

С-Пб ГБУЗ ГССМП

# **Лекция «Основы психиатрии»**

Санкт-Петербург  
2014

# **ЮРИДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХИАТРИИ**

Основания и порядок оказания психиатрической помощи в России регулируются федеральным законодательством.

Психиатрическая помощь в большей степени, чем многие другие виды медицинского вмешательства, затрагивает права и свободы граждан. Поэтому процедуры ее оказания регламентированы наряду с нормами общего законодательства о здравоохранении (Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в РФ»), также нормами специального закона – Закона РФ «**О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании**» от 2 июля 1992 г. № 3185-1. Закон состоит из преамбулы и 6-ти разделов, включающих в себя 50 статей.

## **Виды психиатрической помощи и социальной поддержки, гарантируемые государством (ст. 16):**

- неотложная психиатрическая помощь;
- консультативно-диагностическая, лечебная, психопрофилактическая, реабилитационная помощь во внебольничных и стационарных условиях;
- все виды психиатрической экспертизы, определение временной нетрудоспособности;
- социально-бытовая помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами;

## **Виды психиатрической помощи и социальной поддержки, гарантируемые государством (ст.16):**

- решение вопросов опеки;
- консультации по правовым вопросам и другие виды юридической помощи в психиатрических и психоневрологических учреждениях;
- социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними;
- обучение инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;
- психиатрическая помощь при стихийных бедствиях и катастрофах.

## **Права лиц, страдающих психическими расстройствами (ст.5)**

Лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации и федеральными законами. Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами Российской Федерации.

Все 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 информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения;
- психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства;

## **Права лиц, страдающих психическими расстройствами (ст.5)**

- 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, участвующего в оказании психиатрической помощи, с согласия последнего для работы во врачебной комиссии по вопросам, регулируемым настоящим Законом;

□

**Согласие на  
лечение (ст.11).**

```
graph TD; A[Согласие на лечение (ст.11).] --> B[Письменное, информированное, данное пациентом (или его законным представителем если ему менее 15 лет).]; A --> C[Без согласия пациента в случае применения принудительных мер медицинского характера, а также при недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона. Запрещено применение для лечения психических расстройств хирургических и других методов, вызывающих необратимые последствия, а также проведение испытаний медицинских средств и методов.]
```

Письменное,  
информированное, данное  
пациентом (или его  
законным представителем  
если ему менее 15 лет).

Без согласия пациента в случае  
применения принудительных мер  
медицинского характера, а также  
при недобровольной  
госпитализации по основаниям,  
предусмотренным статьей 29  
настоящего Закона. **Запрещено**  
применение для лечения  
психических расстройств  
хирургических и других методов,  
вызывающих **необратимые**  
**последствия**, а также проведение  
**испытаний** медицинских средств и  
методов.

# Психиатрическое освидетельствование (ст.23)

**Добровольное,**  
с согласия  
пациента или его  
законного  
представителя  
(если пациенту  
менее 15 лет или  
он признан  
недееспособным  
).

## Недобровольное

~~Проводится без санкции суда,~~ по  
решению врача - психиатра:  
1) когда по имеющимся данным  
обследуемый совершает действия,  
дающие основания предполагать  
наличие у него тяжелого  
психического расстройства, которое  
обуславливает  
его **непосредственную опасность для  
себя или окружающих,**  
2) если обследуемый находится **под  
диспансерным наблюдением**

Во всех  
остальных  
случаях  
проводится по  
**постановлению  
суда.**

# Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке (ст. 29)

Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и 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.

# Помещение лица в психиатрический стационар

Добровольное, с согласия пациента или его законного представителя (если пациенту менее 15 лет).

Недобровольное  
Без согласия пациента.

Отсутствие оснований для  
недобровольной госпитализации

Освидетельствование  
комиссией врачей –  
психиатров.

Немедленная выписка.

Основания признаны  
судом недостаточными.

Передача материалов в  
суд.

Госпитализация.

Заседание суда с участием прокурора,  
представителя психиатрического  
учреждения и пациента или его законного  
представителя.

Вынесение постановления о  
недобровольной

# Продление госпитализации в недобровольном порядке.

**В первые 6 месяцев**  
госпитализации.

Комиссионны  
е осмотры 1  
раз в месяц.

Судебное  
заседание по  
истечении 6  
месяцев для  
решения вопроса о  
продлении сроков  
госпитализации.

Комиссионные  
осмотры 1 раз в  
месяц.

**По истечении 6**  
месяцев  
госпитализации.

Судебное заседание 1  
раз в год для решения  
вопроса о продлении  
сроков госпитализации.

# Права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах

Пациенту должны быть разъяснены основания и цели помещения его в психиатрический стационар, его права и установленные в стационаре правила на языке, которым он владеет, о чем делается запись в медицинской документации.

Все пациенты, находящиеся на лечении или обследовании в психиатрическом стационаре, вправе:

- обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара и соблюдения прав, предоставленных настоящим Законом;
- подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокату;
- встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине;
- исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе пост, по согласованию с администрацией иметь религиозные атрибутику и литературу;

# Права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах

- выписывать газеты и журналы;
- получать образование по программе общеобразовательной школы или специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития, если пациент не достиг 18 лет;
- получать наравне с другими гражданами вознаграждение за труд в соответствии с его количеством и качеством, если пациент участвует в производительном труде.

Пациенты имеют также следующие права, которые могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача заведующим отделением или главным врачом в интересах здоровья или безопасности пациентов, а также в интересах здоровья или безопасности других лиц:

- вести переписку без цензуры;
- получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы;
- пользоваться телефоном;
- принимать посетителей;
- иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.

# **ОСНОВЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ**

# Патология восприятия

- **сенестопатии** – интенсивные, обычно крайне тягостно переживаемые пациентами неприятные ощущения в различных частях тела, носят обычно вычурный, нелепый характер и не связаны с существующей у пациента соматической патологией; пациенты ощущают «распирание и надувание головы», «перегородку в животе», «клубок в груди» и т.п.
  
- **иллюзии** – нарушение восприятия реально существующего объекта, при этом реальный раздражитель совершенно не воспринимается пациентом, т.к. иллюзорный образ полностью поглощает его; в разговорах людей пациент слышит угрозы в свой адрес, ручка в руках врача видится ему ножом, в узорах на ковре мелькают лица людей, фигуры животных и т.д.
  
- **галлюцинации** – патологическое восприятие переживаемое в момент, когда раздражитель не противостоит пациенту или не воздействует адекватно на органы чувств;
  - **истинные галлюцинации** пациент воспринимает как реально существующие, обладающие экстрапроекцией, т.е. занимающие место в окружающем пациента мире;
  - **псевдогаллюцинациях** образы воспринимаемые пациентом существуют отдельно от окружающего мира, пациенты «слышат» голоса внутри головы, «видят» внутренним взором и т.д.

# Патология памяти

- **гипермнезия** – обострение памяти, наблюдается особая легкость в запоминании нового, воспроизведения прежних представлений
  
  - **гипомнезия** – ослабление памяти, отмечается несовершенство фиксации нового опыта, ослабление воспроизведения прошлого
  
  - **амнезия** – это не просто ослабление памяти, а ее пробел, полное беспомыслие на момент предшествующий патологическому состоянию, совпадающее с ним или следующее непосредственно за ним, в соответствии с чем выделяют
    - **ретроградную,**
    - **антеро-ретроградную** и
    - **антероградную** амнезии;
- отдельно стоят**
- **фиксационная** амнезия, характеризующаяся нарушением запоминания текущих событий, выпадением памяти на настоящее с сохранностью ее на прошлые события
  - **прогрессирующая** амнезия, при которой не только нарушается запоминание нового, но и нарастает утрата жизненного опыта и пробел в памяти на события прошлого

# Патология памяти

- **псевдореминисценции** – действительно имевшие место в прошлом пациента события перемещенные в настоящее и заполняющие пробелы его памяти
- **конфабуляции**- ложные воспоминания, возникающие иногда при отсутствии ослабления или пробелов памяти пациента; зачастую, но не всегда, носят фантастический характер

# Патология мышления

□ **сверхценные идеи** – суждения, которые возникают в связи с реальными событиями, но затем приобретают в сознании пациента незаслуженно большое преобладающее значение, т.е. налицо реальный факт, законным является и реагирование на этот повод, однако реакция оказывается чрезмерной по силе

# Патология мышления

□ **бредовые идеи** – ложные, ошибочные суждения, которые не соответствуют действительности и, несмотря на явное противоречие с ней, недоступны исправлению, бредовые идеи классифицируют :

1. *по механизму возникновения:*

- А. первичные** – интерпретативный, т.е. возникающий на основе неправильной интерпретации реальной информации и
- В. вторичные** – возникающий в связи с другими психическими нарушениями

2. *по содержанию:*

- А. персикаторные** – бредовые идеи преследования во всем их многообразии,
- В. величия** – непосредственно величия, могущества, высокого происхождения, реформаторства, изобретательства и т.д.,
- С. самоуничужения (депрессивные)** – самоуничужения, самообвинения, ипохондрический, греховности, обнищания и т.д.

# Патология сознания

Помимо угнетения сознания (оглушение, сопор, кома) отдельно выделяются состояния т.н. помрачения сознания:

- **делириозный синдром** – расстройство сознания с ложной ориентировкой, наплывом ярких истинных галлюцинаций и иллюзий на фоне тревоги, страха и психомоторного возбуждения
  
- **онейроидный синдром** – сновидное, грезоподобное помрачение сознания с практически полной отрешенностью пациента от реальности

# Патология сознания

- **сумеречное помрачение сознания** – внезапно возникающее помрачение сознания, характеризующееся нарушением всех видов ориентировки, часто немотивированным агрессивным поведением, психомоторным возбуждением или, напротив, внешне упорядоченным поведением, наплывом различных видов галлюцинаций, аффектом тоски, страха и злобы
  
- **аментивное помрачение сознания** – характеризуется бессвязным мышлением, выраженной растерянностью с аффектом тревоги и недоумения, грубой дезориентировкой всех видов

# Патология эмоциональной сферы

- **маниакальный синдром** – характеризуется маниакальной триадой: повышение настроения, ускорение мышления, ускорение речевой и двигательной активности
- **депрессивный синдром** – характеризуется депрессивной триадой: снижение настроения, замедление мышления, замедление речевой и двигательной активности
- **нарушения интенсивности эмоций** – состояния сниженной (эмоциональная гипестезия, апатия, эмоциональная тупость) и повышенной интенсивности (эмоциональная гиперестезия, аффекты, острая аффективно-шоковая реакция)
- **нарушения устойчивости эмоций** – эмоциональная лабильность, эксплозивность, тугоподвижность эмоций
- **нарушения адекватности эмоций** – собственно неадекватность эмоций и амбивалентность

# Патология интеллекта

□ **малоумие** – умственная отсталость (легкой, умеренной, средней и тяжелой степени) общим признаком является врожденное или приобретенное в раннем детстве (до 3 лет) общее психическое недоразвитие с преимущественной недостаточностью интеллектуальных способностей

□ **деменция** – приобретенное слабоумие, развивается у лиц со сформированным интеллектом в связи с психическим заболеванием, по этиологии выделяют старческую (сенильную), сосудистую, атеросклеротическую, травматическую, паралитическую, деменцию при атрофических заболеваниях, алкогольную, шизофреническую, эпилептическую деменцию

# **ДИАГНОСТИКА ПСИХОТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ**

**Под психотическими расстройствами (или психозами)** понимают самые яркие проявления психических заболеваний, при которых наблюдается:

- **грубая дезинтеграция психики** – психическая деятельность больного не соответствует окружающей действительности, отражение реального мира в сознании резко искажено; возникает неадекватная реакция на события, факты, ситуации, предметы, людей, а также на самого себя, наблюдается появление несвойственных в норме патологических симптомов и синдромов (галлюцинации, бред);
- **исчезновение критики** – невозможность осмысления происходящего, реальной ситуации и своего места в ней, прогнозирования особенностей ее развития, в том числе, в связи с собственными действиями; больной не осознает свои психические (болезненные) ошибки, склонности, несоответствия;
- **исчезновение способности произвольно руководить** собой, своими действиями, памятью, вниманием, мышлением, поведением, исходя из реальных потребностей, желаний, мотивов, оценки ситуаций, своей морали, жизненных ценностей, направленности личности.

Приведенные ниже признаки **начинающегося психотического состояния** могут появляться все одновременно либо по отдельности.

**Проявления слуховых и зрительных галлюцинаций:**

- Разговоры с самим собой, напоминающие беседу или реплики в ответ на чьи-то вопросы
- Смех без видимой причины
- Внезапное замолкание, человек как будто к чему-то прислушивается
- Встревоженный, озабоченный вид и невозможность сосредоточиться на теме разговора или определенной задаче
- Впечатление, что пациент видит или слышит то, что вы воспринять не можете

## **□Появление бреда можно распознать по следующим признакам:**

- Изменившееся поведение по отношению к родственникам и друзьям, появление необоснованной враждебности или скрытности
- Прямые высказывания неправдоподобного или сомнительного содержания (например, о преследовании, о собственном величии, о своей неискупимой вине)
- Защитные действия в виде зашторивания окон, запираания дверей, явные проявления страха, тревоги, паники
- Высказывание без явных оснований опасений за свою жизнь и благополучие, за жизнь и здоровье близких
- Отдельные, непонятные окружающим многозначительные высказывания, придающие загадочность и особую значимость обыденным темам
- Отказ от еды или тщательная проверка содержания пищи
- Использование в речи часто повторяющихся сочетаний со словом «специально» («...Они специально меня...») или обобщений «все» («...Они все ко мне плохо относятся...»)

Что касается расстройств настроения депрессивного спектра в рамках психотического состояния, то в данной ситуации **у пациентов могут возникать мысли о нежелании жить.**

**О возможности суицида предупреждают следующие признаки:**

- Высказывания больного о своей ненужности, греховности, вине
- Безднадежность и пессимизм в отношении будущего, нежелание строить какие-либо планы
- Наличие голосов, советующих или приказывающих покончить с собой
- Убежденность больного в наличии у него смертельного, неизлечимого заболевания
- Внезапное успокоение больного после длительного периода тоски и тревоги. У окружающих может возникнуть ложное впечатление, что состояние больного улучшилось. Он приводит свои дела в порядок, например, пишет завещание или встречается со старыми друзьями, с которыми давно не виделся

# **ОСМОТР ПАЦИЕНТОВ**

Острые состояния в психиатрии, в значительном большинстве случаев, протекают с быстро наступающей, резко выраженной дезорганизацией поведения. Подобные состояния часто достигают степени возбуждения, которое называют психомоторным, т. е. возбуждением в психической и двигательной сферах. В его возникновении, развитии и продолжительности несомненную роль играют эндогенные факторы, например, при шизофрении или экзогенные вредности (интоксикации и инфекции). В ряде случаев наблюдается сочетание этих факторов или воздействие иных причин, включая психогении.

Возбужденный больной обычно совершает множество ненужных действий, не поддается уговорам, сопротивляется попыткам его успокоить. Поступки таких больных неожиданны, непоследовательны, часто нелепы. Двигательному возбуждению обычно сопутствует речевое возбуждение, когда больные много говорят, иногда кричат. Под влиянием бреда, галлюцинаций или в связи с расстройством сознания они совершают действия, которые представляют большую опасность, как для них самих, так и для окружающих.

Особенности оказания помощи заключаются в необходимости строгого выполнения ряда мер, направленных на предупреждение суицидальных действий, агрессии, нанесения повреждений самому больному, окружающим его лицам. Необходимо помнить, что поведение больного под влиянием психопатологических расстройств может внезапно меняться, носить непредвиденный, импульсивный характер и приобретать крайнюю опасность, как для него, так и для окружающих.

# Тактика работы с пациентами подозрительными на наличие психического заболевания

Пациент

```
graph TD; A[Пациент] --> B[Ведет себя агрессивно]; A --> C[Не проявляет агрессии]; B --> B1[немедленно покинуть место вызова]; B --> B2[вызвать полицию]; B --> B3[выяснить у вызывающих причину обращения за медицинской помощью]; B --> B4[проконсультироваться с психиатром ДКЦ*]; C --> C1[выяснить причину обращения за медицинской помощью]; C --> C2[опросить и осмотреть пациента]; C --> C3[проконсультироваться с психиатром ДКЦ*, действовать в соответствии с его указаниями];
```

**Ведет себя агрессивно**

- **немедленно покинуть место вызова**
- **вызвать полицию**
- **выяснить у вызывающих причину обращения за медицинской помощью**
- **проконсультироваться с психиатром ДКЦ\***

**Не проявляет агрессии**

- **выяснить причину обращения за медицинской помощью**
- **опросить и осмотреть пациента**
- **проконсультироваться с психиатром ДКЦ\*, действовать в соответствии с его указаниями**

**\*Для консультации с психиатром ДКЦ необходимо связаться с диспетчером по приему вызовов по телефону 03 и попросить перевести Ваш звонок на дежурного психиатра. Все разговоры с психиатром записываются!**

**Необходимо помнить, что наличие у пациента психического заболевания, не исключает так же и соматической патологии, поэтому все пациенты должны быть, по возможности, осмотрены в полном объеме до консультации с психиатром.**

# Основные правила осмотра пациентов.

- Беседу с пациентом и его осмотр проводят в ярко освещенном помещении, поскольку темнота и полумрак усугубляют чувство тревоги и страха, усиливают галлюцинаторные «видения».
- Необходимо ликвидировать обстановку растерянности, паники или нездорового любопытства, которые нередки вокруг внезапно заболевшего психически больного. Из комнаты, где находится больной, надо удалить всех людей, оставив только тех, которые могут быть полезными. Если помощь приходится оказывать на улице, больной должен быть, по возможности, перемещен в машину.
- Осмотр лиц с психическими расстройствами в учреждениях, организациях, лечебно-профилактических учреждениях и т.д. осуществлять по возможности в отдельном помещении в отсутствии сотрудников, без излишней огласки, а так же вдали от работающих агрегатов.
- Необходимо убрать из поля зрения больного (с помощью окружающих лиц) колющие, режущие предметы и другие вещи, которые могут быть использованы в качестве орудий нападения или самоубийства.

- Когда больной напряжен, склонен к агрессии, чтобы избежать прямого удара (особенно ногой) всегда старайтесь находиться сбоку или несколько сзади от него. Если необходимость заставляет быть впереди больного, рекомендуется повернуться к нему несколько боком, выставив ногу вперед, смягчая тем самым возможный удар.
- Необходимо внимательно следить за поведением больного (направлением взгляда, движениями рук, мимикой и др.).
- При осмотре больного ваше поведение должно быть спокойным, сдержанным, без суетливости, излишних движений, которые могут спровоцировать агрессию. Беседа должна проводиться в уважительной, доброжелательной, корректной форме, как с больным, так и с окружающими.
- При многих острых психотических состояниях удается вступить в контакт с больным. В этом случае спокойная беседа часто сразу же способствует снижению возбуждения. Однако при резком возбуждении может оказаться, что попытки словесного успокоения больного не дают результата.
- Необходимо, по мере возможности, стараться не демонстрировать больному, что он опасен, что его усиленно охраняют и т.д., так как это укрепляет его болезненное подозрение в том, например, что он окружен врагами, и, естественно, усиливает страх и возбуждение.
- Окружающие ни в коем случае не должны проявлять страх перед больным: отношение к нему должно быть заботливым, спокойным и в то