же В.-Я. Позволял вернуть трудоспособность не менее чем 30 % пациентов, а самая лучшая статистика говорила даже о 50 %.



В России

- Вплоть до XVIII века душевнобольные в России находились на попечении монастырей. Самой старой психиатрической больницей в России порой называют Колмовскую больницу: в 1706 году новгородский митрополит Иов построил в Колмовском монастыре под Новгородом дом для подкидышей и инвалидную больницу, где содержались и лица с психическими расстройствами

РБ

- Заболевания занимают 2 место среди всех групп заболеваний
- На психические расстройства сегодня приходится 19% всех потерь от всех болезней
- Чем выше экономическое развитие страны, тем более высокое место в общем грузе болезней занимают психические расстройства (1-2 в экономически развитых странах или 4-5 в развивающихся)

Причина смерти	2002		2012	
	Всего умерших	умерших на 100 000 человек	Всего умерших	умерших на 100 000 человек
некоторые инфекционные и паразитарные инфекции	1251	12,7	1071	11,3
новообразования	19 346	196,1	17 822	188,3
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	785	8,0	287	3,0
психические расстройства и расстройства поведения	810	8,2	1435	15,2
болезни нервной системы и органов чувств	971	9,8	1774	18,7
болезни системы кровообращения	79 171	802,5	66 543	703,1
(в том числе от острого инфаркта миокарда)	1850	18,8	1482	15,7

болезни органов дыхания	6352	64,4	2271	24,0
болезни органов пищеварения	3933	39,9	4362	46,1
болезни мочеполовой системы	1188	12,0	755	8,0
симптомов, признаков, отклонений от нормы, выявленных при клинических и лабораторных исследованиях	14 710	149,1	17 920	189,3
внешние причины, в том числе:	17 096	173,3	11 523	121,7
несчастные случаи, связанные с транспортными средствами	2204	22,3	1312	13,9
случайные отравления алкоголем	2658	26,9	1918	20,3
случайные утопления	1272	12,9	706	7,5
самоубийства	3300	33,4	1949	20,6
убийства	1138	11,5	391	4,1

Положение дел в области психического здоровья (2009)

53 страны с населением около 900 млн.

1. психическими расстройствами за год страдают около 1/3 населения Европы

- депрессия – около 5 %,

- психозы – 1-2 %

- зависимости от ПАВ -5,6% муж., 1,3 %
жен.

- деменция – 5 % людей в возрасте 65+

РБ

- Психиатров – 1330
- Психотерапевтов – 261
- Психологов -56





Закон «О ЗДРАВООХРАНЕНИИ» 18 июня 1993 г. № 2435-XII

Изменения и дополнения:
Закон Республики Беларусь от 16 июня 2014 г. № 164-З

OPEN.AZ

определяет государственную политику в области охраны здоровья населения, правовые и экономические основы деятельности системы здравоохранения, регулирует общественные отношения в области охраны здоровья населения и является базой для развития всего текущего законодательства о здравоохранении на территории Республики Беларусь.

Статья 46. Предоставление информации о состоянии здоровья пациента. Врачебная тайна

Информация о факте обращения пациента за медицинской помощью и состоянии его здоровья, сведения о наличии заболевания, диагнозе, возможных методах оказания медицинской помощи, рисках, связанных с медицинским вмешательством, а также возможных альтернативах предлагаемому медицинскому вмешательству, иные сведения, в том числе личного характера, полученные при оказании пациенту медицинской помощи, а в случае смерти – и информация о результатах патологоанатомического исследования составляют



ЗАКОН РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
7 января 2012 г. N 349-З
«ОБ ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ»

три цели:

- защита прав и законных интересов пациентов при оказании им психиатрической помощи;
- защита прав и законных интересов врачей-специалистов, других медицинских работников, оказывающих психиатрическую помощь;
- защита граждан от возможных опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями).

Статья 15. Установление диагноза психического расстройства (заболевания)

- Установление наличия либо отсутствия диагноза психического расстройства (заболевания) является исключительным правом врача-специалиста или врачебно-консультационной комиссии.
- Диагноз психического расстройства (заболевания) устанавливается с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, и не может основываться только на несогласии пациента с принятыми в обществе моральными, культурными, политическими и религиозными ценностями либо на иных обстоятельствах, непосредственно не связанных с состоянием его психического здоровья.
- При выявлении у пациента признаков психического расстройства (заболевания) врачом иной специальности такой пациент для установления диагноза психического расстройства (заболевания) направляется к врачу-специалисту или на заседание врачебно-консультационной комиссии с одновременным письменным уведомлением об этом врача-специалиста или врачебно-консультационной комиссии.

Статья 16. Оказание психиатрической помощи

скорая
(неотложная)
психиатрическая
помощь

плановая
психиатрическая
помощь

амбулаторная

стационарная

анонимная

Статья 17. Условия оказания психиатрической помощи



При добровольном обращении за оказанием психиатрической помощи пациент или его законный представитель дают согласие на оказание психиатрической помощи, которое оформляется записью в медицинских документах и подписывается пациентом или его законным представителем и врачом-специалистом.

Статья 36. Основание для принудительной госпитализации и лечения

Основанием для принудительной госпитализации и лечения является решение суда о принудительной госпитализации и лечении.

Решение суда о принудительной госпитализации и лечении выносится в случае нахождения лица, страдающего психическим расстройством (заболеванием) и уклоняющегося от лечения, в состоянии, которое обуславливает:

- его непосредственную опасность для себя и (или) иных лиц;
- его беспомощность;
- возможность причинения существенного вреда своему здоровью вследствие ухудшения состояния психического здоровья, если такое лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Уклонением от лечения лица являются:

- отказ от госпитализации в психиатрический стационар;
- несоблюдение врачебных предписаний, правил внутреннего распорядка, самовольное приостановление лечебных процедур в случае, когда психиатрическая помощь в психиатрическом стационаре оказывается с его согласия или согласия его законного представителя.

Стационарная помощь в РБ

Стационарная помощь в РБ децентрализована (в наиболее населенных районах - психиатрические больницы, в менее населенных - психиатрические отделения при общесоматических стационарах). Каждая больница (отделение) обслуживает население определенной территории (бригадно-территориальный метод обслуживания) и поддерживает тесный контакт с психоневрологическим диспансером (принцип преемственности).

Наряду со смешанными отделениями с больными разной психической патологией, выделяют **специализированные**: наркологические, гериатрические, судебно-психиатрические, пограничных состояний (неврозов), детские, реабилитационные отделения. Это обусловлено спецификой течения различных заболеваний и особенностями лечения и ухода за некоторыми категориями больных (больные неврозами, алкоголизмом, старческими психозами).

Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.07.2012
№ 110 "Об утверждении Инструкции о порядке осуществления диспансерного
наблюдения за пациентами, страдающими хроническими или затяжными
психическими расстройствами (заболеваниями) с тяжелыми, стойкими или часто
обостряющимися болезненными проявлениями.»

«ДН»- диспансерное наблюдение

«СУ» – «специальный учет»

«ПЛ» – принудительное лечение

«ОУ» – особый учет

Виды экспертиз

- ВОЕННО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА
- врачебно-трудовых экспертных комиссий
- медико-реабилитационная экспертная комиссия проводит экспертизу нарушений жизнедеятельности граждан, составляет индивидуальные программы реабилитации (группа инвалидности).
- Судебно-психиатрическая экспертиза

Статья 16. Гражданского кодекса РБ

Правоспособность граждан

1. Способность иметь гражданские права и нести обязанности (гражданская правоспособность) признается в равной мере за всеми гражданами.
2. Правоспособность гражданина возникает в момент его рождения и прекращается его смертью.

Статья 20. Гражданского кодекса РБ

Дееспособность граждан

1. 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.
2. В случае, когда законодательством допускается эмансипация (статья 26 настоящего Кодекса) или вступление в брак до достижения восемнадцати лет, гражданин, не достигший восемнадцатилетнего возраста, приобретает дееспособность в полном объеме соответственно с момента принятия решения об эмансипации или со времени вступления в брак. Приобретенная в результате заключения брака дееспособность сохраняется в полном объеме и в случае расторжения брака. При признании брака недействительным суд может принять решение об утрате несовершеннолетним супругом полной дееспособности с момента, определяемого судом.
3. Все граждане имеют равную дееспособность, если иное не установлено законодательством.

Статья 29. Гражданского кодекса РБ

Признание гражданина недееспособным

1. Гражданин, который вследствие психического расстройства (душевной болезни или слабоумия) не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. Над ним устанавливается опека.
2. От имени гражданина, признанного недееспособным, сделки совершает его опекун.
3. Если основания, в силу которых гражданин был признан недееспособным, отпали, суд признает его дееспособным. На основании решения суда отменяется установленная над ним опека.

сделкоспособность

Важнейшими элементами гражданской дееспособности являются:

- сделкоспособность – возможность гражданина самостоятельно заключать сделки;

Сделка, совершенная гражданином, хотя и дееспособным, но находящимся 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 или охраняемые законодательством интересы нарушены в результате ее совершения.

Статья 30. Гражданского кодекса РБ

Ограничение дееспособности граждан

1. Гражданин, который вследствие злоупотребления спиртными напитками, наркотическими средствами либо психотропными веществами ставит свою семью в тяжелое материальное положение, может быть ограничен в дееспособности судом в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. Над ним устанавливается попечительство. Такой гражданин вправе самостоятельно совершать мелкие бытовые сделки. Совершать другие сделки, а также получать заработок, пенсию и иные доходы и распоряжаться ими он может лишь с согласия попечителя. Однако он самостоятельно несет имущественную ответственность по совершенным им сделкам и за причиненный им вред.

2. Если основания, в силу которых гражданин был ограничен в дееспособности, отпали, суд отменяет ограничение его дееспособности. На основании решения суда отменяется установленное над гражданином попечительство.