

ПСИХИАТРИЯ

шпаргалки



Используй сам,
передай 5 своим друзьям,
и будет вам счастье
на время жизни.

Е. В. Гейслер
Андрей Анатольевич Дроздов
Психиатрия
Серия «Шпаргалки»

Текст предоставлен правообладателем
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=180294

Психиатрия: ЭКСМО; Москва; 2007

ISBN 978-5-699-21181-4

Аннотация

Студенту без шпаргалки никуда! Удобное и красивое оформление, ответы на все экзаменационные вопросы ведущих вузов России.

Содержание

1. Предмет и задачи психиатрии	4
2. Направление современной психиатрии	7
3. Внебольничная помощь психически больным	10
4. Права психически больных людей	13
5. Понятие нозологии	16
6. Расстройства восприятия	19
Конец ознакомительного фрагмента.	21

А. А. Дроздов, Е. В. Гейслер

Психиатрия

1. Предмет и задачи психиатрии

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

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 пове-

дение 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.

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.

2. Направление современной психиатрии

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 психических 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 невыясненное 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.

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.

3. 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.

4. Права психически больных людей

В основе закона «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании» 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. 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 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 правоохранными 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 проведе-

на 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).

5. Понятие нозологии

Синдром как этап заболевания может быть одинаковым при различных психических расстройствах, что обусловлено приспособлением организма к измененным условиям жизни (болезни) и достигается с помощью однотипных способов реагирования. Данное проявление наблюдается в виде симптомов и синдромов, которые при развитии болезни усложняются, трансформируясь из простых в сложные или из малых в большие. При различных психических заболеваниях клиническая картина меняется в определенной последовательности, т. е. существует свойственный каждому заболеванию стереотип развития.

Выделяют общепатологический, свойственный всем болезням стереотип развития, и нозологический стереотип, который типичен для отдельных болезней.

Общепатологический стереотип развития заболеваний предполагает наличие общих закономерностей в их течении. На первоначальных этапах прогрессирующих психических заболеваний чаще обнаруживаются невротические расстройства, и лишь потом появляются аффективные, бредовые и психорганические, т. е. при прогрессировании психических заболеваний клиническая картина неуклонно усложняется и углубляется.

Например, формирование клинических проявлений у

больных шизофренией таково: на начальных этапах обнаруживаются расстройства невротического уровня, астенические, фобические, затем появляются аффективные расстройства, бредовая симптоматика, усложняющаяся галлюцинациями и псевдогаллюцинациями, присоединяется синдром Кандинского-Клерамбо, сопровождающийся парафренным бредом и приводящий к апатическому слабоумию.

Следует отметить, что ни продуктивные, ни негативные расстройства не имеют абсолютной нозологической специфичности и лишь распространяются на род болезней или группы болезней – психогенные, эндогенные и экзогенно-органические.

В каждой из указанных групп болезней имеют место все выделенные продуктивные симптомы. Для примера: астенические и невротические синдромы характерны для невротозов и невротических развитий личности; аффективные, бредовые, галлюцинаторные, двигательные – для реактивных психозов, таких как депрессия, параноиды, ступорозные состояния, преходящие интеллектуальные расстройства – для истерических психозов.

Как при экзогенно-органических, так и при эндогенных заболеваниях имеются все вышеперечисленные синдромы. Также существует определенная предпочтительность, заключающаяся в наибольшей частоте и выраженности их для той или иной группы заболеваний. Несмотря на общепатологические закономерности формирования дефекта лично-

сти, негативные психические расстройства в связи с болезнью имеют неоднозначные тенденции в группах заболеваний.

Как правило, негативные расстройства представлены следующими синдромами: астеническим или цереброастеническим изменением личности, включающим психопатоподобные расстройства, при психогенных заболеваниях проявляющиеся в виде патохарактеро-логических расстройств.

6. Расстройства восприятия

Восприятие – начальная ступень высшей нервной деятельности. Благодаря восприятию внешние и внутренние стимулы становятся фактами сознания, отражающими отдельные свойства объектов и событий.

Раздражитель – > ощущение – > восприятие – > представление.

Ощущение – простейший психический процесс, состоящий в отражении отдельных свойств предметов и явлений, возникающий в процессе их воздействия на органы чувств.

Восприятие – психический процесс отражения предметов и явлений в целом, в совокупности их свойств.

Представление – образ предмета или явления, воспроизведенный в сознании на основе прошлых впечатлений. Зависит от воли индивидуума.

Симптомы расстройств восприятия.

Гиперестезия – повышенная чувствительность к раздражителям обычной силы. Часто встречается при экзогенно-органических поражениях ЦНС, маниакальных состояниях.

Гипестезия (гипоэстетия) – пониженная чувствительность к раздражителям. Часто наблюдается при расстройствах сознания, органических нарушениях ЦНС, депрессивных состояниях. Анестезия – крайняя степень гипестезии.

зии. Болезненная психическая анестезия – субъективно кажущееся весьма тягостным ослабление какого-либо вида чувствительности, обусловленное снижением эмоционального тона (*anaesthesia psychica dolorosa*).

Агнозия – неузнавание раздражителя, встречается при органических поражениях ЦНС, истерических расстройствах чувствительности.

Парестезии – субъективные ощущения, возникающие без раздражителя (ощущение покалывания, ползания мурашек, онемения и т. д.). Расстройства имеют локализацию, четко ограниченную зонами иннервации. Являются симптомом неврологического расстройства.

Сенестопатии (иллюзии общего чувства) – неопределенные, трудно локализуемые, неприятные, тягостные телесные ощущения. Имеют своеобразные описания больными (стягивание, разливание, расслоение, переворачивание, сверление и т. д.). Ощущения не имеют реальной основы, «непредметны», не соответствуют зонам иннервации. Часто встречаются в структуре сенесто-ипохондрического синдрома (сенестопатии + идеи «мнимой» болезни + аффективные расстройства), при шизофрении, депрессиях.

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.