

## По решению суда (иду по тексту, а не по значимости)

«...нуждается в госпитализации, в связи с наличием у него тяжелого психического расстройства...» (критерий А ст. 29 ЗПП)

- 1) Нет слова «недобровольной» недочет
- 2) Наличие психического расстройства не доказано. Диагноза нет. Указанная в решении суда фигня, таковым не является. «депрессивно-параноидный синдром» это т.н. синдром, т.е. выявление симптомокомплекса некого, который может быть характерен (и есть) для целого ряда заболеваний, он не должен вообще указываться, но это, теоретически, допускается, для уточнения сформулированного и вынесенного диагноза по МКБ 10 (международной классификации болезней 10го пересмотра, обязательного для использования в РФ), но **после** диагноза и в **скобочках** (например).

Диагнозом могло бы считаться «Шизотипическое расстройство», указанное здесь под знаком вопроса, т.е. не подтвержденное, но оно (ШРЛ) **не относится** к тяжелым и **абсолютно противоречит** указанному синдрому. Т.е. депрессивно-параноидный синдром в клинике (если бы он там был) полностью исключает диагноз Шизотипическое расстройство. Слово «личности», добавленное после «шизотипическое расстройство» вообще нивелирует этот «диагноз», даже если не смотреть на знак вопроса. В МКБ 10 **НЕТ** такого диагноза. **Есть Шизотипическое расстройство**. Это важно, т.к. классификация не допускает толкований и отклонений в формулировках.



Обоснование этого тезиса силами адвоката: Есть вот такая желтая книжечка. Более чем официальная. «Краткое руководство по использованию МКБ - 10 в психиатрии и наркологии» А. А. Чуркин, А. Н. Мартюшов «Адаптированный вариант «Класса V «Психические расстройства и расстройства поведения» (F00-F99) МКБ-10» ISBN 5-8249-0012-4 «предназначен для обязательного использования в учреждениях, оказывающих психиатрическую и наркологическую помощь в Российской Федерации, при заполнении учетных и отчетных документов государственной медицинской статистики, начиная с 01.01.1999 года.» (из

текста). Смотрим в ней диагностические критерии F21

«Шизотипическое расстройство

Это расстройство характеризуется чужаковатым поведением, аномалиями мышления и эмоций, которые напоминают наблюдаемые при шизофрении, хотя ни на одной стадии развития характерные для шизофрении нарушения не наблюдаются. Какой-либо превалирующей или типичной для шизофрении симптоматики нет.

Могут наблюдаться следующие признаки:

- а) неадекватный или сдержанный аффект, больные выглядят эмоционально холодными и отрешенными;
- б) поведение или внешний вид - чужаковатые, эксцентричные или странные;
- в) плохой контакт с другими, с тенденцией к социальной отгороженности;
- г) странные убеждения или магическое мышление, влияющие на поведение и несовместимые с субкультуральными нормами;
- д) подозрительность или параноидные идеи;
- е) навязчивые размышления без внутреннего сопротивления, часто с дисморфофобическим, сексуальным или агрессивным содержанием;
- ж) необычные феномены восприятия, включая соматосенсорные (телесные) или другие иллюзии, деперсонализация или дереализация;
- з) аморфное, обстоятельное, метафорическое, гипердетализированное или стереотипное мышление, проявляющееся странной,

**вычурной речью или другим образом, без выраженной разорванности;**

**и) эпизодические транзиторные квази-психотические эпизоды с иллюзиями, слуховыми или другими галлюцинациями, бредаподобными идеями, возникающие, как правило, без внешней провокации.**

Расстройство носит хронический характер с колебаниями в интенсивности. Иногда оно выливается в четкую шизофрению. Точное начало трудно определить, а течение носит характер личностных расстройств. Чаще эти расстройства встречаются у лиц, генетически связанных с больными шизофренией и относятся, как считают, к части генетического "спектра" шизофрении.

Диагностические указания:

Диагностические рубрики (F21.1. и F21.2.) не рекомендуются для широкого использования, потому что их трудно отграничить от расстройств, наблюдаемых при простой форме шизофрении (F20.6xx), или от шизоидной или параноидной личностной патологии. Если же этот термин используется, то 3 или 4 из описанных типичных черт должны присутствовать постоянно или эпизодически по крайней мере в течение 2-х лет. У больного никогда в прошлом не должны быть признаки шизофрении. Наличие шизофрении у родственника первой степени родства говорит больше в пользу данного диагноза, но не является необходимой предпосылкой.

Следует отметить:

Приведенное описание соответствует картине латентной шизофрении. В данную рубрику включаются формы, которые в отечественной версии МКБ-9 квалифицировались как малопрогрессирующая или вялотекущая шизофрения. Наряду с перечисленными выше признаками может проявляться стойкими obsessивно-фобическими и/или истерическими, деперсонализационными, психопатоподобными симптомами с чертами инертности, однообразия, штампованности. Для достоверного диагноза малопрогрессирующей шизофрении необходимо наличие дополнительных признаков в виде снижения инициативы, активности, психической продуктивности, эмоциональной нивелировки, парадоксальности суждений. Эти формы не отвечают диагностическим критериям манифестной шизофрении (F20.xxx). В литературе описывается также как "предпсихотическая шизофрения", "продромальная шизофрения" и "пограничная шизофрения".

Включаются:

- латентная шизофрения;
- латентная шизофреническая реакция;
- неврозоподобная (псевдоневротическая) шизофрения;
- психопатоподобная (псевдопсихопатическая) шизофрения;
- "бедная симптомами" шизофрения;
- предпсихотическая шизофрения;
- продромальная шизофрения;
- пограничная шизофрения;
- шизотипическое личностное расстройство.

Исключаются:

- ипохондрическая шизофрения (F20.8xx1);
- сенестопатическая шизофрения (F20.8xx2);
- шизоидное личностное расстройство (F60.1);
- паранойяльная шизофрения с сенситивным бредом отношений (F22.03);
- паранойяльная шизофрения (F22.82);
- синдром Аспергера (F84.5).»

Критерии четко сформулированы:

- G1. На протяжении минимум двух лет постоянно или периодически должны обнаруживаться **по меньшей мере 4 признака** из числа следующих:
  - А. неадекватный или суженный аффект, больной выглядит холодным и отчужденным;
  - Б. странности, эксцентричность или особенности в поведении или внешнем виде;
  - В. обеднение контактов и тенденция к социальной аутизации;
  - Г. странные взгляды (верования) или магическое мышление, оказывающие влияние на поведение и не согласующиеся с субкультуральными нормами;
  - Д. подозрительность или параноидные идеи;
  - Е. obsessивная жвачка без внутреннего сопротивления, часто с дисморфофобическим, сексуальным или агрессивным содержанием;
  - Ж. необычные феномены восприятия, включая сомато-сенсорные (телесные) или другие иллюзии, деперсонализацию или дереализацию;
  - З. аморфное, обстоятельное, метафоричное, гипердетализированное и часто стереотипное мышление, проявляющееся странной речью или другим образом без выраженной разорванности;
  - И. редкие транзиторные квази-психотические эпизоды с интенсивными иллюзиями, слуховыми или другими галлюцинациями и бредаподобными идеями, обычно возникающими без внешней провокации.
- G1. Случай никогда **не должен отвечать критериям любого расстройства в шизофрении в F20-**(шизофрения).

Резюмируем эту часть:

депрессивно-параноидный – синдром, не диагноз.

Шизотипическое расстройство личности стоит под знаком вопроса

Слово «личности» - ЛИШНЕЕ – нет соответствия МКБ 10

Вывод: диагноз суду не был предоставлен. Т.е. его для нас НЕТ.

Следствия: прогноз может быть известен только для установленного заболевания. Нет установленного заболевания – нет прогноза. «Существенное ухудшение психического состояния, если он будет оставлен без психиатрической помощи» (критерий В ст. 29 ЗПП) - есть домыслы. Применить пункт В без диагноза нельзя, т.к. он носит прогностическую составляющую.

Далее по тексту: «был госпитализирован 16 октября 2009 года» ... «28 октября обратился с письменным заявлением о выписке из стационара, в связи с нежеланием лечиться»

Суд расписывается в несоблюдении решения КС о 48 часах, как максимальном сроке пребывания без санкции суда (sic! не временного разрешения до рассмотрения, а окончательного!). Грубейшее нарушение как со стороны врачей, так и со стороны суда. Как развернуть правовую оценку – решать адвокату. Проведите аналогию с арестом, тут она полная. Я не уверен, но вообще правомерно ли решение суда лишь из-за этого нарушения в целом? Стя 303 ГПК в текущей редакции так же не действует по тому же решению КС.

Считаю, что дополнительно объяснять нежелание пребывать в стационаре со стороны Г. нужно обязательно указывая на более 10 дней проведенных в приемнике. Указывать все нарушения ст. 5 ЗПП, которые были допущены в этот (и последующий?) период. Плюс, фактическое субъективное ухудшение состояния Г.

«Согласно акту медицинского освидетельствования поставлен диагноз» - выше писал, почему именно диагноза нет. Вопрос в другом, о каком таком акте идет речь? Что это за неведомый документ? Почему суд его принимает к рассмотрению вообще? В суд предоставляется не акт, а «мотивированное заключение», согласно ст. 33 ЗПП и см. так же п.2. ст 302 ГПК. Для дел о принудительной госпитализации это – мотивированное заключение врачей-психиатров психиатрического стационара, являющегося заявителем, об обоснованности такой госпитализации (абз. 2 ч. 2 ст. 33 Закона, ч. 2 ст. 302 ГПК РФ), которое, в свою очередь, является единственным основанием для принудительного содержания лица в психиатрическом стационаре до вынесения судом решения.

Кстати, почему не дали это самое мотивированное заключение или «упомянутый акт»? Это ключевой документ для защиты, без него малореально опротестовывать вообще. Нет ли повода указать на ущемление прав защиты?

Данное заключение (упомянутый «акт») подлежит проверке по общим правилам исследования и оценки доказательств (часть первая статьи 55, статьи 56 и 67 ГПК РФ). При этом лицо, помещенное в психиатрический стационар, и его представитель вправе оспаривать его достоверность, путем постановки перед судом вопроса о назначении судебно-психиатрической экспертизы (статьи 57 и 79 ГПК РФ), производство которой в случае ее назначения судом поручается эксперту (экспертам), не находящемуся в

служебной или иной зависимости от психиатрического учреждения, представившего заключение.

В тексте есть фраза о том, что Г. просит назначить независимую экспертизу, суд полностью без каких либо оснований **игнорирует** просьбу.

Далее, «свидетель... пояснила, что сын кидал чайник с кипятком». Когда? Почему? В рамках чего? Это было 10 лет назад, год? Ожоги, следы, заключения медицинские, свидетели события? Что сказал сам Г. по этому поводу? Где проверка по общим правилам ГПК исследования и оценки доказательств? «У сына отобрали лекарства» - выставлено как следствие, а не как причина. Потом что-то про Санкт-Петербург и СМС. К чему это вообще? Нужно цепляться и плотно.

Брат сообщает: о двух месяцах, после того, как разбил чайник, микроволновку, дверь. Тот же чайник, которым кидался? Почему брат 2 месяца его не боялся, в отличии от родителей? Брат расписывается в том, что знал, что принимаемые лекарства могут вызывать синдром отмены и все же сам или вместе с родителями отбирает их.

И вдруг, «с учетом изложенного суд полагает, что ЕГВ опасен для себя и для окружающих». Т.е. Если кто-то вел себя агрессивно когда либо, то он будет фактически всегда далее опасен? Выходит так. Ключевой момент здесь: не обоснованно НЕПОСРЕДСТВЕННАЯ опасность на момент суда. Смотрим минюстовские комментарии к закону (высылал), к ст. 29 по поводу непосредственности опасности. .

Итак, излагаются путано и без каких либо объяснений со стороны Г. некие события неустановленной давности (до двух месяцев, судя по тексту). Нет никаких ссылок на текущее психическое состояние **ВООБЩЕ** (из мотивированного заключения, или, как они его называют «акта»), показаний врача). Непосредственность угрозы не показана и не обоснована вовсе.

**Таким образом, анализ постановления (и результаты психиатрического освидетельствования а точнее их полное отсутствие - все что есть ограничивается имитацией диагноза) позволяют с полной определенностью утверждать, что стационарирование в психиатрический стационар без его согласия носит необоснованный характер.**

**Психическое расстройство не является тяжелым и не обуславливало ни его непосредственную опасность для себя или окружающих (п. «а» ст. 29 Закона о психиатрической помощи), ни существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния в случае оставления без психиатрической помощи (п. «в»). Врачи, вероятно, пошли на поводу информации со слов родственников, и резко преувеличили тяжесть его психического заболевания.**