

**Лекция 1. Проблемы психических
заболеваний в современном обществе.
Организация психиатрической помощи,
этические и правовые аспекты.
Сестринский процесс при психических
заболеваниях.**

Доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии

к.м.н. О.В. Поплавская

Психиатрия (от греч. *psyche* – «душа» и *iatreia* – «лечение») – отрасль клинической медицины о распознавании и лечении психических болезней, организации психиатрической помощи.

Психология - (от др.-греч. *psyche* – «душа»; *logos* - «учение») - научная дисциплина, изучающая закономерности возникновения, развития и функционирования психики и психической деятельности человека и групп людей.

Психотерапия — это система комплексного лечебного воздействия с помощью психологических средств на психику больного, а через нее на весь организм с целью устранения болезненных симптомов, изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде.

Объект изучения психиатров, психологов и психотерапевтов — душа (психика).

Распространенность психических расстройств

- Распространенность психозов в общей популяции приблизительно 3%.
- Пограничных состояний 10-15%.
- Приблизительно 50% пациентов поликлиник и 80% находящихся в многопрофильных стационарах нуждаются в психолого-психиатрической помощи.
- В психоневрологические диспансеры обращаются 20–25% психически больных, остальные являются пациентами поликлиник общего типа.

Этапы развития психиатрии как медицинской науки

- **Донаучный период** - примитивно-теологическое понимание психических расстройств как результат влияния злых духов (для излечения следовало вынудить духов оставить тело, для чего применяли ледяные ванны, сильные болевые раздражения, специальные приспособления растягивающие тело).
- **Эпоха античной медицины** - первые шаги в изучении психических расстройств как биологических нарушений и организации помощи больным. Гиппократ считал, что психическое расстройство - форма заболевания мозга, имеет своей причиной дисгармонию четырех животных гуморов (жидкостей), циркулирующих в человеческом теле: желтой желчи, черной желчи, крови и слизи (флегмы). Например, избыток желтой желчи вызывает безумную радость; избыток черной желчи является источником постоянной печали (меланхолия — черная желчь).
- С XV-XVI вв. в Европе создаются заведения, куда принудительно помещались душевнобольные (Бедлам в Лондоне, Сальпетриер – в Париже и пр.). Основные методы «лечения» - цепи и плеть.
- **Научный период.** Реформа Ф. Пинеля (1798) - отмена насилия в отношении больных. Эскироль пишет первое научное руководство по психиатрии «О душевных болезнях», участвует в создании первого закона о душевнобольных (1838 г.).
- **Эпоха нозологической психиатрии** (Э. Крепелин, 1898)
- **«Психофармакологическая революция»** (с 60-ых гг XX века), «постнозологический», «неосиндромальный» этап

В основе организации психиатрической помощи (ПП) в РФ лежат три основных принципа:

- **Дифференцированность** ПП отражена в многообразии организационных форм, что дает возможность выбрать для пациента наиболее соответствующую его состоянию форму оказания ПП: отделения для больных с острыми психотическими или пограничными состояниями, с возрастными психозами, детские, подростковые, дома для инвалидов (психиатрические интернаты) для хронических больных, интернаты и школы для умственно отсталых детей и подростков.
- **Ступенчатость** выражается в наличии максимально приближенных к населению внебольничной, полустационарной и стационарной помощи. Внебольничная ступень включает психоневрологические диспансеры, диспансерные отделения больниц, психиатрические, психотерапевтические и наркологические кабинеты при поликлиниках, а также лечебно-производственные, трудовые мастерские. В полустационарную ступень входят дневные стационары, в штатном отношении принадлежащие психоневрологическим диспансерам; в стационарную - психиатрические больницы и психиатрические отделения в других больницах.
- **Преемственность** психиатрической помощи обеспечивается тесной функциональной связью психиатрических учреждений разных ступеней, что регламентируется положениями и инструкциями МЗ РФ. Это позволяет осуществлять непрерывное наблюдение за больным и его лечение при переходе из одного лечебного учреждения в другое.

Особенности организации психиатрической помощи в РФ

- Обслуживание больных осуществляется по **территориальному принципу**
- Психиатрическая помощь в настоящее время осуществляется вне систем обязательного и добровольного медицинского страхования (**федеральное финансирование**)

Основные задачи психиатрии:

- **диагностика и лечение** психических расстройств;
- **реабилитация** больных;
- **профилактика** психических заболеваний;
- **научные исследования** в области психического здоровья;
- **предотвращение социально опасных поступков** больного с психическим расстройством;
- **социальная поддержка** больного и его семьи, защита прав больных;
- **экспертиза** (военная, трудовая, судебная) для решения важных социальных вопросов.

Человек с расстройствами психики не всегда ответственен за свои слова, поступки и действия.

Поэтому врач должен руководствоваться юридическим правом, нравственными принципами медицинской этики и деонтологии, проявлять сочувствие, понимание человеческих чувств, обладать выдержкой, самоконтролем, высоким самосознанием, осуществлять контроль, над своими эмоциями и чувствами, подчиняя их профессиональному долгу.

Психическое расстройство может влиять на поведение человека, становиться причиной опасных поступков.

По этой причине в законодательстве предусматривается возможность **ограничения свободы** в связи с душевным состоянием.

Однако **недоверие к больным с психическими расстройствами неоднократно становилось причиной их дискриминации**, ограничение свободы использовалось в немедицинских, политических и корыстных целях, что явилось причиной для создания закона, регулирующего оказание психиатрической помощи.

Основной закон в области психиатрии на территории РФ – **ЗАКОН РФ «О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ»** принят в июле 1992г., с 1 января 1993г. вступил в действие.

Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (далее Закон) решает следующие задачи:

- **защита прав граждан** при оказании психиатрической помощи от необоснованного вмешательства в их жизнь;
- **защита лиц, с психическими расстройствами**, от необоснованной дискриминации в обществе на основании психиатрического диагноза, а также фактов обращения за психиатрической помощью;
- **защита общества** от возможных опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами;
- **защита врачей, медицинского персонала и иных специалистов**, участвующих в оказании психиатрической помощи, предоставление им льгот как работникам, действующим в особо опасных, тяжелых условиях труда, а также обеспечение независимости врача-психиатра при принятии решений.

Структура психиатрической службы

- Психиатрические стационары
- Психоневрологические диспансеры
- Учреждения полустационарного профиля
- Психиатрические отделения и кабинеты в общесоматической сети
- Лечебно-производственные мастерские
- Детские и подростковые отделения
- Психоневрологические интернаты
- Вспомогательные школы, школы-интернаты и дошкольные учреждения для умственно отсталых детей, для детей с речевыми расстройствами
- Коррекционные школы
- Общеобразовательные школы и профессиональные училища для детей и подростков с девиантным поведением

С 1975г. в отдельную структуру выделена наркологическая служба, располагающая сетью внебольничных и стационарных учреждений.

Статья 3 пункт 2.

Иностранные граждане и лица без гражданства, находящиеся на территории РФ, при оказании им психиатрической помощи пользуются всеми правами, установленными ЗАКОНОМ РФ «О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ», наравне с гражданами РФ.

Статья 4. Добровольность обращения за психиатрической помощью

Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица и при наличии его информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, за исключением случаев, предусмотренных Законом.

Несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет или больному наркоманией несовершеннолетнему в возрасте до 16 лет психиатрическая помощь оказывается при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство одного из родителей или иного законного представителя, а лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, психиатрическая помощь оказывается при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство его законного представителя в порядке, установленном настоящим Законом. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, осуществляет данное право в случае, если такое лицо по своему состоянию не способно отказаться от медицинского вмешательства.

Статья 5. Лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на:

- уважительное и гуманное отношение, исключаящее унижение человеческого достоинства;
- получение информации о своих правах, а также в доступной для них форме и с учетом их психического состояния о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения;
- психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства;
- содержание в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения;
- все виды лечения (в том числе санаторно-курортное) по медицинским показаниям;
- оказание психиатрической помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний медицинских средств и методов, научных исследований или **учебного процесса, от фото-, видео- или киносъемки**; приглашение по их требованию любого специалиста;
- помощь любого специалиста, адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном законом.

Статья 6. Ограничение выполнения отдельных видов профессиональной деятельности.

Гражданин может быть временно (на срок не более 5 лет и с правом последующего переосвидетельствования) быть признанным непригодным, в следствие психического расстройства, к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности

Статья 8. Запрещение требования сведений о состоянии психического здоровья

При реализации гражданином своих прав и свобод требования предоставления сведений о состоянии его психического здоровья либо обследования его врачом-психиатром допускаются лишь в случаях, установленных законами Российской Федерации.

Статья 9. Сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи.

- Сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечении в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной, охраняемой законом.
- Разглашение врачебной тайны преследуется законом.

Статья 16. Виды психиатрической помощи и социальной поддержки, гарантируемые государством

- Государством гарантируются: психиатрическая помощь при оказании первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи; проведение медицинских экспертиз в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- социально-бытовая помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами; решение вопросов опеки; консультации по правовым вопросам и другие виды юридической помощи в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь, стационарных организациях социального обслуживания, предназначенных для лиц, страдающих психическими расстройствами;
- социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними;
- получение образования инвалидами и несовершеннолетними, страдающими психическими расстройствами;
- психиатрическая помощь при стихийных бедствиях и катастрофах.

Для обеспечения лиц, страдающих психическими расстройствами социальной поддержки государство:

- Создает необходимые условия для получения образования несовершеннолетними, страдающими психическими расстройствами;
- Создает лечебно-производственные предприятия для трудовой терапии, профессионального обучения и трудоустройства на этих предприятиях лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов, а также специальные производства, цеха или участки с облегченными условиями труда для таких лиц;
- Устанавливает обязательные квоты рабочих мест на предприятиях, в учреждениях и организациях для трудоустройства лиц, страдающих психическими расстройствами;
- Применяет методы экономического стимулирования для предприятий, учреждений и организаций, предоставляющих рабочие места для лиц, страдающих психическими расстройствами;
- Создает общежития для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи;
- Решает вопросы социальной поддержки и социального обслуживания лиц, страдающих психическими расстройствами, с помощью органов государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Раздел IV. ВИДЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (ПП) И ПОРЯДОК ЕЕ ОКАЗАНИЯ

- 1. Психиатрическое освидетельствование** проводится для определения: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде и порядке ПП.
- 2. Амбулаторная ПП** оказывается в психоневрологических диспансерах (ПНД) в виде консультативной помощи, ДН (диспансерного наблюдения), активного принудительного наблюдения и лечения (АПНЛ), кабинетах психиатра при центральных районных больницах (ЦРБ) или в поликлиниках.
- 3. Стационарная ПП** оказывается в психиатрических больницах общего типа для взрослых и детей, дневных стационарах, стационарах специализированного типа для проведения принудительного лечения по решению суда.
- 4. Неотложная психиатрическая помощь** оказывается специализированной бригадой кареты скорой помощи.

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:

1. ДОБРОВОЛЬНЫЙ – подписано согласие

2. НЕДОБРОВОЛЬНЫЙ (по основаниям, предусмотренным статьями 23, 24, 25, 29 Закона), когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих

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

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

3. ПРИНУДИТЕЛЬНЫЙ (в отношении лиц совершивших преступление, по основаниям, предусмотренным УК РФ)

Статья 23. Психиатрическое освидетельствование (ПО)

Проводится для определения: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, для решения вопроса о виде психиатрической помощи.

Врач проводящий ПО обязан представится как психиатр.

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

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или**
- б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или**
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.**

Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя, если обследуемый находится под диспансерным наблюдением

Статья 25. Порядок подачи заявления и принятия решения о психиатрическом освидетельствовании (ПО) лица без его согласия

- Решение о ПО лица без его согласия принимается врачом-психиатром по **ЗАЯВЛЕНИЮ**, содержащему сведения о наличии **оснований** для такого освидетельствования.
- Заявление может быть подано **родственниками** лица, подлежащего ПО, **врачом** любой медицинской специальности, **должностными лицами** и **иными гражданами**.
- В неотложных случаях, когда по полученным сведениям лицо представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, заявление может быть устным. Решение о ПО принимается врачом-психиатром немедленно и оформляется записью в медицинской документации.
- При отсутствии непосредственной опасности лица для себя или окружающих заявление о ПО должно быть письменным, содержать подробные сведения, обосновывающие необходимость такого освидетельствования и указание на отказ лица от обращения к врачу-психиатру.
- Врач-психиатр вправе запросить дополнительные сведения, необходимые для принятия решения. Установив, что в заявлении отсутствуют данные о наличии оснований для недобровольного ПО, врач-психиатр в письменном виде, мотивированно отказывает в недобровольном ПО.
- Установив обоснованность заявления о ПО лица без его согласия, врач-психиатр направляет в суд по месту жительства лица свое письменное мотивированное заключение о необходимости такого ПО, а также заявление о ПО и другие материалы. Судья решает вопрос о даче санкции в 3х дневный срок с момента получения всех материалов.
- Действия судьи могут быть обжалованы в суд в порядке, установленном законодательством РФ

АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ

В отношении лица, страдающего психическим расстройством, в амбулаторных условиях осуществляются профилактика, диагностика, лечение, медицинская реабилитация, диспансерное наблюдение (ДН), активное принудительного наблюдения и лечения (АПНЛ), в зависимости от медицинских показаний.

ВИДЫ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ:

регламентируются статьей 26 – 27 Закона

- **ПРИ ДОБРОВОЛЬНОМ ОБРАЩЕНИИ** оказывается при самостоятельном обращении с согласия пациента (пациент **самостоятельно выбирает** частоту и время контактов с врачом, следование врачебным рекомендациям).
- **ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ** может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями (чаще одной госпитализации в год). Посещают врача **по установленному врачом графику.**
- **АДН** – активное диспансерное наблюдение и **АПНЛ** – амбулаторное принудительное наблюдение и лечение.

Группы диспансерного наблюдения

- **«Д-1» - больные с частыми госпитализациями** - от одного до 4-5 и более раз в год (посещает врача 1 раз в неделю)
- **«Д-2» - амбулаторное купирование обострений и декомпенсаций** - относят больных с декомпенсациями и обострениями психических расстройств, которые можно купировать в амбулаторных условиях (посещает 1 раз в месяц)
- **«Д-3» - группа профилактического лечения**, включаются больные со стабилизированными состояниями, в том числе с терапевтическими и спонтанными ремиссиями (посещает 1 раз в 3 месяца)
- **«Д-4» - больные, нуждающиеся в решении неотложных задач по социально-трудовой реабилитации:** намеченные для направления в лечебно-трудовые мастерские, для перевода со второй на третью группу инвалидности и дальнейшего трудоустройства, больные с нестойкой социально-трудовой адаптацией, нуждающиеся в улучшении жилищных условий, решении семейных проблем (посещает 1 раз в полгода).
- **«Д-5» - группа нуждающихся в эпизодическом или контрольном наблюдении** больных, находящихся в состоянии ремиссии или компенсации с хорошей социально-трудовой адаптацией, которые, однако, в связи с тяжестью перенесенных расстройств не могут отменить диспансерное наблюдения. Нуждается в ежегодном контрольном наблюдении для проверки стойкости достигнутого улучшения и социальной адаптации. Ежегодно пересматривается с целью определения пациентов, подлежащих переводу в группу консультативной помощи (посещает 1 раз в год).

Госпитализация в психиатрическую больницу обоснована в случае:

- **отказа больного от лечения привел к появлению оснований для недобровольной госпитализации**
- **наличия у больного опасных для него и окружающих психотических переживаний**
- **необходимости проведения лечения, которое невозможно осуществить амбулаторно**
- **назначения судом стационарной судебно-психиатрической экспертизы**
- **назначения судом принудительного лечения (больные, совершившие особо тяжкие преступления, могут помещаться в специализированные ПБ с усиленным наблюдением).**
- **беспомощности больного при отсутствии родных, способных осуществлять за ним уход. В этом случае в дальнейшем показано оформление больного в психоневрологический интернат (ПНИ).**

ОТКАЗ ОТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Лицо, обратившееся за психиатрической помощью (либо его законный представитель) имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения (за исключением установленных законодательством случаев):

- а) Пациент опасен для себя и/или окружающих**
- б) Пациент беспомощен**
- с) Есть существенный вред здоровью пациента, вследствие ухудшения психического состояния**

Лечение может проводиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя только при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодексом Российской Федерации, а также при недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона. В этих случаях, кроме неотложных, лечение применяется по решению **комиссии врачей-психиатров.**

Недобровольное оказание психиатрической помощи

(в виде освидетельствования, взятия под диспансерное наблюдение или госпитализации) осуществляется по основаниям, если больной:

- а) непосредственно опасен для себя или окружающих**
- б) беспомощен**
- в) состояние значительно ухудшается без психиатрической помощи**

- После помещения больного в стационар недобровольно, **в течение 48 часов**, он подлежит обязательному освидетельствованию комиссией из 3-х врачей психиатров (чаще это лечащий врач, заведующий отделением, заместитель главного врача по медицинской части) которые должны прийти единогласно к решению о необходимости недобровольной госпитализации.
- Затем в течение суток заключение комиссии врачей психиатров доставляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения.
- Это заключение рассматривается судом в течение 5 суток с момента принятия документа.

Виды наблюдения за больным (режим) в психиатрическом стационаре :

- **Строгое** для больных с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой, определяющей их поведение (наблюдательная палата, круглосуточный пост)
- **Усиленное** для больных с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой, не определяющей их поведение (не могут выходить из отделения, но свободно перемещаются внутри отделения)
- **Общее** – свободный выход

Федеральный закон РФ от 2 июля 1992 г. N 3185-І "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании". Статья 30

(1) Психиатрическая помощь в стационарных условиях оказывается с наименьшими ограничениями, обеспечивающими безопасность госпитализированного лица и других лиц, при соблюдении медицинскими работниками его прав и законных интересов.

(2) Меры физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации и пребывании в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, применяются только в тех случаях, формах и на тот период времени, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц, и осуществляются при постоянном контроле медицинских работников. О формах и времени применения мер физического стеснения или изоляции делается запись в медицинской документации.

Терапия возбуждения и агрессии

МЕТОДИКИ ДЕЭСКАЛАЦИИ включают одновременно несколько компонентов. В первую очередь она предполагает непрерывную оценку рисков и контроль за ситуацией с моделированием безопасной обстановки вокруг пациента. Непременным условием является соблюдение безопасной для пациента и персонала дистанции, избегание провокаций и принуждения, уважительное к нему отношение, проявление сочувствия, определение потребностей пациента. Попытки отвлечь больного, переосмыслить ситуацию, установление вербального контакта, переговоры и убеждение также необходимы к применению. Пероральная, буккальная (ородиспергируемые таблетки) психофармакотерапия рекомендуется в качестве первого шага, при условиях возможности его применения (наличия комплаентности).

В отдельных случаях фиксация при оказании медицинской помощи необходима и неизбежна :

- когда неуправляемость больного достигает опасных масштабов, а медикаментозное лечение, временная изоляция и словесные убеждения неэффективны
- когда агрессия мешает лечению - чтобы эффективно выполнить все манипуляции по лечению и уходу



Статья 40. Выписка из психиатрического стационара

- Выписка производится в случаях выздоровления, улучшения психического состояния, при котором не требуется дальнейшего стационарного лечения, завершения обследования или экспертизы, явившихся основаниями для госпитализации.
- Выписка пациента, добровольно находящегося в психиатрическом стационаре, производится по его личному заявлению, заявлению его законного представителя или по решению лечащего врача.
- Выписка пациента, госпитализированного в недобровольном порядке, производится по заключению комиссии врачей - психиатров или постановлению судьи об отказе в продлении такой госпитализации.
- Выписка пациента, к которому по решению суда применены принудительные меры медицинского характера, производится только по решению суда.

Экспертизы в психиатрии

- Трудовая
- Военная
- Судебно-психиатрическая

Психиатрическое обследование

- Особенностью психиатрии является нематериальность объекта исследования: психика не может быть непосредственно исследована с помощью приборов и лабораторных методов.
- Основным в психиатрии является **клинический метод диагностики**: беседа с пациентом (сбор жалоб, субъективного и объективного анамнеза жизни и болезни) и наблюдение за его поведением;
- Клинический метод применяется в форме целенаправленной беседы с пациентом и его близкими, в процессе которой врач пытается выяснить жалобы больного, жизненные события, предшествовавшие болезни, характер её течения (анамнез), суть имеющегося психического неблагополучия в настоящее время (психический статус), личностные особенности пациента.
- В процессе беседы происходит наблюдение за мимикой, интонацией, реакциями больного – это также позволяет получить важную диагностическую информацию.

Цель опроса больного – выявить:

- цели его обращения за помощью
- жалобы, наличие психопатологических симптомов и синдромов
- мнение больного о причинах и природе болезни
- индивидуальные личностные особенности пациента
- особенности течения болезни с момента возникновения до настоящего времени
- отношение пациента к своей болезни (критика)
- отношение к проводимому лечению, наличие побочных эффектов
- нужно добиваться, чтобы больной описывал имеющиеся расстройства собственными словами, наиболее характерные выражения больного записываются в историю болезни дословно в кавычках как прямая речь

Цель наблюдения за больными – установить:

1. Темы и вопросы, вызывающие наиболее яркий эмоциональный отклик у больного
2. Расхождения между утверждениями больного и его реальным поведением
3. Характер поведения пациента, его способность эффективно взаимодействовать с обществом

- Наблюдение позволяет объективно оценить сферу эмоций, поэтому во время беседы с больным врач внимательно наблюдает за мимикой, жестикуляцией и интонацией.
- Важно наблюдать за поступками пациента вне беседы с врачом. Для этого используются **журналы сестринского наблюдения**, куда записываются сведения о том, что больной делал в течение дня, как меняется его состояние в зависимости от времени суток (известно, что при эндогенной депрессии больной чувствует себя лучше вечером), как он взаимодействует с окружающими, как воспринимает родственников и т.д.
- Человек, симулирующий психическое расстройство, за пределами врачебного кабинета ведёт себя как здоровый: избавляется от скуки, вступая в общение с сознательными больными (например, с больными алкоголизмом, обследующимися на снятие диагноза), читает книгу, смотрит телевизор, кокетничает с медсестрами.

Субъективный и объективный анамнез

- **Субъективным** называют анамнез, **собранный со слов больного**. Для него необходимо собрать все сведения, высказанные пациентом, вне зависимости от того, вызывают они доверие у врача или нет. Субъективный характер информации подчёркивают уточнения: «со слов больного» и приведённые в истории болезни дословные его выражения в виде прямой речи.
- **Объективный** анамнез **может опираться на разные источники** (со слов родственников, друзей, сослуживцев, из медицинской документации); всегда следует указывать, из какого именно источника получена та или иная информация.

Обследования

1. Общесоматическое (соматический осмотр)
2. Неврологическое обследование.
3. Офтальмологическое обследование.
4. Лабораторные и инструментальные методы исследования для дифференциальной диагностики с соматическими заболеваниями:
 - Электроэнцефалография запись электрических потенциалов одновременно с нескольких (от 8 до 20) симметрично расположенных участков кожи головы.
 - Реоэнцефалография заключается в регистрации колебаний в электропроводности головы, вызванных пульсовым изменением кровенаполнения сосудов.
 - Допплерография даёт возможность точно оценить скорость кровотока только в крупных питающих сосудах, выявить препятствия в них.
 - Визуализационные методы – КТ, МРТ, ПЭТ, магнитно-резонансная спектроскопия (МРС) – показывают структурные нарушения головного мозга, характерные для органических поражений.
 - Психологическое исследование (выявляет нарушение психических функций), нейропсихологическое обследование

Классификация психических расстройств (МКБ-10)

- F 00 – F 09 Органические и симптоматические психические расстройства
- F10 – F19 Психические и поведенческие нарушения вследствие употребления психоактивных веществ
- F 20 – F 29 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства
- F 30 – F 39 Аффективные расстройства
- F 40 – F 49 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства
- F 50 – F 59 Поведенческие нарушения, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами
- F 60 – F 69 Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых
- F 70 – F 79 Умственная отсталость
- F 80 – F 89 Нарушения психологического развития
- F 90 – F 99 Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте

Этиопатогенетическая классификация психических расстройств:

- эндогенные психические расстройства
- эндогенно - органические психические расстройства
- экзогенно-органические психические расстройства
- психогенные психические расстройства (психогении)
- соматогенные
- патологии развития

Эндогенные психические расстройства:

- нет этиопатогенетически значимых экзогенных воздействий и органического субстрата поражения ЦНС (шизофрения, БАР, функциональные психозы позднего возраста)

Эндогенно – органические психические расстройства:

- нет этиопатогенетически значимых экзогенных воздействий, есть органический субстрат поражения ЦНС (эпилепсия, атрофические заболевания головного мозга)

Экзогенные психические расстройства:

- есть этиопатогенетически значимое экзогенное воздействие, нет органического субстрата поражения ЦНС (симптоматические психозы при общих инфекциях, интоксикациях, соматических заболеваниях)

Экзогенно-органические психические расстройства:

- есть этиопатогенетически значимое экзогенное воздействие, есть органический субстрат поражения ЦНС (психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга, черепно-мозговых травмах, опухолях, нейроинфекциях)

Психогенные психические расстройства:

- являются следствием психотравмирующего воздействия
(невротические реакции, невротические состояния и реактивные психозы)

СОМАТОГЕННЫЕ

причиной психического расстройства является соматическое заболевание, изменяющее внутреннюю среду организма так, что эта среда становится патогенной для функционирования мозга и вызывает разнообразные нарушения его деятельности (психоорганический синдром при сахарном диабете, депрессия при гипотиреозе, мания при гипертиреозе)

Патологии развития:

- конституционально-обусловленные устойчивые патологические состояния
- выделяют патологии развития личности (личностные расстройства) и интеллекта (умственная отсталость)

Соотношение тяжести отдельных нозологических форм

- Психосоматические заболевания.
- Неврозы, психопатии.
- Шизофрения.
- Экзогенные психозы.
- Органическое поражение головного мозга.

Типы течения психических расстройств:

- непрерывный тип течения
- приступообразный тип течения
- в форме фаз

Прогноз психических расстройств зависит от:

- преморбида
- генеалогического фона
- возраста
- пола
- предшествующих и сопутствующих заболеваний
- терапии
- средовых факторов

Этические аспекты психиатрии

- Профессиональная этика в психиатрии — часть медицинской этики, учитывающая специфику оказания психиатрической помощи.
- Необходимость осознания этических принципов и норм психиатрической деятельности определяется возрастающими возможностями воздействия на психику человека, сопряженными с риском причинения вреда от психиатрического вмешательства, и возрастающей мерой нравственной ответственности медика перед пациентом и обществом.

Основные задачи психиатрической этики:

1. Повышение терпимости общества к лицам с психическими отклонениями.
2. Ограничение сферы принуждения при оказании психиатрической помощи до пределов, определяемых медицинской необходимостью (что служит гарантией соблюдения прав человека).
3. Установление оптимальных взаимоотношений между медицинским работником и пациентом, способствующих реализации интересов больного с учетом конкретной клинической ситуации.
4. Достижение баланса интересов больного и общества на основе ценности здоровья, жизни, безопасности и благополучия граждан.

Кодекс профессиональной этики психиатра был принят в 1994 г.

Кодекс составлен с учетом этических стандартов, принятых Международным профессиональным сообществом.

В Кодексе закреплены основные этические принципы, нормы и правила. К числу базисных этических принципов относятся:

- **принцип автономии** — уважение к личности пациента, признание права на самостоятельность и свободу выбора;
- **принцип непричинения вреда** — предполагает не наносить ущерба пациенту не только прямо, намеренно, но и косвенно;
- **принцип благодеяния** — заключается в обязанности медицинского персонала действовать в интересах пациента;
- **принцип справедливости** — касается прежде всего распределения ресурсов здравоохранения

Этические принципы являются основой для более конкретных этических норм:

- **правдивость** — предполагает обязанность и медика, и пациента говорить правду;
- **приватность** — подразумевает недопустимость вторжения в сферу личной (частной) жизни без согласия пациента, сохранение за пациентом права на личную жизнь даже в условиях, стесняющих его свободу;
- **конфиденциальность** — предполагает, что информация, полученная медицинским работником в результате обследования, не может быть передана другим лицам без разрешения пациента;
- **компетентность** — предполагает обязанность медицинского работника в полной мере овладеть специальными знаниями.

Проводниками этических принципов и норм служат профессионально-этические стандарты оказания психиатрической помощи.

Они помогают в решении практически важных проблем:

- необходимо ли в данный момент психиатрическое вмешательство, в каких условиях (амбулаторно или стационарно)
- в каком объеме и какой форме сообщить пациенту информацию о его здоровье, как оценить способности пациента к принятию самостоятельных решений о лечении и т. п.

В российском Кодексе профессиональной этики психиатра подчеркивается, что опасность пренебрежения требованием уважения моральной автономии личности, ее прав и законных интересов существует и в учебном процессе.

- Привлечение пациента в качестве объекта учебного процесса ограничивает действие этической нормы конфиденциальности. Обязательным является **добровольное согласие** больного на такое привлечение.
- Преподаватели и студенты, озабоченные решением задач учебного процесса, должны найти время и место для **слов благодарности** пациенту за его согласие.
- Моральным оправданием участия пациента в учебном процессе, кроме его добровольного согласия, будут следующие факторы:
 1. минимальное использование сведений, составляющих врачебную тайну
 2. такт и деликатность преподавателя
 3. профессионально ответственная позиция студентов