

ЛЕКЦИИ ПО ПСИХИАТРИИ

Тема: Введение в психиатрию.

Организация психиатрической помощи в РФ.

Психопатологические симптомы и
синдромы.

г. Санкт-Петербург

Основные исторические периоды развития психиатрии:

- Психиатрия как наука, изучающая психическую патологию, сложилась значительно позже, чем другие отрасли медицины. Научно-критический подход к объяснению психопатологических явлений стал возможным после того, когда многие естественно-биологические и гуманитарные дисциплины уже достигли определенного уровня развития.
- Психические расстройства сопровождают человечество со времени появления способности к разумной деятельности.

I. Донаучный период

- С древнейших времен до момента появления медицинских школ (эллинская медицина).
- Полное отсутствие какой бы то ни было медицинской помощи при душевных болезнях.
- Поведение душевнобольных рассматривалось с точки зрения примитивно-теологического подхода.
- Накопленные наблюдения отражались в древнем народном эпосе, мифологии и легендах.

Миф, послуживший основой трагедии Софокла «Аякс», гласит, что Афина решила покарать Аякса, лишив его разума, заставив броситься с боем на стадо баранов, а затем убить самого себя мечом. Предание о вавилонском царе Навуходоносоре повествует, что боги его наказали за надменность, после чего он одичал, стал скитаться и питаться травой на пастбищах, как вол.

II. Греко-римские медицинские школы

- С V века д.н.э., приблизительно, до III столетия н.э.
- Умалишенные находились на попечении родных, которые обязаны были осуществлять за ними надлежащий уход и надзор.
- Причина помешательства – гнев божий; выздоровление – дар божества.
- Гиппократ (V – VI столетие д.н.э.), был первым ученым, выдвинувшим положение, что душевное заболевание зависит от нарушения функции мозга (дискразия).

В трудах Сократа встречается термин «мания», предположительно образованный от глагола mainesthai – неистовость. Гиппократом обосновывалась анатомическая локализация психических болезней и описана меланхолия. Цельс предложил общее название для всех видов психических расстройств – insania (безумие) и разделил их на три вида: френит, меланхолия, а также «обманы восприятия и мыслей».

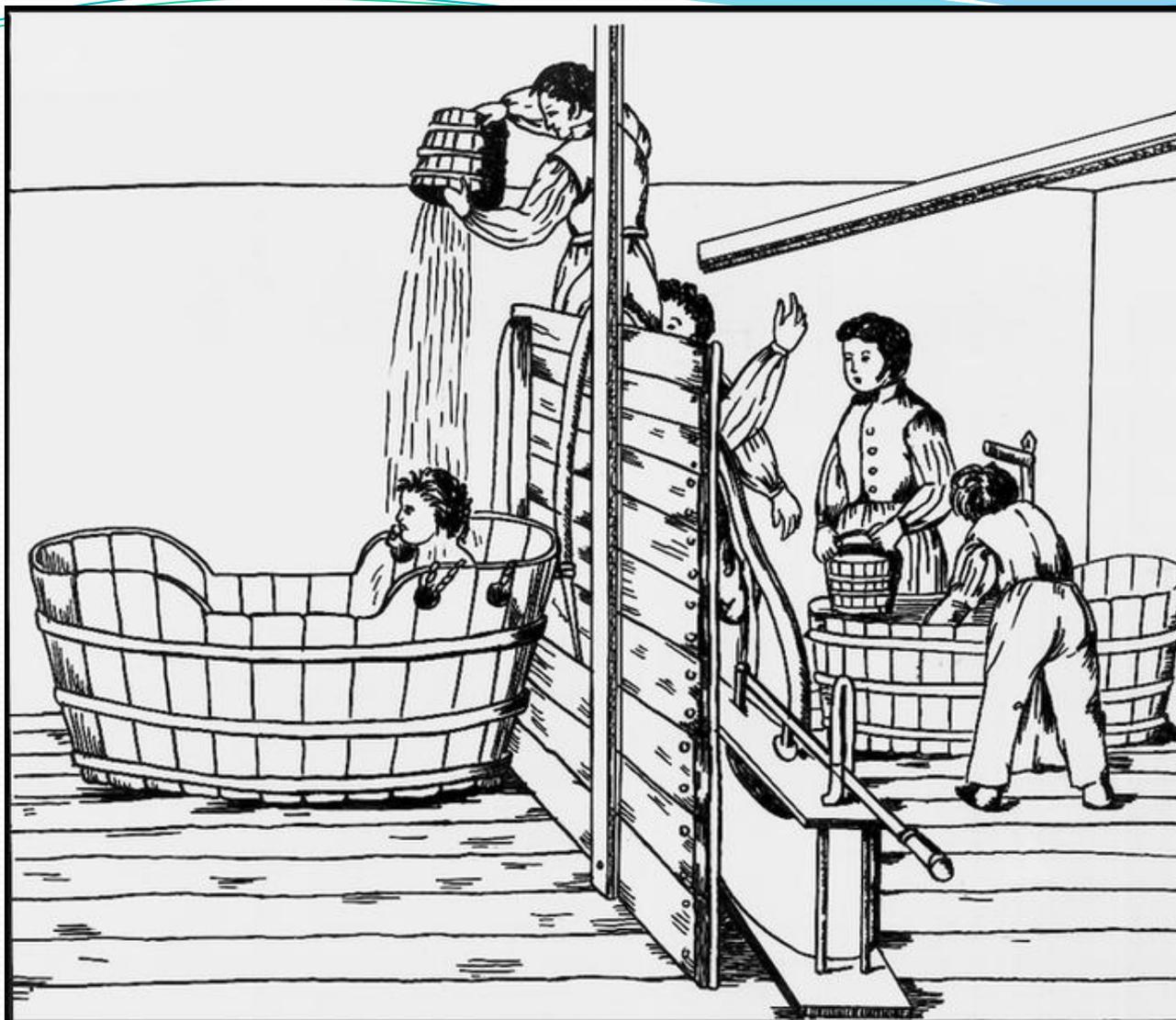
III. Средние века

- Религиозно-мистическое отношение к больным с психическими расстройствами.
- Заложены основы организации общественного призрения душевнобольных.
- Душевнобольные являются людьми, одержимыми дьяволом.
- С XV века в Лондоне функционировала больница Бедлам, устроенная в аббатстве Вифлеемской божьей матери.



«Вифлеемский госпиталь», Уильям Хогарт

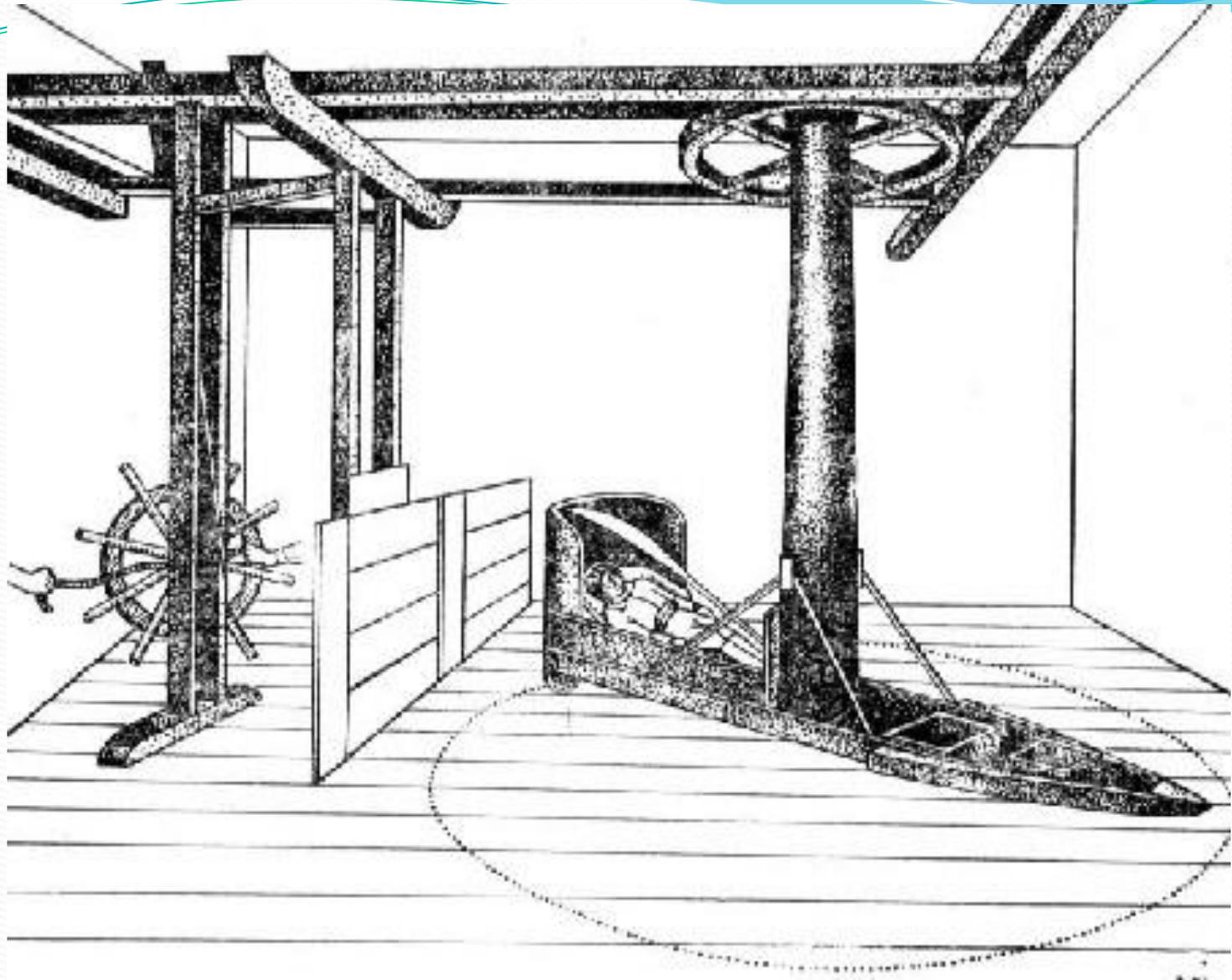




Методы «лечения» душевнобольного



Г. Арно (1815), плакат
«Портрет Уильяма
Норриса» — вид
душевнобольного
Уильяма Норриса в
тюремной камере в
Бедламе, где он сидел
прикованный 12 лет



IV. Период XVIII столетия



Филипп Пинель (1745-1826)

«... психиатрия как эмпирическая наука впредь должна идти путем естествознания и медицины, где методами исследования должны быть тщательное наблюдение, изучение причин заболевания, регулярные записи и ведение дневников»



Филипп Пинель снимает цепи с больных. Картина Тони Робер-Флери.



Ф. Пинель разрезает цепи, сковывающие душевнобольного.



Один из основоположников научной психиатрии, создатель научной школы, автор первого научного руководства по психиатрии «О душевных болезнях» (1838 г) и первый клинический преподаватель - профессор психиатрии в современном значении слова.

Жан-Этьен Доминик Эскироль
(1772-1840)

В России первые лечебницы для душевнобольных (доллгаузы) стали создаваться с 1762 г. после указа Петра III. В царствование Екатерины II количество доллгаузов неуклонно увеличивалось. В 1775 г. с учреждением в России приказов общественного призрения стали открываться психиатрические отделения при больницах и строиться специальные дома для умалишённых – «желтые дома». Первая такая больница была построена в Новгороде в 1776 г.



DOCTOR IOHANN CHRISTIAN REIL.

Автор терминов «психиатрия» и «госпиталь для психической терапии»; установил, что лихорадка — неспецифический патологический процесс; начал первый научный журнал, посвящённый физиологии и первый немецкий психиатрический журнал; автор множества эпонимов после изучения строения и химического состава мозга, сердца и пальцев; разделил высшее образование на профессиональные (ремесленные) школы (прообраз медучилища) и университеты.

Иоганн Кристиан Рейль
(1759-1813)

V. Конец XVIII и начало XIX в.



Джон Конолли (1794-1866)

- Усовершенствовал многие психиатрические учреждения.
- Предложил научные классификации психических расстройств.
- Организовал преподавание душевных расстройств.
- Симптоматологическая психиатрия.

VI. Период XIX столетия

- Совершенствовались формы и методы оказания психиатрической помощи.
- Расширилась сеть психиатрических лечебниц и клиник.
- Стали создаваться психиатрические кафедры при заведениях для врачей, издаваться научные труды, монографии и учебники.
- *Нозологическое направление* в психиатрии.



**Эмиль Вильгельм Магнус
Георг Крепелин (1856-1926)**

Автор современной нозологической концепции в психиатрии и классификации психических заболеваний. Первым создал концепцию «*dementia praecox*» — исторического прообраза шизофрении; близкую к современной концепцию маниакально-депрессивного психоза и паранойи; внёс огромный вклад в понимание врождённого слабоумия и истерии. Также известен широкой педагогической деятельностью и гражданской позицией профилактики алкоголизма.



**Балинский, Иван
Михайлович
(1827-1902)**

Организатор «Общества петербургских врачей для помешанных» (1861). С 1869 по инициативе Балинского начато осуществление устройства окружных специальных лечебниц в ряде городов. В последующие 25 лет был обязательным консультантом различных ведомств по строительству психиатрических учреждений.



**Мержеевский, Иван Павлович
(1838-1908)**

И. Мержеевский приобрел мировое признание своими патологоанатомическими исследованиями идиотии и прогрессивного паралича. Он первым описал микрогирию при идиотии. Под его руководством была построена клиника душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии в Петербурге.

Его ценные исследования обогатившие науку, относятся к вопросам идиотизма, алкоголизма, прогрессивного паралича и, кроме того, ему принадлежит множество казуистических и судебно-медицинских сообщений по различным вопросам его специальности.



Выдающийся русский медик-психиатр, невропатолог, физиолог, психолог, основоположник рефлексологии и патопсихологического направления в России, академик. В 1907 основал в Санкт-Петербурге психоневрологический институт — первый в мире научный центр по комплексному изучению человека и научной разработке психологии, психиатрии, неврологии и других «человековедческих» дисциплин, организованный как исследовательское и высшее учебное заведение, ныне носящее имя В. М. Бехтерева.

**Бехтерев, Владимир
Михайлович
(1857-1927)**

VII. В течение XX столетия

- В 1950-х годах создание принципиально нового класса психотропных лекарственных средств – *нейролептиков* (хлорпромазин).
- Большое развитие получает «пограничная», или «малая» психиатрия.
- Совершенствуются формы и методы реабилитации и социальной адаптации больных с психическими расстройствами.

Организация психиатрической помощи в РФ

В настоящее время структура специализированной психиатрической службы в России представлена следующими разделами:

- Стационарным;
- Диспансерным;
- Внедиспансерным;
- Кризисно-социальным.

Стационарный раздел психиатрической помощи

В России в настоящее время имеется 234 психиатрические больницы. Коечный фонд страны составляет 153 687.

- Реабилитационное отделение психического стационара.

Деятельность отделения отличается преобладанием психосоциальных, социально-трудовых реабилитационных программ и различных форм инструментальной социальной поддержки.

Диспансерный раздел психиатрической службы

В России 136 психоневрологической службы и 140 диспансерных отделений психиатрических больниц.

- Скорая психиатрическая помощь;
- Дневной (ночной) стационар;
- Лечебно-трудоустройство мастерские и трудоустройство;
- Отделение интенсивного оказания психиатрической помощи во внебольничных условиях;
- Отделение внебольничной реабилитации;
- Медико-реабилитационные подразделения для формирования навыков независимого проживания («жильё с поддержкой»);
- Отделение психосоциальной работы во внебольничных условиях;

Внедиспансерный раздел психиатрической помощи

- Сеть психотерапевтических кабинетов при территориальных поликлиниках;
- Суицидологическая служба, психолого-психиатрические кабинеты. Кроме того служба включает кризисные стационары, телефоны доверия;
- Психиатрические кабинеты при крупных промышленных предприятиях;
- Сеть кабинетов сексологической помощи;
- Служба помощи нейрореабилитации больных при патологии речи;

Кризисно-социальный раздел психиатрической помощи

Обусловлен возросшим вниманием к охране психического здоровья и последствиям воздействия таких факторов, как социальные потрясения, неблагоприятная экология, чрезвычайные ситуации, войны, беженцы, насилие, бездомность и т.д.; определяющий необходимость комплексных социальных мер, а также психолого-психиатрической помощи. Её оказывают медико-психологические службы, мобильные группы психологов и психиатров, организованные при МЧС, НИИ или созданные территориальными органами здравоохранения на функциональной основе.

- **Психиатрия** – отрасль клинической медицины, изучающая психические расстройства через призму методологии медицины, методы их диагностики, профилактики и лечения.
- **Психиатрическая помощь** включает в себя обследование психического здоровья, диагностику психических расстройств, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами.
- **Психическая болезнь** – болезнь головного мозга, проявляющиеся разнообразными расстройствами психической деятельности: продуктивными (бред, галлюцинации, аффективные нарушения) и негативными (выпадения или ослабления психической деятельности), а также общими изменениями личности.
- **Психическое расстройство** (по МКБ-10) – клинически определенная группа симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию (в МКБ-10 термин «болезнь», «заболевание», «нозологическая форма» не используется).

Основные разделы (направления развития) современной психиатрии

Наименование раздела	Предмет изучения
Общая психиатрия	Основные закономерности этиопатогенеза, клиники, динамики, диагностики. Терапии и профилактики расстройств
Частная психиатрия	Отдельные психические заболевания (нозологические формы)
Психотерапия	Использование психологических факторов в лечебном процессе
Наркология	Влияние психоактивных веществ на состояние человека
Детская психиатрия	Особенности психических расстройств, развивающихся в детском возрасте
Геронтопсихиатрия	Особенности психических расстройств, развивающихся в позднем возрасте
Психиатрия катастроф	Особенности психических расстройств, развивающиеся в критических, жизнеопасных ситуациях
Военная психиатрия	Особенности психических расстройств, развивающихся у военнослужащих (в мирное и военное время)
Судебная психиатрия	Особенности психических расстройств, развивающихся у подсудимых и осужденных
Психофармакология	Разработка психотропных лекарственных средств

Этиопатогенитическая классификация психических заболеваний

Группа заболеваний		Классифицирующие признаки	Основные нозологические формы
Эндогенные		э-; о-	Шизофрения, БАР, функциональные психозы позднего времени
Эндогенно-органические		э-; о+	Эпилепсия, атрофические заболевания ГМ
Экзогенные		э+; о-	Симптоматические психозы (при «общих» инфекциях, интоксикациях, соматических заболеваниях)
Экзогенно-органические		э+; о+	Психические расстройства при сосудистых заболеваниях ГМ, ЧМТ, опухолях, «мозговых» инфекциях
Психогении		Зависимость от психотравмирующих воздействий	Невротические реакции, невротические состояния, реактивные психозы
Патологии развития	личности	Конституционально обусловленные устойчивые патологические состояния	Психопатии
	интеллекта		Олигофрении

Таблица 3. Клиническая классификация психотропных средств

Классы	Подгруппы	Препараты	
Психолептики	Антипсихотики (нейролептики)	С преимущественно седативным действием	Хлорпромазин, левомепромазин, перициазин, хлорпротиксен, промазин и др.
		С мощным антипсихотическим (инцизивным) действием	Тиопроперазин, зуклопентиксол, трифлуоперадол, дроперидол, пипотиазин, галоперидол, трифлуоперазин и др.
		С преимущественно стимулирующим (дезингибирующим) действием	Сульпирид, амисульприд, карбидин, пимозид, метофеназин и др.
		Атипичные антипсихотики	Клозапин, кветиалин, оланзапин, рисперидон, сертиндол.
Анксиолитики (транквилизаторы)		Бензодиазепины (диазепам, нитразепам, медазепам, феназепам и др.), гидроксизин, буспирон и др.	
Психоаналептики	Антидепрессанты (тимоаналептики)	С преимущественно седативным действием	Тримипрамин, амитриптилин, доксепин, тразодон, миансерин, мirtазапин, флувоксамин и др.
		Сбалансированного действия	Мапротилин, досулепин, пиразидол, кломипрамин, сертралин, пароксетин, циталопрам и др.
		С преимущественно стимулирующим действием	Ингибиторы МАО (ниаламид, моклобемид и др.), ребоксетин, флуоксетин, дезипрамин, милнаципрам, имипрамин и др.
	Психостимуляторы (психотоники)		Амфетамины (фенамин и др.), сиднонимины (сиднофен, мезокарб), меридил, метилфенидат, кофеин и др.
	Нейрометаболические стимуляторы (нооторопы)	С седативными свойствами	Фенибут, пикамилон, пантогам, мексидол
		С психостимулирующими свойствами	Ацефен, пиридитол, пирацетам, бемитил, аминалон, фенотропил
Психодизлептики		Амид лизергиновой кислоты, псилоцибин, мескалин и др.	
Тимоизолептики (нормотимики)		Соли лития, соли вальпроевой кислоты, карбамазепин, ламотриджин, топирамат, блокаторы кальциевых каналов.	

Симптомы психических расстройств

1. Ощущение и его патология.

Ощущения, рассматриваются в качестве важнейшего проявления чувствительности как общебиологического свойства живой материи, крайне разнообразны и эмоционально окрашены, в них интегрированы познавательные, эмоциональные и регуляторные стороны психического.

Патология ощущений (сенсопатии):

- **Анестезия** – выпадение чувствительности, а точнее – выпадение рецептивного компонента ощущений;
- **Гипестезия** – более или менее резкое ослабление обычных ощущений, понижение чувствительности. К разновидности гипестезии можно отнести *гипопатию* – снижение степени выраженности эмоциональных проявлений, своеобразное нарушение чувства реального, проявляющееся в исчезновении эмоционального тона восприятий и переживаний;
- **Гиперестезия** – повышение восприимчивости обычных раздражителей, которые в нормальном состоянии оказываются для человека нейтральными. *Гиперпатия* характеризуется тем, что любое, самое небольшое, раздражение сопровождается крайне неприятными ощущениями боли и длительным последствием.
- **Парестезии** – ощущение покалывания, онемения, ползания мурашек. *Дизестезия* – извращенное восприятие раздражителей. *Полиэстезия* – извращение болевой чувствительности, когда одиночное раздражение воспринимается как множественное. *Аллохейрия* – раздражение ощущается не в месте его нанесения, а в симметричной половине тела.

- **Сенестопатии** – необычные патологические психосоматические ощущения, исходящие из различных областей организма при отсутствии объективных признаков органической патологии.

Их свойства – неопределенность локализации, изменчивость, динамичность, тягостные, мучительные аффективный фон и отсутствие предметности в переживаниях больного, что отличает их от галлюцинаций «общего чувства».

- **Сенестезии** – различные двигательные нарушения субъективного характера, не связанные с неврологической патологией.
- **Синестезии** – «окрашенный слух», перенос качества ощущения одной модальности на другую.

2. *Восприятие и его патология.*

В отличие от ощущений, является результатом сложной аналитико-синтетической деятельности, предполагающей выделение наиболее общих, существенных признаков и объединение их в одно осмысленное целое – в образ предмета.

Свойства:

- Избирательность;
- Константность;
- Осознанность;
- Предметность;
- Целостность;

Патология восприятия:

а) **иллюзии** – это ошибочное, «извращенное восприятие» реально существующих объектов.

❖ *Физические, физиологические иллюзии;*

❖ *Аффективные иллюзии* возникают при патологических изменениях аффекта под влиянием сильного страха, чрезмерного нервного напряжения;

❖ *Вербальные иллюзии* заключаются в извращенном восприятии различного рода звуковых раздражителей;

б) **галлюцинации** – мнимые восприятия, восприятия без объекта. Вследствие нарушения психической деятельности «галлюцинант» (человек, переживающий галлюцинации) «видит, слышит, ощущает» то, что в реальной действительности не существует.

Возникновение галлюцинаций связано с общим расстройством психики, их конкретные проявления зависят от состояния сознания, мышления, интеллекта, эмоциональной сферы и внимания, от особенностей взаимоотношения галлюцинаций с личностью больного. ***Критическое отношение во время галлюцинирования отсутствует!!!***

Критерии отграничения

Галлюцинации	Проекция патологических образов	Чувственная яркость, живость галлюцинаторных образов	Чувство насильственности, «сделанности», влияние извне
Истинные	В окружающее пространство («вовне»)	Сохранена	Отсутствует
Ложные (псевдогаллюцинации)	В субъективное пространство (вовнутрь)	Отсутствует	Выявляются

❖ *Слуховые галлюцинации:*

- Афоазмы (отдельные звуки, шорохи, шумы);
- Фонемы (патологическое восприятие каких-то слов, фраз, разговоров, речи);
- Императивные;
- Антагонистические (контрастирующие);

❖ *Зрительные галлюцинации:*

- Элементарные (фотопсии – в виде мушек, искр);
- Предметные (люди, животные, панорамные сцены);
- Экстракампинные (больной что-то «видит» позади себя, вне поля зрения);
- Аутоскопические (больной наблюдает свой собственный образ);

❖ *Тактильные галлюцинации:*

- Термические (ощущение неприятного прикосновения к телу);
 - Гигрические (появления на теле влаги, жидкости);
 - Гаптические (ощущение схватывания, сжимания);
 - Висцеральные (ощущение присутствия в собственном теле животных, каких-то предметов, посторонних органов);
- ❖ *Обонятельные и вкусовые галлюцинации*

- Кинестетические, двигательные и речедвигательные (помимо воли язык произносит слова, отдельные фразы);
- Гипнагогические (зрительное восприятия при закрытых глазах перед засыпанием);
- Гипнопомпические (после пробуждения);
- Функциональные (появляющиеся на фоне и одновременно с действием реального внешнего раздражителя);
- Реактивно-изоляционные (возникающие в замкнутой системе);

в) **психосенсорные расстройства** (нарушение сенсорного синтеза), выражаются в искаженном восприятии отдельных объектов, реальной действительности в целом или формы и величины своего собственного тела.

- ❖ *Аутометаморфопсия* (расстройство «схемы тела»):
 - Тотальная (макропсии и микропсии);
 - Парциальная (вес, формы, объемы);
- ❖ *Метаморфопсии* (нарушение восприятия размеров и формы предметов и пространства в целом):
 - Макропсии и микропсии;
 - Дисмегалопсия;
 - Порропсия;

❖ *Нарушение восприятия времени:*

- Ускорение или замедление;
- Утрата различия между прошлым, настоящим и будущим;
- Изменение темпа течения реальных процессов;
- Ощущение разорванности;
- Дискретность временного процесса (нарушение плавности течения времени);

3. Эмоции и их патология.

Эмоции – переживание человеком его отношения к окружающему миру и к самому себе.

Аффект – кратковременное интенсивное чувство, завершающееся бурной двигательной реакцией на раздражитель (физиологический и патологический).

Настроение – относительно длительное и устойчивое эмоциональное состояние, определяющееся самочувствие и степень социального благополучия в данный период, которое окрашивает все другие переживания и деятельность человека.

Страсть – исключительно сильное, стойкое и глубокое чувство с активным участием интеллектуального и волевого компонентов, направленное на деятельность (как позитивного, так и деструктивного характера).

Симптомы болезненного *снижения* настроения:

- *Гипотимия* – нерезко выраженная аффективная подавленность в виде депримированности, переживания разочарования, безысходности, опечаленности, ослаблением привязанности к жизни.
- *Тоска* – выраженный депрессивный аффект, переживания душевной боли, не сравнимой ни с какими физическими страданиями, ощущение отчаяния, глубокой печали, бесперспективности, никчемности, малоценности.
- *Дистимия* – кратковременные (до нескольких дней) расстройства настроения с оттенком недовольства, гневливости или тревожности.

- *Дисфория* – злобно-тоскливое, угрюмое, ворчливо-раздражительное настроение, которое сопровождается вспышками гнева, ярости с агрессивными тенденциями, мрачности, озлобленности, ожесточенности.
- *Тревога* – переживания неясного, недифференцированного чувства внутреннего беспокойства, душевного смятения, ожидания беды, катастрофы, напряженное ожидания трагического исхода.
- *Страх* – реакция на конкретную угрозу, чувство внутренней напряженности, непосредственной опасности.

Симптомы болезненного *повышения* настроения:

- *Гипертимия* – радостное, явно ничем не оправданное веселое настроение, сопровождающееся ощущением прекрасного самочувствия, приливом бодрости, оптимизма, переоценкой собственных возможностей, желанием «осчастливить человечество».
- *Эйфория* – беспечное, безмятежное и беззаботное настроение, в котором преобладают пассивные переживания полного довольства, благополучия, удовлетворения своим состоянием при поверхностном отношении к реальным проблемам и сторонам жизни.
- *Мория* (греч. moria - глупость) – выраженная эйфория в сочетании с расторможенностью влечений, дурашливостью, двигательнo-речевым возбуждением и склонности к грубым шуткам и аморальным поступкам.
- *Экстаз* (греч. ekstasis – исступление, восхищение) – переживание чувства огромного восторга, необычайного счастья с соответствующими вербальными и мимико-пантомическими проявлениями

Симптомы неустойчивости эмоциональной сферы

- *Эмоциональная неустойчивость* – склонность к изменчивости настроения как в положительную, так и в отрицательную сторону по различным, нередко несущественным, поводам с продолжительностью от нескольких часов до нескольких дней и достаточно отчетливой степенью выраженности, заметной для окружающих.
- *Эмоциональная лабильность* – легкое возникновение по незначительным поводам (или вообще спонтанно) поверхностных, неглубоких, кратковременных эмоциональных реакций, которые оказываются нестойкими и могут легко смениться на противоположные.

- *Эмоциональное недержание* – полная неспособность сдерживать в себе проявления чувств в сочетании с резким перепадам настроения.
- *Эмоциональная гиперстезия* – склонность очень глубоко реагировать на внешне малозначимые поводы (хотя они могут иметь и отчетливый личностно-значимый характер).
- *Слабодушие (эмоциональная слабость)* – проявляется в легком формировании довольно глубоких, но нестойких чувственных проявлений от реакции умиления, «тихой радости», до слез, огорчения.

Качественные искажения эмоций

- *Эмоциональное оскудение* – выражается в постепенном и неуклонном ослаблении высших чувств с гипертрофированным обнажением и заострением чувственных проявлений низшего, инстинктивного уровня.
- *Эмоциональная тупость* – характеризуется постепенным ослаблением, нивелированием, притуплением одновременно и высших, и низших чувств.
- *Апатия* – бесчувственность, безразличие, равнодушие к окружающим лицам, событиям и к самому себе; эмоциональные проявления вялые, монотонные или вообще отсутствуют.
- *Психическая анестезия*, или болезненное психическое бесчувствие – это мучительное, глубокое и острое переживание утраты всех ранее свойственных человеку чувств, утрата способности к сопереживанию.

4. Память и её патология.

«... память как сложная форма познавательной деятельности, как одна из предпосылок развития интеллекта, как «входные ворота интеллекта» обеспечивает отражение человеком окружающей среды в виде представлений и понятий, относящихся к прошлому» (Сметанников П.Г.,1976).

К основным процессам памяти относятся запоминание (**фиксация**), сохранение (**ретенция**), воспроизведение (**репродукция**) и забывания различных обстоятельств, фактов и впечатлений, что дает возможность копить информацию и пользоваться прежним опытом.

Расстройство памяти

- ▣ **Амнезия** – потеря памяти, её выпадение на тот или иной промежуток времени либо на различные сведения и навыки.
- **Ретроградная амнезия** – выпадение из памяти событий, обстоятельств, фактов, непосредственно предшествующих наступлению бессознательного состояния, острого психического расстройства или гипоксии.
- **Конградная амнезия** – выпадение памяти на период нарушенного сознания.
- **Антероградная амнезия** – утрата воспоминаний на период, непосредственно следующий за окончанием бессознательного состояния или иного выраженного психотического расстройства.
- **Перфорационная амнезия**
- **Фиксационная амнезия** – утрата способности к запоминанию и воспроизведению новых сведений, резкое ослабление или отсутствие памяти в текущие события, при относительной её сохранности на события прошлого.
- **Прогрессирующая амнезия** – выражается в постепенном нарастающем опустошении законов памяти, при котором обнаруживается последовательная закономерность (закон Рибо-Джексона) по принципу «обратного хода памяти».

- **Гипомнезия** – ослабление, снижение памяти. Нарастающее ухудшения памяти более заметно в отношении памяти механически-ассоциативной (даты, цифры, имена, телефоны и т.д.), чем логически-смысловой.
- **Гипермнезии** - кажущееся усиление памяти, при котором за счет ослабления высшей логически-смысловой формы обостряется проявления памяти механически-ассоциативной.
- **Парамнезии** (обманы, искажения) – качественные нарушения памяти, встречаются как самостоятельно, так и в сочетании с количественными расстройствами, приведенные выше.

- *Конфабуляции* – патологическое сочинительство, ложные воспоминания, которые больные воспринимаются за воспоминания о реальных событиях прошлого.
- *Криptomнезии* – искажение памяти, при котором происходит стирание, вплоть до полного исчезновения, различий между действительно имевшими место событиями и событиями, увиденными во сне, в кинофильмах, услышанными или прочитанными.
- *Псевдореминисценции* – заполнения пробелов памяти правдоподобными или реальными событиями, имевшими место в жизни больного; это – своеобразный перенос конкретных жизненных обстоятельств и ситуаций во времени.

5. Мышление и его патология.

Мышление – отражение действительности в её внутренних (существенных) связях и отношениях.

Основой функционирования мышления является **интеллект**, рассматриваемый как способность человека у мыслительной деятельности и рациональному познанию.

Расстройство мышления

1) Непродуктивные расстройства (по «форме»):

□ По темпу:

- *Ускорение* – выражается в ускорении течения ассоциативных процессов, в легком возникновении и увеличении количества ассоциаций, образующихся в определенный отрезок времени;
- *Замедление* – характеризуется замедленным течением ассоциативного процесса, бедностью ассоциаций, затруднением образования мыслей, представлений и воспоминаний;
- *Обстоятельность* – заключается в крайней тугоподвижности, чрезвычайной вязкости мыслительных процессов;
- *Шпerrунг* (нем. Sperrung – баррикадировать, загоразивание) – эпизодически возникающее состояния полной блокады, прекращение мыслительной деятельности.

□ По стройности:

- *Бессвязность* (инкогеренция, лат. *Incoherrentia* – отсутствие связи) – проявляется одновременным распадом логической структуры мышления и грамматического строя речи;
- *Разорванность* – распад логического строя речи, отсутствием связи между отдельными фразами, предложениями или словами при сохранной способности составлять грамматически правильно оформленные вербальные конструкции;
- *Соскальзывающее* – отклонение, соскальзывание рассуждений на побочные мысли, нить рассуждений теряется;
- *Резонерство* – бесплодное мудрствование, склонность к пустым общим рассуждениям при отсутствии конкретности и целенаправленности; многословное рассуждательство со стремлением у псевдонаучным построениям;
- *Разноплановость* – суждения больного о каком-либо событии, явлении протекает в разных плоскостях, как бы в различных руслах.

2) Продуктивные расстройства (по «содержанию»):

Навязчивые идеи (обсессии)	Сверхценные идеи («переоцениваемые идеи»)	Бредовые идеи
Непроизвольно возникающие, не адекватные ситуации переживания, доминирующие в сознании больного, к которым сохраняется критическое отношение (сопровождаются «борьбой мотивов»).	Аффективно окрашенные, доминирующие суждения, сформировавшиеся вследствие реальных событий (не сопровождаются «борьбой мотивов»).	Ошибочные, не корригируемые умозаключения, формирующиеся на патологической основе и определяющие мировоззрение больного.

Классификация obsessions

По содержанию навязчивых переживаний

Идеаторные obsessions	Навязчивые влечения (мании)	Навязчивые страхи (фобия)	Навязчивые действия
<ul style="list-style-type: none">- Мысли- Воспоминания- Представления- Сомнения	<ul style="list-style-type: none">- Kleptomания- Пиромания- Дропомания- Суицидомания	<ul style="list-style-type: none">- Агорафобия- Клаустрофобия- Мизофобия- Нозофобия	<ul style="list-style-type: none">- Не сочетаются с фобиями- Сочетаются с фобиями (ритуалы)

По реакции личности на переживания

Отвлеченные	Образные	Контрастные
Не сопровождаются аффективными напряжением	Сопровождаются аффективным напряжением	Развиваются в обстановке, исключающей возможность их выполнения

Варианты сверхценных идей (по А.О. Бухановскому, 1998)

Переоценка биологических свойств своей личности	Переоценка психологических свойств своей личности или её творчества	Переоценка социальных факторов
<ul style="list-style-type: none">- Дистморфофобическое- Ипохондрические- Сексуальной неполноценности- Самоусовершенствования	<ul style="list-style-type: none">- Изобретательства- Реформаторства- Талантливости	<ul style="list-style-type: none">- Виновности- Эротичности- Сутыжничества (кверулянтства)

Доминирующая идея – проявление нормальной психической деятельности: доминирующая роль последних в сознании определяется объективными интересами, профессиональной деятельностью; она адекватна позитивным установкам личности, её конечные результаты социально оправданны, поведение человека, у которого имеет место доминирующая идея, не идет вразрез с общепринятыми нормами и правилами.

Классификация бредовых идей

По содержанию

Бредовые идея преследования (персекуторный)	Бредовые идеи величия (экспансивный)	Бредовые идеи самоуничижения (депрессивный)
<ul style="list-style-type: none">- Преследования- Воздействия- Отравления- Отношения- Ущерба- Интерметаморфозы- Сутяжный	<ul style="list-style-type: none">- Изобретательства- Реформаторства- Высокого происхождения- Любовного очарования- Величия	<ul style="list-style-type: none">- Виновности- Ипохондричности- Нигилистичности- Дисморфомания- Одержимости- метарморфоза

По механизму образованию:

- 1. Первичный (интерпретативный)** – характеризуется нарушением преимущественно рационального, логического уровня познания при сохранности познания чувственного.
- 2. Вторичный (чувственный или образный)** – возникает при нарушении преимущественно чувственного уровня познания, в его структуре сразу же отмечается и аффективные (страх, тревога), и перцептивные (иллюзии, галлюцинации, сенестопатии), и двигательные (психомоторное возбуждение) расстройства.
- 3. Индуцированный («подражательный»)** – человек или люди, близкие бредовому больному, начинают разделять его болезненные убеждения.

По степени неадекватности умозаключения:

- 1. *Нелепый бред*** – формируется на фоне нарастающего снижения интеллекта, ослабления памяти и отличается глубоким несоответствием между частыми положениями, предпосылками, обосновывающими те или иные суждения, и их конечным итогом, результатом, выводам умозаключений.
- 2. *Паралогический бред*** – предполагает определённую интеллектуально-мнестическую сохранность больного, бредовые переживания является результатом большой внутренней работы, они, с точки зрения больного, глубоко доказательны и аргументированы.

По степени систематизации:

1. **Систематизированный** – характерна тесная взаимосвязь между бредовыми суждениями, единая, объединяющая их логическую нить, «аргументированная» система доказательств, длительность и устойчивость.
2. **Фрагментарность** – отрывочность, отсутствие логической (точнее - паралогической) связи между бредовыми суждениями, отсутствие достаточной разработанности бреда.

6. Внимание и его патология.

Внимание – избирательность направленность и сосредоточенность психической деятельности на определенном объекте, оно выражает преимущественную связь психической деятельности с теми или иными внешними явлениями, внешними стимулами.

Свойства:

- Объем;
- Концентрация;
- Распределяемость;
- Устойчивость-длительность;
- Переключаемость;

Расстройство внимания

- ❖ **Апрозексия** – полное отсутствие («выпадение») внимания;
- ❖ **Гипопрозексия** (рассеянность) – неспособность к сосредоточению внимания;
- ❖ **Истощаемость** – неспособность к длительному сосредоточению внимания;
- ❖ **Слабая распределяемость** – сосредоточенность только на ситуационно значимом объекте (сужения «поля внимания»);
- ❖ **Гиперметаморфоз** (отвлекаемость) – повышенная переключаемость внимания;
- ❖ **Застреваемость** (прикованность) – сниженная переключаемость внимания;

7. Воля и её патология.

Воля – способность человека к активной, сознательной и целенаправленной деятельности.

Её действия подразделяется:

- Инстинктивные (целенаправленные, но неосознанные);
- Автоматизированные (целенаправленные, сознательные, но без участия активного внимания);
- Волевые (целенаправленные, осознанные, с участием активного внимания и с учетом прошлого опыта).

Расстройство воли

□ Собственно волевые расстройства:

- **Абулия** – «отсутствие» волевых побуждений (встречается при шизофреническом дефекте, органическом поражении лобных долей);
- **Гипобулия** – снижение волевых побуждений (отмечается при депрессивных, астенических состояниях);
- **Гипербулия** – болезненное повышение волевых побуждений (характерна для наркомании, паранойяльного, маниакального синдромов);
- **Парабулия** – качественное извращение волевых побуждений (выявляется при шизофрении, психопатиях).

❖ Двигательные расстройства:

- **Акинезия** – полное обездвиженность вследствие прекращения произвольных движений с сохранением способности к действиям при активном побуждении извне;
- **Гипокинезии** – замедление и обеднение движений, двигательное угнетение, оскудение моторики;
 - Параличи и парезы;
 - Ступор – обездвиженность, оцепенение
- **Дискинезии** (паракинезии):
 - Эхопраксия;
 - Эхोलалия;
 - Стереотипия;
 - Парамимия;
- **Гиперкинезии** – двигательное возбуждение

❖ Влечение – неосознанное стремление к удовлетворению потребностей.

□ **Ослабление:**

- Анорексия (снижение или утрата чувств голода);
- Гипосексуальность;

□ **Усиление:**

- Булимия (неутолимое чувство голода, патологическое прожорливость);
- Полидипсия (неутолимая жажда);
- Гиперсексуальность;

□ **Извращения:**

- Полифагия (стремление к поеданию непищевых продуктов);
- Амбигенность (одновременное проявление противоположных действий и поступков);
- Негативизм (противодействие идущим извне побуждениям);
- Каннибализм;
- Пиромания и т.д.

Основные психопатологические синдромы

Типичная совокупность закономерно взаимосвязанных симптомов, система взаимосвязанных типовых расстройств, подчиненных общей патогенетической закономерности.

Синдромы органического поражения головного мозга

1. (энцефалопатический) синдром:

□ *Триада Вальтер-Бюеля:*

- **снижение интеллекта** (недоосмысление, недопонимания);
- **недержание аффекта**
- **мнестические нарушения;**

2. Корсаковский (амнестический) синдром:

- Фиксационная амнезия (амнестическая дезориентировка);
- Ретро-, антероградная амнезия;
- Конфабуляции или псевдореминисценции;
- Эйфория;

3. Эпилептиформный синдром

Пароксизмальные расстройства, возникающие при различных экзогенно- и эндогенно-органических поражениях головного мозга.

4. Дементный синдром (приобретенное слабоумие)

- *Парциальная:* отмечается неравномерностью выпадения интеллектуальных функций с преобладанием мнестических расстройств, с известной сохранностью «ядра личности» и частичной критикой к своему состоянию.
- *Тотальная.*

Особые виды деменции:

- Шизофреническая («слабоумие без слабоумие»);
- Эпилептическая («концентрическое слабоумие»);
- Психопатическая («человек он умный, а ум у него глупый»);

Синдромы нарушенного сознания

1. Синдромы выключения сознания.

Синдром	Словесные контакт	Болевая чувствительность	Рефлексы
Оглушение	+	+	+
Сопор	-	+	+
Кома	-	-	-

продуктивная психопатологическая симптоматика отсутствует!!!!

2. Синдромы помрачения сознания.

Основные признаки помрачения сознания («тетрада К. Ясперса», 1923)

Психопатологические проявления	«поверхностные» нарушения сознания	«глубокие» расстройства сознания
Нарушение восприятия	Утрата дифференцированности, избирательности, отчетливости («эпикритичности») отражения окружающего	Отрешенность от окружающего как следствие наплыва иллюзорно-галлюцинаторных обманов чувств
Нарушение мышления	Непоследовательность ассоциативного процесса, недостаточное осмысление окружающего	Бессвязность мышления, либо формирование вторичного бреда
Нарушение ориентировки	Нарушение аллопсихической ориентировки (прежде всего во времени)	Нарушение алло- и аутопсихической ориентировки
Нарушение памяти	Неполное, отрывочные воспоминания	Полная амнезия реальных событий

❖ **Делирий.** Ведущие признаки – различные расстройства восприятия, преобладают истинные зрительные галлюцинации с присоединением слуховых и тактильных, сопровождающиеся сильнейшими аффектами страха, тревоги.

Этапы развития делирия (по Либермайстеру):

- I. Хорошее настроение, крайняя говорливость, суетливость, гиперестезия, расстройства сна, эпизодическая тревожность, ожидание беды, наплывы ярких воспоминаний, касающихся как недавнего, так и отдаленного прошлого.
- II. Усиление тревожности, преобладают иллюзорные расстройства в виде парейдолий, устрашающие сновидения, которые путаются с реальностью, светобоязнь.
- III. Возбуждение, дезориентировка, полиморфные галлюцинации, острый чувственный бред.

Абортивный

Несколько часов или суток.
Развитие ограничивается I-II стадиями.

Пролонгированный

Резистентный к терапии,
длительное время. При
внезапном обратном развитии –
резидуальный бред.

Профессиональный

«Перенос» в
производственную
ситуацию, двигательное
возбуждение в виде
автоматизированных
профессиональных действий.

Мусситирующий (бормочущий)

Хаотичное беспорядочное
возбуждение, яктация,
невнятное бессвязное
бормотание с произнесением
отдельных слов, слогов или
звуков, хореиформные
гиперкинезы или симптом
обирания.

❖ Онейроид:

- Полная отрешенность больного от окружающей действительности;
 - Фантастическое содержание переживаний;
 - Видоизменение и перевоплощение «Я» (*грёзоподобный онейроид*);
 - :
- 1) Картина острого чувственного бреда с характером инсценировки (бред интерметаморфоза) свойственна постоянная изменчивость окружающей обстановки и лиц;
 - 2) Картина острого антагонистического (манихейского) бреда;
 - 3) Возникает склонность к произвольному фантазированию, состояние, сопровождающееся яркими представлениями о полетах, войнах, путешествиях и т.д.



❖ Аменция:

- Растерянность;
- Аффект недоумения;
- Инкогерентное (бессвязное) мышление.

Внешний вид – растерянно-удивленный, имеется полная психическая беспомощность при попытках объединения частных в целое, схватываются лишь отдельные фрагменты ситуации. Аффект неустойчив, отмечается беспорядочные двигательные возбуждения с хореоподобными гиперкинезами, речь бессвязная, с бессмысленным набором слов.



❖ *Сумеречное помрачение сознания.* Характеризуется внезапным возникновением и внезапным разрешением состояния, глубокой дезориентировкой в окружающем, резко выраженным возбуждением или внешне упорядоченным поведением, наплывом различных видов галлюцинаций, острым образным бредом, аффектом тоски, страха и злобы.

Варианты сумеречного помрачения сознания:

- Простой;
- Галлюцинаторный;
- Бредовой (образный бред с идеями величия и преследования);
- Ориентированный;

3. Патология самосознания.

- Неадекватная самооценка (повышенная или пониженная) – изменение способности критически оценивать себя, смотреть на себя как бы со стороны, нарушаются процессы самопознания и эмоционально-ценностного отношения к себе, которые являются важным компонентом самопознания.
- Деперсонализация – отчуждение от самого себя, утрата чувства принадлежности к «Я» собственных психических актов.
 - Аутопсихическая;
 - Аллопсихическая (дереализация);
 - Соматопсихическая;

□ *Психические автоматизмы* – переживания насильственности, сделанности собственных психических и физических актов или всего поведения.

- Идеаторные;
- Сенсорные;
- Моторные;

□ *Бредовые расстройства самосознания.*

- Бред величия;
- Бред самоуничижения;

□ *Распад самосознания.*

Галлюцинаторно-бредовые синдромы

1. Галлюцин~~озы~~. Состояния, клиническая картина которых, практически, полностью исчерпывается наличием истинных галлюцинаций.
2. Парано~~йя~~льный синдром:
 - Интерпретативный бред (бред толкования);
 - Стеничность;
 - Гипермнезия;
 - Аффективная напряженность;
 - Обстоятельность мышления;
 - Повышенная самооценка;
3. Парано~~ид~~ный синдром. Выражается образным бредом преследования или воздействия, который формируется остро в конкретных условиях, сопровождается страхом, тревогой, растерянностью; отчетливо меняется поведения больных.

4. Галлюцинаторно-параноидный синдром. В его структуре сочетаются остро возникающий чувственный (образный) бред персекуторного содержания, выраженный страх, тревога, явное преобладание псевдогаллюцинаций над другими проявлениями психических автоматизмов.

5. Синдром психического автоматизма (синдром Кандинского - Клеромбо):

- 1) Псевдогаллюцинации;
- 2) Бред преследования или воздействия;
- 3) Психические автоматизмы;

Типы психических автоматизмов:

- Идеаторные (ассоциативные) автоматизмы;
- Сенсорные (сенестопатические) автоматизмы;
- Моторные (кинестетические) автоматизмы;
- Инвентированный вариант синдрома.

Дифференциальная диагностика бредовых синдромов

Синдром	Идеи преследования и (или) воздействия	Псевдогаллюцинии	Другие психически автоматизмы
Параноидный	+++	+	+
Галлюцинаторно-параноидный	+	+++	+
Синдром Кандинского-Клерамбо	+	+	+++

6. Парафренный синдром:

1. Нелепый бред преследования и воздействия;
2. Бред величия;
3. Фантастические конфабуляции;
4. Эйфория;
5. Психические автоматизмы (инвертированный вариант).

NB! В течении психической болезни бредовые и галлюцинаторные синдромы могут сменять друг друга, а преобладание галлюцинаторных расстройств над бредовыми прогностически более неблагоприятно.

Кататонические синдромы

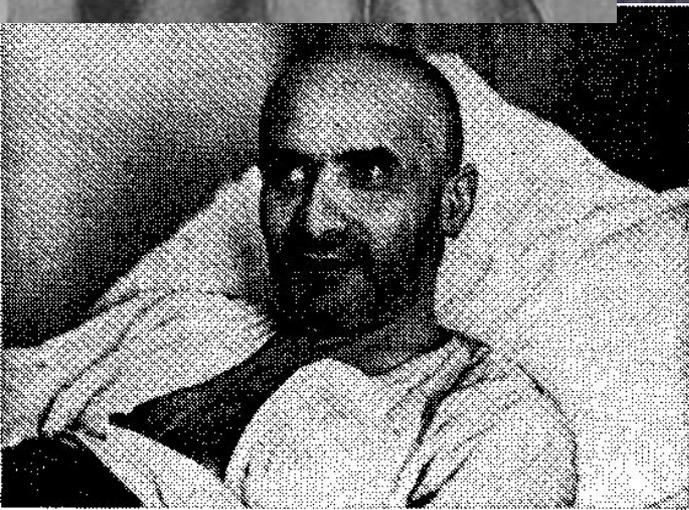
Психическое расстройство, при котором преобладают нарушения в двигательной сфере, характеризующиеся картиной заторможенности (ступора) или возбуждения.

❖ *Кататонический ступор:*

- Ступор с «восковой гибкостью» (каталепсия);
- Негавистический ступор (пассивный, активный);
- Ступор с оцепенением (симптом хоботка);

❖ *Кататоническое возбуждение:*

- Импульсивное возбуждение;
- Немое (безмолвное) возбуждение;



Гебефренический синдром («триада О.В.Кербикова»):

1. **Манерно-дурашливое поведение** («гимнастические» сокращения лицевой мускулатуры, «гримасничание»);
2. **Безмотивные действия** (поступки, не являющиеся ни импульсивными. Ни обусловленными патологическими мотивами; феномен «бездействия мысли»);
3. **Мория** (непродуктивная эйфория, бессодержательно веселое настроение);



Аффективные синдромы

Выделяется классическая триада основных компонентов аффективных синдромов: *аффективный*, *моторный* и идеаторный.



1. Варианты маниакального синдрома:

❖ Простые (типичные):

• Веселая (солнечная) мания -



• Возбужденная мания -



• Мания «со скачкой идей» -



❖ Смешанные:

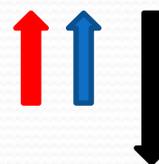
• Гневливая мания -



• Заторможенная мания -
(маниакальный ступор)



• Непродуктивная мания -
(спутанная мания)



❖ Смешанные (атипичные):

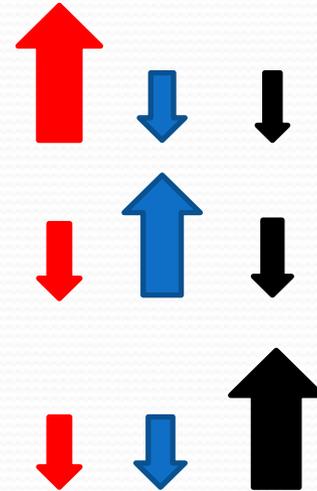
- Бредовые маниакальные состояния;
- Маниакальные состояния с дурашливостью;
- Маниакальные состояния с развитием острого чувственного бреда;
- Маниакальные состояния с развитием онейроидно-кататонических расстройств;



2. Варианты депрессивного синдрома:

❖ Смешанные:

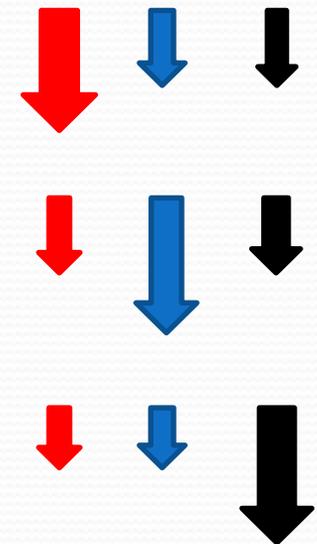
- «Ироническая» депрессия -
- Тревожная депрессия -
- Ажитированная депрессия -



- Депрессия «со скачкой идей» -

❖ Простые (типичные):

- Тоскливая депрессия -
- Адинамическая депрессия -
(депрессивный ступор)
- Апатическая депрессия -



❖ Сложные (атипичные):

- Сенестоипохондрические депрессии;
- Депрессивные состояния с бредом и галлюцинациями;



Невротические синдромы

1. Астенический синдром («астеническая триада»):

- Повышенная психическая и физическая истощаемость;
- Висцеро-вегетативные расстройства;
- Нарушения сна;

Клинические формы (стадии):

- Гиперстеническая;
- Гипостеническая;
- Раздражительная слабость;

Утомление - результат истощения энергетических ресурсов;

Астения - результат дисбаланса энергетических ресурсов;

2. Истерический синдром. Чаще всего возникает в экстремальных или конфликтных ситуациях; включает обратимые по своей природе нарушения, отличающиеся разнообразием симптомов и их сочетаний и нередко имитирующие проявления различных неврологических и соматических заболеваний.

- 1) Конверсионные расстройства (психические, вегетативные, чувствительные, двигательные);
- 2) Диссоциативные расстройства (психогенная амнезия, психогенные сумеречные нарушения);
- 3) Истероидные особенности личности;

3. Обсессивный синдром. Состояние с преобладанием в клинической картине чувств, мыслей, страхов, воспоминаний, возникающих помимо желания больных, но при осознании их болезненности и критическом отношении к ним.

- 1) Различные обсессивные проявления (единичные, генерализованные);
- 2) «Защитные» формы поведения (поведения «избегания», ритуалы);
- 3) Психастенические особенности личности;

Ипохондрический синдром.

Утрированная озабоченность своим здоровьем, соответствующей интерпретацией телесных ощущений, убежденностью в существовании того или иного заболевания вопреки аргументированным возражениям специалистов и результатам медицинских исследований.

Варианты, этапы:

- Астено-ипохондрический;
- Обсессивно-ипохондрический;
- Депрессивно-ипохондрический;
- Паранойяльный;
- Параноидный;
- Парафренный (синдром Котара);

В отделении существует 4 вида психиатрических режимов:

- **Ограничительное наблюдение.** Оно предназначено для больных с агрессивными тенденциями и суицидными мыслями и намерениями. Эти пациенты находятся в наблюдательной палате и за ними установлен круглосуточный надзор. У таких больных забирают все острые и колющие предметы (очки, зубные протезы, снимают цепочки, эластические бинты). За пределы наблюдательной палаты больные выходят только в сопровождении персонала. Около наблюдательной палаты установлен специальный пост медсестры.

- **Лечебно-активирующий режим.** Для больных, которые не представляют опасности для себя и окружающих. Они свободно передвигаются по отделению, читают, играют в настольные игры, смотрят телевизор. За пределы отделения эти больные выходят только в сопровождении персонала.
- **Режим открытых дверей.** Такие больные, как правило, длительно находятся в ПБ по социальным показаниям. Они могут выходить без сопровождения персонала.

● **Режим частичной госпитализации.** Больные отпускаются домой в лечебные отпуска на 7-10 дней в сопровождении родственников. На весь период больному выдаются лекарства и инструкция, как их принимать. Как правило, в домашние отпуска больных отпускают с реабилитационными целями, они вновь налаживают контакты с родственниками, привыкают к обычной жизни.

● Кроме психиатрических режимов в отделениях существует **дифференцированное наблюдение**. Оно предназначено для наблюдения за больными с эпилептическими припадками, импульсивными действиями, для соматически ослабленных, для больных с отказом от еды и находящимися на принудительном лечении.

Закон о психиатрической ПОМОЩИ

Основной нормативный правовой акт, регулирующий организационные и экономические принципы оказания психиатрической помощи. В Российской Федерации закон о психиатрической помощи, называющийся Законом Российской Федерации «*О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании*», был принят 2 июля 1992 года и получил номер 3185-1.

Закон о психиатрической помощи регламентирует порядок оказания психиатрической помощи, процедуру госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке и применение иных недобровольных мер медицинского характера. В частности, в 3 пунктах 29-й статьи закона приведены основания для госпитализации лица, страдающего тяжёлым психическим расстройством, в психиатрический стационар в недобровольном порядке:

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

Согласно приказу Минздрава РФ «О скорой психиатрической помощи» от 8 апреля 1998 года, основанием для недобровольной госпитализации могут служить не только психотические, но и *аффективные состояния* (к примеру, непсихотическая депрессия), а также психопатоподобные расстройства.

Судебное разбирательство при недобровольной госпитализации в психиатрический стационар не предусматривает осуществления *доказательной процедуры*, то есть приведения фактов и доказательств в суде, обосновывающих вывод о непосредственной опасности госпитализируемого, и допускает лишение свободы и лечение психотропными препаратами лиц, не совершивших противоправных действий.

Права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах (Статья 37.)

- 1) 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.
- 2) 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 атрибуты и литературу;

- 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.

3) 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.

- 
- 4) Платные услуги (индивидуальная подписка на газеты и журналы, услуги связи и так далее) осуществляются за счет пациента, которому они предоставляются.

cards.mail.ru

СПАСИБО!

