

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:

1) Код протокола:

1) Коды МКБ-10:

F40.0 Агорафобия.

F40.1 Социальные фобии.

F40.2 Специфические (изолированные) фобии.

F41.0 Паническое расстройство [эпизодическая пароксизмальная тревожность].

F41.1 Генерализованное тревожное расстройство.

F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство.

F06.4 Органическое тревожное расстройство.

2) Дата разработки протокола:

2021 год.

3) Сокращения, используемые

в протоколе:

АЛТ –	аланинаминотрансфераза
АСТ –	аспартатаминотрансфераза
ВВК –	военно-врачебная комиссия
В\м –	внутримышечно
В\в –	внутривенно
КТ –	компьютерная томография
ЛС –	лекарственные средства
МЗСР –	Министерство здравоохранения и социального развития
МНН –	международное непатентованное название (генерическое название)
МРТ –	магнитно-резонансная томография
МСЭК –	медико-социальная экспертная комиссия
ОАК –	общий анализ крови
ОАМ –	общий анализ мочи
ПЭТ –	позитронно-эмиссионная томография
РЭГ –	реоэнцефалография
РК –	Республика Казахстан

- Р-р – раствор
 СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
 СПЭК – судебно-психиатрическая экспертная комиссия
 ЭКГ – электрокардиограмма
 ЭПО – экспериментально-психологическое обследование
 ЭЭГ – электроэнцефалограмма
 ЭхоЭГ – эхоэлектроэнцефалограмма

4) Пользователи протокола:

врачи-психиатры (детские психиатры, наркологи, психотерапевты),

5) Категория пациентов: взрослые, дети, беременные.

6) Оценка на степень доказательности приводимых рекомендаций. Шкала уровня доказательности:

А	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результатов.
В	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественное (++) когортное или исследование случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с не высоким (+) риском систематической ошибки.
С	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты, которые могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая фармацевтическая практика.

7) Определение: Тревожные расстройства – группа психических расстройств, определяющаяся преобладанием тревоги, не достигающей психотического уровня[1,8].

8. Клиническая классификация: по МКБ-10.

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ:

Диагностические критерии
[1,8-10]:

1) Жалобы и анамнез:

Жалобы: на чувство тревоги, ощущение напряженности и беспокойства, нарушение сна, неприятные ощущения в теле, вегетативные расстройства.

Анамнез:

- зависимость возникновения и течения (динамики) невроза с психогенной (субъективно значимой психотравмирующей) ситуацией (кроме органического тревожного расстройства);
- доминирование тревожного аффекта;
- массивная представленность вегетативных нарушений;
- избегающее поведение.

Физикальное обследование: диагностически значимых изменений со стороны кожных покровов и внутренних органов (включая центральную и периферическую нервную систему) нет.

Лабораторное обследование: специфических диагностических признаков нет.

Инструментальное обследование: специфических диагностических признаков нет.

Показания для консультации специалистов:

- консультация терапевта (педиатра) – исключение соматических заболеваний;
- консультация невропатолога – исключение текущих неврологических расстройств;
- консультация гинеколога (для женщин) – исключение гинекологических расстройств;

- консультации иных узких специалистов – сопутствующие соматические заболевания и/или патологические состояния.

2) Диагностический алгоритм: (схема)



3) Дифференциальный диагноз [8-10]:

Таблица 1 – Дифференциальная диагностика.

Параметры	Тревожные расстройства	Сенестопатическая шизофрения
Клиническая картина	Связь с психогенией, доминирование в клинической картине тревожного аффекта, наличие критики и осознания болезни	Склонность к ипохондрическому бредообразованию, нарастание негативной симптоматики, специфические расстройства мышления.
Продолжительность	Не информативно	
Инструментальное обследование	Не информативно	
Анамнез	Нередко тревожно - мнительный преморбид, психологические травмы, стрессовые ситуации и иные эмоциональные потрясения в прошлом.	Часто - отягощенная наследственность по психическим заболеваниям

Цели лечения: регрессия тревоги, достижение медикаментозной ремиссии, стабилизация состояния пациента.

Тактика лечения на амбулаторном уровне:

При оценке микросоциальных условий как удовлетворительных и\или нетяжелом уровне расстройства рекомендуется преимущественно амбулаторное лечение. В случае усложненной клинической картины (за счет коморбидных состояний) и\или неэффективности вмешательства на амбулаторном этапе решается вопрос о госпитализации.

1) Немедикаментозное лечение:

Комплексная терапия, различные виды психотерапии, трудотерапия.

Режимы наблюдения (в зависимости от состояния пациента):

- общий режим наблюдения – круглосуточное наблюдение без ограничения передвижения в отделении.
- режим частичной госпитализации – возможность нахождения в отделении в дневное или ночное время с учетом необходимости его адаптации во внебольничных условиях.
- режим лечебных отпусков – возможность нахождения, по решению ВКК вне отделения от нескольких часов до нескольких суток, с целью постепенной адаптации к внебольничным условиям, решения бытовых и социальных вопросов, а также оценки достигнутого лечебного эффекта.
- усиленный режим наблюдения – круглосуточное наблюдение и ограничение передвижения за пределами отделения.
- строгий режим наблюдения – круглосуточное непрерывное наблюдение, постоянное сопровождение медицинским персоналом в отделении и за его пределами.

2) Медикаментозное лечение:

Антидепрессанты – предназначены для купирования сопутствующих депрессивных проявлений. Выбрать нужно один из перечисленных препаратов группы СИОЗС или ИОЗСН (сертралин, флуоксетин, флувоксамин, мirtазапин).

Транквилизаторы – предназначены для устранения тревожных расстройств (диазепам, тофизолам, клоназепам, альпразолам).

Нормотимические препараты – предназначены для стабилизации настроения, медикаментозного контроля нарушений биологических ритмов (карбамазепин, вальпроевая кислота).

Малые нейрорептики – предназначены для коррекции поведенческих нарушений (хлопроксен, тиоридазин, сульпирид).

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения):

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности	Примечание
Прочие антидепрессанты	Дулоксетин	60-120 мг\сутки внутри	А	противопоказан в период беременности
	Агомелатин	25-50 мг\сутки и внутри	А	данные о применении беременным и женщинами отсутствуют или ограничены
	Венлафаксин	37,5-225 мг\сутки внутри	А	
	Миртазапин	15-45 мг\сутки внутри	А	противопоказан в период беременности
	Тианептин	до 37,5 мг сутки внутри	А	данные о применении беременным и женщинами отсутствуют или ограничены
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	Сертралин	25-50 мг\сутки и внутри	А	противопоказан в период беременности
	Флувоксамин	50-100 мг\сутки внутри	А	когда клиническое состояние женщины требует лечения

				флувоксамин ом
	Флуоксетин	20-60 мг\сутки внутри	А	противопоказ ан в период беременност и
Анксиолитики. Производные бензодиазепина.	Диазепам	до 10мг\сутк и внутри	А	противопоказ ан в период беременност и (1-ый триместр)
	Клоназепам	2-6 мг\сутки внутри	А	
	Хлордиазепок сид	до 30мг\сутк и внутри	А	
	Оксазепам	до 30 мг\сутки внутри	А	
	Алпразолам	до 3 мг\сутки внутри	А	
	Тофизолам	до 150мг\сут ки внутри	В	противопоказ ан в период беременност и (1-ый триместр)
Анксиолитики. Анксиолитики другие.	Этифоксин	до 150мг\сут ки внутри	А	противопоказ ан в период беременност и
Снотворные и седативные средства. Бензодиазепиноподоб ные средства	Зопиклон	до 7,5мг\сутк и внутри	А	

Перечень дополнительных лекарственных средств
(менее 100 % вероятности применения):

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности	Примечание
Антипсихотики. Тиоксантена производные.	Хлорпротиксен	50- 100 мг\сутки внутри	В	клинические данные по применению данного препарата в отношении беременных женщин ограничены.
Нейролептики. Фенотиазины пиперидиновой структурой.	Тиоридазин	50- 200мг\сутки внутри	В	противопоказан в период беременности
Нейролептики. Бензамиды.	Сульпирид	до 300 мг\сутки внутри	В	
Противоэпилептические препараты другие	Топирамат	50-150 мг\сутки внутри	В	
Противоэпилептические препараты. Карбоксимида производные	Карбамазепин	200-400 мг\сутки внутри	В	противопоказан в период беременности (1-ый триместр)
Противоэпилептические препараты. Жирных кислот производные	Вальпроевая кислота	300-600 мг\сутки внутри	В	когда нет подходящего альтернативного лечения
Противоэпилептические препараты другие	Ламотриджин	50-100 мг\сут внутри	А	противопоказан в период беременности

Медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне:

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности	Примечание
-------------------------------	-----------------------------	-------------------	-------------------------	------------

Антидепрессанты. Неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов	Амитриптилин	25- 150мг\сут ки внутрь	А	данные о применении беременным и женщинами отсутствуют или ограничены
Прочие антидепрессанты	Дулоксетин	60-120 мг\сутки внутри	А	противопоказ ан в период беременност и
	Агомелатин	25- 50мг\сутк и внутрь	А	данные о применении беременным и
	Венлафаксин	75- 225мг\сут ки внутрь	А	женщинами отсутствуют или ограничены.
	Миртазапин	30-45 мг\сутки внутри	А	противопоказ ан в период беременност и
	Тианептин	до 37,5 мг сутки внутри	А	данные о применении беременным и женщинами отсутствуют или ограничены
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	Сертралин	25- 50мг\сутк и внутрь	А	противопоказ ан в период беременност и
	Флувоксамин	50-300 мг\сутки внутри	А	не следует применять во время

				беременность, за исключением случаев, когда клиническое состояние женщины требует лечения флувоксамином
	Флуоксетин	20-60 мг\сутки внутри	А	противопоказан в период беременности
Анксиолитики. Анксиолитики другие	Этифоксин	до 150мг\сутки внутри	А	
Анксиолитики. Производные бензодиазепина.	Диазепам	10-20 мг\сутки внутри и в\м	А	противопоказан в период беременности (1-ый триместр)
	Тофизопам	до 300мг\сутки внутри	А	
	Клоназепам	2-6 мг\сутки внутри	А	противопоказан в период беременности
	Альпразолам	до 3 мг\сутки внутри	А	
	Хлордиазепоксид	до 30мг\сутки и внутри	А	
	Оксазепам	до 30 мг\сутки внутри	А	

Снотворные и седативные средства. Бензодиазепиноподобные средства	Зопиклон	до 7,5мг\сутк и внутрь	А	
---	----------	------------------------	---	--

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100 % вероятности применения):

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности	Примечание
Антипсихотики. Тиоксантена производные.	Хлорпротиксен	50- 600 мг\сутки внутрь	В	данные о применении беременными женщинами отсутствуют или ограничены
Нейролептики. Фенотиазины с пиперидиновой структурой.	Тиоридазин	50- 300мг\сутки внутрь	В	противопоказан в период беременности
Нейролептики. Бензамиды.	Сульпирид	до 400 мг\сутки внутрь	В	
Противоэпилептические препараты другие	Топирамат	50-150 мг\сутки внутрь	В	
Противоэпилептические препараты. Карбоксимида производные	Карбамазепин	200-800 мг\сутки внутрь	В	противопоказан в период беременности (1-ый триместр)
Противоэпилептические препараты. Жирных кислот производные	Вальпроевая кислота	300-600 мг\сутки внутрь	В	противопоказан в период беременности, за исключением случаев, когда нет подходящего

				альтернативного лечения
Противоэпилептические препараты другие	Ламотриджин	75-100 мг\сут внутри	А	противопоказан в период беременности

Медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи:

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности	Примечание
Анксиолитики. Производные бензодиазепина.	Диазепам	10-20 мг\сутки в\м	А	противопоказан в период беременности (1-ый триместр)

Другие виды лечения: нет.

Хирургическое лечение: нет.

Профилактические мероприятия [8-10]:

Первичная профилактика – не проводится.

Вторичная профилактика – обоснованное назначение психофармакопрепаратов

Третичная профилактика – комплаенс-терапия, психосоциальная реабилитация, реализация психообразовательных программ для членов семей пациентов.

Дальнейшее ведение (после стационара) – формирование и укрепление комплаенса.

Индикаторы эффективности лечения:

- Общий балл по шкале депрессии Гамильтона не более 9.
- Общий балл по шкале тревоги Гамильтона не более 18.
- Настроенность больного и\или его семьи на продолжение медикаментозного и немедикаментозного лечения на амбулаторном этапе.
- Отсутствие негативной реакции на необходимость приема психотропных средств.

Показания для госпитализации [2,3]:

1. Выраженная астенизация
2. Выраженная соматизация нарушений (психосоматические симптомы)
3. Невозможность подбора медикаментозной терапии амбулаторно за счет резистентности состояния, плохой переносимости терапии
4. Необходимость снизить риск кризисных ситуаций, возможных в ходе лечения
5. Обусловленная симптомами невозможность амбулаторного лечения при агорафобии, прочих фобиях, ограничительном поведении
6. Выраженное снижение трудоспособности из-за выраженной тревоги, частых панических атак
7. Необходимость изоляции из актуальных жизненных психотравмирующих обстоятельств

Добровольная (экстренная и плановая) госпитализация:

- письменное согласие на госпитализацию
- психопатологические расстройства непсихотического уровня с десоциализирующими проявлениями, которые не купируются в амбулаторных условиях или
- решение экспертных вопросов (МСЭК, ВВК, СПЭК).

Принудительная госпитализация без решения суда –

наличие психопатологических расстройств и действий, обуславливающих:

- непосредственную опасность для себя и окружающих;
- беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, при отсутствии надлежащего ухода;
- существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Принудительная госпитализация – по определению суда, постановлению следственных органов и\или прокуратуры.

Диагностические исследования:

Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

экспериментально-психологическое обследование (шкала депрессии и тревоги HADS, шкала тревоги Бека, шкала тревоги Гамильтона, опросник оценки выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Checklist – SCL–90–R)

Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- ОАК;
- ОАМ;
- биохимический анализ крови (печеночные пробы);
- ЭКГ – проводятся с целью мониторинга изменений соматического состояния на фоне основной терапии;
- ЭЭГ – при эпилептических и эпилептиформных пароксизмах.

Минимальный перечень обследований, которые необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию, согласно внутреннему регламенту стационара с учетом действующего приказа уполномоченного органа в области здравоохранения.

Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые в стационаре:

- ОАМ – не реже 1 раза в месяц;
- ОАК – не реже 1 раза в месяц;
- биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин (прямой и непрямой, уровень глюкозы в крови) – не реже 1 раза в месяц;
- ЭКГ – не реже 1 раза в месяц;
- ЭПО (для поступивших впервые в жизни или впервые в текущем году). ЭПО для иных категорий пациентов – по решению лечащего врача.

Дополнительные диагностические обследования, проводимые в стационаре:

- ЭЭГ – при эпилептических и эпилептиформных пароксизмах.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

Разработчики:

- 1) Ракишева А-У.С., кандидат медицинских наук, врач психиатр-нарколог, психотерапевт, заведующая кафедры психиатрии и наркологии НАО «МУА»
- 2) Шамарданова О.М., врач психиатр, ассистент кафедры психиатрии и наркологии НАО «МУА»
- 3) Сулейменова А.А., врач психиатр, заведующая психосоматическим отделением РНПЦПЗ
- 4) Нурпеисова А.А., доктор PhD преподаватель кафедры клинической фармакологии НАО «МУА»

Конфликта интересов нет.

Рецензенты:

- 1).
- 2).

Условия пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

Список использованной литературы:

1. Международная Классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (Клинические описания и указания по диагностике). ВОЗ, 1994.
2. Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 07 июля 2020 г. № 360-VI
3. Стандарт организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-224/2020
4. Коллюцкая Е.В., Смулевич А.Б. Невротические расстройства // Психиатрия: Научнопрактический справочник / Под ред. академика РАН А.С. Тиганова. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство». — 2016. — С. 349-368.
5. Психиатрия: Научно-практический справочник / Под ред. академика РАН А.С. Тиганова. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. — 608 с.
6. Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике / Под ред. чл.-кор. РАМН Ю.А. Александровского проф. Н.Г. Незнанова — М.:Издательство «Литтерра», 2014.
7. Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике. Руководство для практикующих врачей. Под общей редакцией чл.-кор. РАМН Ю.А. Александровского, проф. Н.Г. Незнановна. Москва. 2014.
8. Панкова О. Ф., Алексеев А. В., Абрамов А. В. Современные психотропные средства, используемые в психиатрии. Москва. 2021.
9. Национальный центр экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий (Электронный ресурс). https://www.ndda.kz/category/search_prep (06.08.2021).
10. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 18 мая 2021 года № ҚР ДСМ – 41 «Об утверждении Казахстанского национального лекарственного формуляра».

11. European Medicines Agency (Электронный ресурс) <https://www.ema.europa.eu/en/> (7.08.2021).
12. <https://www.medscape.com>.
13. Джордж Арана, Джеральд Розенбаум Руководство по психофармакотерапии (Gerge Arana, Jerrold Rosenbaum "Handbook of Psychiatric Drug Therapy", 4th ed., 2001) Авруцкий Г.Я., Недува А.А Лечение психически больных: Руководство для врачей. – 2 издание, переработанное и дополненное. – Москва «Медицина», 1988.
14. Арана Дж., Розенбаум Дж. Руководство по психофармакотерапии. -4-е изд.2021
15. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. М. «Восток» 1996г- 288 с.
16. Яничак и соавт Принципы и практика психофармакотерапии. Киев.-1999.-728
17. Блейхер В.М., Крук И.В.. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж НПО «МОДЭК», 1995.
18. Руководство по психиатрии/Под редакцией А.С.Тиганова Т 1-2 – Москва «Медицина»,1999.
- 19.Справочник по психиатрии/ Под редакцией А.В.Снежневского. – Москва «Медицина»,1985.
20. Об утверждении правил оказания скорой медицинской помощи, в том числе с привлечением медицинской авиации
21. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № ҚР ДСМ-225/2020 от 30 ноября 2020 года
22. Национальное руководство по психиатрии/под ред.Т.Б.Дмитриевой- Москва, 2009.- 993с.
23. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск 10/ под ред.Чучалина А.Г., Белоусова Ю.Б., Яснецова В.В.-Москва.-2009.-896с.
24. Руководство по биологической терапии шизофрении Всемирной федерации обществ биологической психиатрии (WFSBP) А.Хасан, П.Фалкай, Т.Воброк, Д.Либерман, Б.Глентой, В.Ф.Гаттаз, Х.Ю.Меллер, С.Н.Мосолов и др.
24. [Электронный ресурс] http://psypharma.ru/sites/default/files/stpr_2014-02_sch.pdf
26. American psychiatric association. Practice guideline for the treatment of Patients With Schizophrenia (Second Edition).-2004 (Copyright 2010).-184p.
27. Davis JM, Chen N, Glick I.D: A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. Arch Gen Psychiatry 2003; 60:553–564.
28. American psychiatric association . Practice guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder.- 2004 (Copyright 2010).- 96p.
29. Brain circuitry of compulsivity / O.A. van den Heuvel [et al.] // European Neuropsychopharmacology. – 2016. — Vol. 26. — №5. – P. 810-827.

30. Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive-compulsive disorder (OCD): An international collaboration / V. Brakoulias [et al.] // *Comprehensive Psychiatry*. – 2017. – Vol. 76. – P. 79-86.
17. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск 10/ под ред. Чучалина А.Г., Белоусова Ю.Б., Яснецова В.В.-Москва.-2009.-896с.
18. Руководство по биологической терапии шизофрении Всемирной федерации обществ биологической психиатрии (WFSBP) А.Хасан, П.Фалкаи, Т.Воброк, Д.Либерман, Б.Глентой, В.Ф.Гаттаз, Х.Ю.Меллер, С.Н.Мосолов и др.
- 19.[Электронный ресурс] http://psypharma.ru/sites/default/files/stpr_2014-02_sch.pdf.pdf
20. American psychiatric association. Practice guideline for the treatment of Patients With Schizophrenia (Second Edition).-2004 (Copyright 2010).-184p.
21. Davis JM, Chen N, Glick I.D: A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:553–564.
22. American psychiatric association . Practice guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder.- 2004 (Copyright 2010).- 96p.
23. Brain circuitry of compulsivity / O.A. van den Heuvel [et al.] // *European Neuropsychopharmacology*. – 2016. — Vol. 26. — №5. – P. 810-827.
24. Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive-compulsive disorder (OCD): An international collaboration / V. Brakoulias [et al.] // *Comprehensive Psychiatry*. – 2017. – Vol. 76. – P. 79-86.

Приложение 1

к клиническому протоколу диагностики и лечения

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

Вызов

Наличие информации о психопатологических признаках, обуславливающих

- непосредственную опасность для себя и окружающих;
- беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, при отсутствии надлежащего ухода;
- существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи

нет

Гражданином дано согласие на психиатрическое освидетельствование

нет

Рекомендация обратиться к психиатру по месту жительства

да

Синдромальный диагноз, оценка экстренности госпитализации. С согласия гражданина симптоматическое применение психотропных медикаментов

да

Освидетельствование без согласия, принятие решения о принудительной госпитализации. При обоснованной необходимости - применение психотропных медикаментов