

ПСИХИАТРИЯ

КОНСПЕКТ ЛЕКЦИЙ

 EKSMO
EDUCATION



**ХИТ
сезона**

ЭКЗУМЕН

В КАРМАНЕ

Андрей Дроздов

Психиатрия: конспект лекций

«Научная книга»

Дроздов А. А.

Психиатрия: конспект лекций / А. А. Дроздов — «Научная книга»,

Конспект лекций по психиатрии предназначен для студентов медицинских колледжей и вузов. В данном издании рассмотрены вопросы современной классификации психических расстройств, основные синдромы психических заболеваний, аффективные расстройства, а также современные аспекты наркологии. Книга будет незаменимым помощником для тех, кто желает быстро подготовиться к экзамену и успешно его сдать.

© Дроздов А. А.
© Научная книга

Содержание

ЛЕКЦИЯ № 1. Общая психопатология	5
1. Предмет и задачи психиатрии. История развития	6
2. Организация психиатрической помощи	11
3. Основные психопатологические синдромы. Понятие нозологии	14
Конец ознакомительного фрагмента.	15

Е. В. Гейслер, А. А. Дроздов

Психиатрия: конспект лекций

ЛЕКЦИЯ № 1. Общая психопатология

Организация психиатрической помощи. Основные положения закона РФ о психиатрической помощи. Основные психопатологические синдромы. Понятие нозологии. Этиология психических заболеваний. Принципы современной классификации психических расстройств. Общая психопатология.

1. Предмет и задачи психиатрии. История развития

Психиатрия – медицинская дисциплина, изучающая диагностику и лечение, этиологию, патогенез и распространенность психических заболеваний, а также организацию психиатрической помощи населению.

Психиатрия в буквальном переводе с греческого языка – исцеление души. Данная терминология не отвечает нашим современным представлениям о психических заболеваниях. Для того чтобы осмыслить происхождение этого определения, необходимо вспомнить историю формирования человеческого мировоззрения. В древности люди видели окружающие явления и предметы, наделяя их душой. Такие явления, как смерть и сон казались первобытному человеку малопонятными и непостижимыми. По древним поверьям, душа, во сне вылетая из тела, видит разные события, где-то бродит, участвуя в них, именно это и наблюдает человек во сне. В Древней Греции полагали, что если разбудить спящего человека, то душа может не успеть вернуться обратно в тело, а в тех случаях, когда душа уходила и не возвращалась, человек умирал. В той же Древней Греции чуть позже делается попытка объединить психические переживания и психические заболевания с тем или иным органом человеческого тела, например органом любви считалась печень, и только на более поздних изображениях органом любви становится сердце, пронзенное стрелой Амура.

Психиатрия – специальность медицины, которая является частью клинической медицины. Помимо основных методов исследования, используемых в клинической медицине, таких как осмотр, пальпация и аускультация, для изучения психических заболеваний используется ряд приемов для выявления и оценки психического состояния больного – наблюдение и беседа с ним. В случае психических нарушений в результате наблюдения за больным можно обнаружить своеобразие его поступков и поведения. В том случае если больного беспокоят слуховые или обонятельные галлюцинации, он может затыкать уши или нос. При наблюдении можно отметить, что больные заклеивают окна, вентиляционные отверстия, чтобы газ, который якобы пускают соседи, не проникал в квартиру. Такое поведение может говорить о наличии обонятельных галлюцинаций. В случае навязчивых страхов больные могут совершать непонятные окружающим движения, являющиеся ритуалами. Примером может служить бесконечное мытье рук при страхе загрязнения, перешагивание через трещины на асфальте, «чтобы не случилось беды».

При беседе с врачом-психиатром больной может сам сообщить ему об имеющихся у него переживаниях, опасениях, страхах, плохом настроении, объясняя неправильное поведение, а также высказать неадекватные ситуации суждения и бредовые переживания.

Для правильной оценки состояния больного большое значение имеет сбор сведений о его прошлой жизни, отношении к происходящим событиям, взаимоотношении с окружающими его людьми.

Как правило, при сборе таких сведений выявляются болезненные трактовки некоторых событий и явлений. В таком случае речь идет не столько об анамнезе, сколько о психическом состоянии пациента.

Важным моментом в оценке психического состояния больного являются данные объективного анамнеза, а также сведения, которые получены от близких родственников больного и окружающих его лиц.

Иногда врачи встречаются с явлением анозогнозии – отрицанием болезни самим больным и его близкими родственниками, что характерно для таких психических заболеваний, как эпилепсия, олигофрения, шизофрения. В медицинской практике встречаются случаи, когда родители больного как бы не видят явных признаков болезни, являясь достаточно образованными людьми и даже врачами. Иногда, несмотря на отрицание факта наличия болезни у род-

ственника, некоторые из них соглашаются на проведение необходимой диагностики и лечения. В подобных ситуациях врач-психиатр должен проявить максимальный профессионализм, гибкость и такт. Проводить лечение необходимо, не уточняя диагноз, не настаивая на нем и не убеждая ни в чем родственников, исходя из интересов больного. Иногда родственники, отрицая болезнь, отказываются от проведения курса необходимой терапии. Такое поведение может привести к утяжелению симптомов заболевания и его переходу в хроническое течение.

Психические заболевания, в отличие от соматических заболеваний, являющихся эпизодом в жизни больного, продолжаются годами, а иногда и всю жизнь. Столь длительное течение психических заболеваний провоцирует возникновение ряда социальных проблем: взаимоотношение с окружающим миром, людьми и т. д.

Личностные качества больного, уровень зрелости личности, а также сформировавшиеся особенности характера играют большую роль в процессе оценки психического заболевания и его последствий, что наиболее отчетливо выявляется при изучении клинических вариантов неврозов.

Постепенно (по мере развития и изучения психиатрии) выделилось несколько самостоятельных направлений: детская и подростковая психиатрия, гериатрическая, судебная, военная психиатрия, наркология, психотерапия. Эти направления основываются на общих психиатрических знаниях и получают свое развитие в практической деятельности врача.

Установлено, что между соматическими и психическими заболеваниями имеется тесная взаимосвязь, т. к. абсолютно любое соматическое нарушение оказывает выраженное влияние на личность больного и его психическую деятельность. Выраженность психических расстройств при разных заболеваниях различна. Например, при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, таких как гипертоническая болезнь, атеросклероз, решающая роль принадлежит соматогенному фактору. Реакции личности более выражены при тех заболеваниях, в результате которых возникают дефекты лица и обезображивающие рубцы.

На реакцию личности, на болезнь влияет множество факторов:

- 1) характер заболевания, его острота и темп развития;
- 2) представление об этом заболевании у самого больного;
- 3) характер лечения и психотерапевтическая обстановка в стационаре;
- 4) личностные качества больного;
- 5) отношение к болезни пациента, а также его родственников и сослуживцев.

По мнению Л. Л. Рохлина, выделяются пять вариантов реакции личности на болезнь:

- 1) астенодепрессивный;
- 2) психастенический;
- 3) ипохондрический;
- 4) истерический;
- 5) эйфорически-анозогнозический.

Широко распространенный ныне термин «соматически обусловленный психоз» предложил К. Шнейдер. Для того чтобы поставить такой диагноз, необходимы следующие условия:

- 1) отчетливая симптоматика соматического заболевания;
- 2) очевидная связь по времени между соматическими и психическими расстройствами;
- 3) параллельное течение психических и соматических расстройств;
- 4) экзогенная или органическая симптоматика.

Соматогенно обусловленные психические болезни и психические расстройства могут носить психотический, невротический и психопатический характер, таким образом, правильно будет говорить не о характере психических расстройств, а об уровне психических нарушений. Психотический уровень психических нарушений – состояние, при котором больной не способен адекватно оценивать себя, окружающую обстановку, отношение внешних событий к себе и своей ситуации. Такой уровень психических расстройств сопровождается нарушением психи-

ческих реакций, поведения, а также дезорганизацией психики больного. **Психоз** – болезненное расстройство психики, которое проявляется целиком или преимущественно неадекватным отражением реального мира с нарушением поведения, изменением различных сторон психической деятельности. Как правило, психоз сопровождается появлением не свойственных нормальной психике явлений: галлюцинаций, бреда, расстройств психомоторного и аффективного характера.

Невротический уровень психических расстройств характеризуется тем, что сохраняется правильная оценка собственного состояния как болезненного, правильное поведение, а также расстройствами в сфере вегетативных, сенсомоторных и аффективных проявлений. Данный уровень нарушения психической деятельности, расстройств психической деятельности не сопровождается изменением отношения к происходящим событиям. По определению А. А. Портнова, эти расстройства – нарушение произвольной адаптации.

Психопатический уровень психических расстройств проявляется стойкой дисгармонией личности больного, которая выражается в нарушении адаптации к окружающей среде, что связано с чрезмерной аффективностью и аффективной оценкой окружающего. Вышеописанный уровень психических расстройств может наблюдаться у больного всю жизнь либо возникать в связи с перенесенными соматическими заболеваниями, а также при аномалиях развития личности.

Выраженные психотические расстройства в виде психозов встречаются гораздо реже других расстройств. Зачастую больные в первую очередь обращаются к врачам общей практики, что связано с началом болезни в виде появления вегетативной и соматической симптоматики.

На течение соматических заболеваний оказывают неблагоприятное влияние психические травмы. В результате неприятных переживаний пациента нарушается сон, снижается аппетит, уменьшаются активность и сопротивляемость организма к заболеваниям.

Начальные этапы развития психических заболеваний отличаются тем, что более выражены соматические расстройства по сравнению с психическими нарушениями.

1. У молодой работницы пищеблока появились жалобы на учащенное сердцебиение, повышение артериального давления. На приеме у терапевта никакой патологии не отмечается, данные расстройства врач расценил как возрастные функциональные. В дальнейшем у нее исчезла менструальная функция. На приеме у гинеколога патологии также не выявлено. Девушка начала стремительно полнеть, врач-эндокринолог тоже не отметил никаких отклонений. Ни один из специалистов не обратил внимания на пониженное настроение, двигательную заторможенность и снижение работоспособности. Снижение работоспособности объясняли беспокойностью девушки, наличием соматической патологии. После попытки совершить самоубийство девушка по настоянию близких родственников была проконсультирована врачом-психиатром, который поставил диагноз – депрессивное состояние.

2. Мужчина 56 лет после отдыха на море стал предъявлять жалобы на боли за грудиной и плохое самочувствие, в связи с чем был доставлен в терапевтическое отделение городской клинической больницы. После проведения обследования наличие сердечной патологии не подтвердилось. Близкие родственники навещали его, уверяя, что все в порядке, хотя мужчина чувствовал себя с каждым днем гораздо хуже. Затем у него появилась мысль, что окружающие считают его симулянтом и думают, что он специально жалуется на боли в сердце, чтобы не работать. В состоянии больного каждый день, особенно по утрам, отмечались ухудшения состояния здоровья.

Неожиданно утром пациент зашел в операционную и, взяв скальпель, попытался покончить жизнь самоубийством. К пациенту работниками стационара был вызван наряд скорой помощи совместно с психиатрической бригадой, которая в дальнейшем выяснила, что у больного депрессия. Данное заболевание у пациента сопровождалось всеми признаками депрес-

сивного состояния, такими как тоска, двигательная заторможенность, снижение интеллектуальной активности, замедление мыслительной деятельности, потеря веса.

3. Во время киносеанса у ребенка появилась рвота. С данной жалобой его родители обратились к врачу. В стационаре провели исследование желудка и печени, ребенка осмотрел врач-невропатолог. После данных процедур никакой патологии обнаружено не было. При сборе анамнеза у родителей ребенка удалось выяснить, что впервые рвота возникла после того, как в кинотеатре ребенок съел плитку шоколада, мороженое, яблоко и конфеты. Во время просмотра кинофильма у ребенка возникла рвота, которая впоследствии приняла характер условного рефлекса.

В какой бы области медицины ни работал, какую бы специальность ни предпочел врач, он непременно обязан исходить из того, что имеет дело прежде всего с живым человеком, личностью, со всеми ее индивидуальными тонкостями. Каждому врачу необходимо знание психиатрической науки, т. к. большая часть больных с психическими нарушениями в первую очередь обращается не к психиатрам, а к представителям другой медицинской специальности. Прежде чем пациент попадает под наблюдение психиатра, зачастую проходит весьма значительный период времени. Как правило, врач общего профиля имеет дело с пациентами, которые страдают малыми формами психических отклонений – неврозами и психопатиями. Такой патологией занимается малая, или пограничная, психиатрия.

Советский психиатр О. В. Кербиков утверждал, что пограничная психиатрия является той областью медицины, в которой наиболее необходим контакт врача-психиатра с врачами общего профиля. Последние в данном случае находятся на переднем плане охраны психического здоровья населения.

Чтобы избежать неправильного обращения с больным, врачу необходимо знание психиатрической науки в целом и пограничной в особенности. При неправильном обращении с психическим больным можно спровоцировать возникновение ятрогении – болезни, невольно вызванной врачом. Возникновению данной патологии могут способствовать не только пугающие больного слова, но также мимика и жесты. Врач, человек несущий прямую ответственность за здоровье своего пациента, должен не только вести себя правильно сам, но также контролировать поведение медицинской сестры и обучать ее тонкостям общения с пациентом, соблюдая при этом все правила деонтологии. Во избежание дополнительного травмирования психики больного врач должен уяснить себе внутреннюю картину болезни, т. е. то, как его пациент относится к своему заболеванию, какова его реакция на него.

Врачи общей практики нередко первыми встречаются и с психозами в их самой начальной стадии, когда болезненные проявления еще не очень выражены, не слишком заметны. Достаточно часто врач любого профиля может столкнуться с начальными проявлениями, особенно если начальная форма психической болезни внешне напоминает какое-то соматическое заболевание. Зачастую выраженное психическое заболевание инициирует соматическую патологию, а сам больной твердо «убежден» в наличии у него какого-либо (на самом деле несуществующего) заболевания (рак, сифилис, какой-то обезображивающий его физический недостаток) и настойчиво требует специального или хирургического лечения. Довольно часто такие заболевания, как слепота, глухота, параличи являются проявлением истерических расстройств, скрытой депрессии, протекающей под маской соматического заболевания.

Практически любой врач может попасть в ситуацию, когда требуется оказание неотложной психиатрической помощи, например купировать состояние острого психомоторного возбуждения у больного с белой горячкой, сделать все возможное при возникновении эпилептического статуса, попытках к самоубийству.

Нозологическое направление в современной психиатрии (от греч. *nosos* – «болезнь») распространено как в нашей стране, так и в части европейских государств. Исходя из структуры данного направления все психические нарушения представлены в виде отдельных психи-

ческих болезней, таких как шизофрения, маниакально-депрессивный, алкогольный и другие психозы. Считается, что каждой болезни присущи разнообразие провоцирующих и предрасполагающих факторов, характерная клиническая картина и течение, свой этиопатогенез, хотя и выделяются различные типы и варианты, а также наиболее вероятный прогноз. Как правило, все современные психотропные средства эффективны при определенных симптомах и синдромах вне зависимости от той болезни, при которой они встречаются. Еще одним достаточно серьезным недостатком данного направления является невыявленное положение тех психических нарушений, которые не укладываются в клиническую картину и течение определенных заболеваний. Например, по мнению одних авторов, расстройства, занимающие промежуточное положение между шизофренией и маниакально-депрессивным психозом, являются особыми шизоаффективными психозами. По мнению других, данные расстройства должны быть включены в шизофрению, третьи интерпретируют их как атипичные формы маниакально-депрессивного психоза.

Основателем нозологического направления считается известный немецкий психиатр Э. Крепелин. Он первым представил большинство психических расстройств в форме отдельных заболеваний. Хотя и до систематики Э. Крепелина некоторые психические заболевания были выделены в качестве самостоятельных: циркулярное помешательство, описанное французским психиатром Ж. – П. Фальре, в дальнейшем названное маниакально-депрессивным психозом, алкогольный полиневритический психоз, изученный и описанный С. С. Корсаковым, прогрессивный паралич, являющийся одной из форм сифилитического поражения мозга, описанный французским психиатром А. Бейлем.

Основополагающим методом нозологического направления является подробное описание клинической картины и течения психических расстройств, за что представители других направлений называют данное направление описательной психиатрией Э. Крепелина. К основным разделам современной психиатрии относятся: гериатрическая, подростковая и детская психиатрия. Они являются областями клинической психиатрии, посвященными особенностям проявлений, течения, лечения и профилактики психических расстройств в соответствующем возрасте.

Раздел психиатрии, именуемый наркологией, изучает диагностику, профилактику и лечение наркоманий, токсикоманий и алкоголизма. В западных странах врачей, специализирующихся в области наркологии, называют аддикционистами (от английского слова addiction – «пристрастие, зависимость»).

Судебная психиатрия занимается разработкой основ судебно-психиатрической экспертизы, а также ведет работу по предупреждению общественно опасных действий психически больных лиц.

Социальная психиатрия занимается изучением роли социальных факторов в возникновении, течении, профилактике и лечении психических заболеваний и организации психиатрической помощи.

Транскультуральная психиатрия – раздел клинической психиатрии, посвященный сравнительному исследованию особенностей психических расстройств и уровня психического здоровья среди различных наций, культур.

Такой раздел, как ортопсихиатрия сплачивает подходы психиатрии, психологии и других медицинских наук к диагностике и лечению нарушения поведения. Особое внимание уделяется мерам профилактики, направленным на предупреждение развития этих нарушений у детей. Разделами психиатрии также являются сексопатология и суицидология (занимающаяся изучением причин и разработкой мер по предупреждению самоубийств на уровне предотвращения суицидального поведения, предшествующего им).

Пограничными с психиатрией и в то же время обособленными научными дисциплинами являются психотерапия, медицинская психология, а также психофармакология.

2. Организация психиатрической помощи

В основе организации психиатрической помощи в любой стране лежат права граждан, которым данная помощь оказывается. Она не может осуществляться без решения вопросов правового положения психически больных. Согласно законодательству нашего государства, содержащему положения, касающиеся как самого психически больного, так и врача и психиатрической службы, необходимо максимально защитить интересы психически больных и в то же время оградить общество от опасных действий психически больных. Психиатрическая помощь населению может быть оказана как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

Стационарная психиатрическая помощь

Для оказания стационарной помощи населению существуют психиатрические больницы и психиатрические отделения, которые могут быть специализированы для лечения больных с пограничными непсихотическими состояниями, невротами и невротоподобными состояниями, церебрастеническими расстройствами, психосоматическими заболеваниями, а также пациентов, страдающих психозами и одновременно соматическими заболеваниями, требующими активной терапии или оперативного вмешательства.

Больные из определенного района или участка психоневрологического диспансера поступают в одно и то же отделение психиатрической больницы (территориальный принцип распределения больных).

Кроме того, в каждой больнице имеются отделения для лечения больных пожилого возраста, детей, подростков, а также лиц с пограничными состояниями. Совсем недавно в больших психиатрических больницах стали появляться специальные отделения психореанимации.

По данным экспертов ВОЗ, достаточной обеспеченностью психиатрическими койками считается 1,0–1,5 койки на 1000 населения, в России имеется 1,2 на 1000 населения или 10 % от общего числа коек. В детских и подростковых отделениях больные не только получают лечение, но и обучаются по программе массовой школы.

Для определенных групп больных, главным образом с пограничными нервно-психическими заболеваниями, чтобы снизить неблагоприятное влияние изоляции психически больных от общества, в некоторых отделениях психиатрических больниц используется система «открытых дверей». В связи с ростом продолжительности жизни населения возникает острая необходимость в развитии психиатрической помощи лицам пожилого возраста.

Внебольничная помощь психически больным

Психоневрологические диспансеры, работающие по территориальному принципу, были учреждены в 1923 г. В настоящее время психиатрическая помощь вне стен стационара развивается в трех направлениях: совершенствуется помощь больным в психоневрологическом диспансере; формируется новый вид консультативной психиатрической помощи без постановки больного на учет в этом учреждении; улучшается психиатрическая помощь вне диспансера, в системе общей медицинской помощи – в психотерапевтических кабинетах поликлиник – для оказания ее больным с пограничными расстройствами и раннего выявления больных с другими психическими заболеваниями.

Кроме того, в последнее время стали практиковать лечение в дневных стационарах, куда больные приходят утром, получают соответствующее лечение, участвуют в трудовых процессах, развлечениях, а вечером возвращаются домой. Существуют также ночные стационары,

где больные находятся после работы вечером и ночью. За это время им проводятся лечебные мероприятия, например курс внутривенных вливаний, иглорефлексотерапия, лечебный массаж, а утром больные возвращаются на работу.

Для детей с различными невротическими состояниями существуют санаторные, так называемые лесные школы, в которых ослабленные дети получают соответствующую терапию и обучаются в течение одной четверти.

В профилактике и лечении психических заболеваний большое значение имеют создание режима труда и отдыха, длительное пребывание на свежем воздухе, занятия физкультурой. Больные, страдающие хроническими психическими заболеваниями, находятся в психоневрологических интернатах, где получают необходимое лечение.

Дети, отстающие в умственном развитии, обучаются в специальных вспомогательных школах. Они могут приходить туда из дома или жить постоянно в интернатах при школах, где осуществляется постоянное специальное наблюдение и систематическое лечение. Дети с органическими поражениями центральной нервной системы, а также с заиканием получают необходимую медицинскую помощь в специализированных яслях-садах, где совместно с воспитателями работают врачи-психиатры, психологи и логопеды.

В состав психоневрологического диспансера, кроме кабинетов, в которых оказывается необходимая медицинская помощь, входят лечебно-трудовые мастерские, где работают инвалиды по психическому заболеванию. Нахождение в лечебно-трудовых мастерских дает возможность проводить систематическое лечение, обеспечивать пациентов питанием, а также самим больным зарабатывать небольшое количество денег.

В последние годы в связи с участвовавшими случаями самоубийств получила развитие специальная служба по борьбе с суицидами, в основном представленная «Телефоном доверия», по которому в любое время суток может обратиться любой человек, находящийся в тяжелом психическом состоянии, обусловленном жизненными неудачами. Квалифицированную психологическую помощь по телефону оказывают психиатры и психологи, прошедшие специальную подготовку.

В общесоматических поликлиниках для оказания психотерапевтической и психологической помощи взрослым и подросткам имеются специальные кабинеты. В большинстве крупных городов существуют специальные кризисные отделения, работа в которых направлена на профилактику суицидального поведения.

В сельской местности имеются психиатрические отделения в центральных районных больницах, а также сеть психиатрических кабинетов в сельских больницах и районных поликлиниках.

Наркологическая служба

В 1976 г. в состав учреждений здравоохранения был введен специальный наркологический диспансер, являющийся основой наркологической службы.

Наркологическая служба имеет стационарные, полустационарные и внебольничные звенья и представляет собой сеть специализированных учреждений, оказывающих медико-юридическую, медико-социальную, а также лечебно-профилактическую помощь больным наркоманией, алкоголизмом и токсикоманией.

Права психически больных людей

Впервые «Положения об условиях и порядке оказания психиатрической помощи, направленные на защиту прав психически больных» были приняты Указом Президиума Верховного Совета СССР от 5 января 1988 г. В дальнейшем (1993 г.) был принят специальный закон «О

психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании», согласно которому квалифицированная психиатрическая помощь оказывается бесплатно с учетом всех достижений науки и практики. В основе данного закона лежат постановления, согласно которым при оказании психиатрической помощи не должно ущемляться достоинство больного. Также данный закон регламентирует порядок проведения психиатрического освидетельствования. В настоящем законе сказано, что психиатрическое освидетельствование и профилактические осмотры проводятся только по просьбе или с согласия обследуемого, а освидетельствование и осмотры несовершеннолетнего до 15 лет – по просьбе или с согласия его родителей либо законного представителя.

Проводя психиатрическое освидетельствование, врач обязан представиться пациенту, а также его законному представителю как врач-психиатр. Исключение составляют те случаи, когда освидетельствование может быть проведено без согласия обследуемого или его законного представителя: при наличии тяжелого психического расстройства с непосредственной опасностью больного для себя и окружающих, если обследуемый находится под диспансерным наблюдением. Амбулаторная психиатрическая помощь лицам с психическими заболеваниями оказывается в зависимости от медицинских показаний и осуществляется в виде консультативно-лечебной помощи и диспансерного наблюдения.

Под диспансерное наблюдение помещаются лица с психическими расстройствами независимо от их согласия или согласия их законного представителя (в случаях признания их недееспособными). При этом лечащий врач осуществляет постоянное наблюдение за состоянием их психического здоровья путем регулярных осмотров и оказания необходимой медицинской и социальной помощи.

В случаях стационарного лечения пациента с психическими расстройствами необходимо согласие на данное лечение в письменном виде, исключение составляют больные, находящиеся на принудительном лечении по решению суда, а также больные, стационарированные в недобровольном порядке правоохранительными органами. Без согласия больного, т. е. в недобровольном порядке, в психиатрический стационар помещаются лица с такими психическими расстройствами, которые делают их опасными для себя и окружающих, а также больные в тех состояниях, когда они не способны удовлетворять основные жизненные потребности (например, при кататоническом ступоре, выраженном слабоумии) и могут нанести существенный вред своему здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если будут оставлены без психиатрической помощи.

Пациент, поступивший в стационар в результате недобровольной госпитализации, в течение 48 ч должен быть освидетельствован комиссией врачей, которая определяет обоснованность госпитализации. В тех случаях, когда госпитализация признается обоснованной, заключение комиссии передается в суд для решения вопроса о дальнейшем пребывании больного в стационаре, по месту нахождения больницы.

Нахождение пациента в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке продолжается столько времени, сколько сохраняются основания, по которым была проведена недобровольная госпитализация (агрессивные действия в связи с бредом и галлюцинациями, активные суицидальные тенденции).

Для продления недобровольной госпитализации проводится повторное освидетельствование комиссией 1 раз в месяц первые полгода, а затем 1 раз в 6 месяцев.

Важным достижением в соблюдении прав психически больных граждан является освобождение их от ответственности за совершенные ими во время болезни общественно опасные действия (преступления).

3. Основные психопатологические синдромы. Понятие нозологии

В переводе с греческого «синдром» означает «скопление», «стечение». В настоящий момент медицинский термин «синдром» означает совокупность симптомов, объединенных единым патогенезом, закономерное сочетание продуктивных и негативных симптомов. Немецким психиатром К. Кальбаумом в 1863 г. при описании кататонии был предложен термин «симптомокомплекс». В то время кататония считалась отдельным заболеванием, но позднее стало ясно, что это типичный вариант симптомокомплекса.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.