

ГБОУ ВПО  
БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ С КУРСОМ ИДПО



# Психиатрический диагноз.

# Методология построения психиатрического диагноза.

УФА, 2015

# I. Теоретические основы клинической психиатрии

Любое психическое расстройство предстает как расстройство личности, обусловленное внутренними и внешними причинами.

В зависимости от методологических и клинических установок исторически определялись различные диагностические направления

- нозологическое
- синдромологическое
- психодинамическое

Они по-своему решают диагностическую проблему, но в каждом из них отмечаются одни и те же тенденции: или признание преимущественно **биологических основ причины психических заболеваний**, или **преувеличение роли социальных и семейных факторов**.

В психиатрии существует два основных крайних направления, рассматривающих проблему соотношения психического здоровья и болезни.

**Нозоцентризм- мышление врача ориентировано на поиск болезни и патологии.**

Проявляется в том, что любой отклоняющийся от ожидаемого признак человеческой психики квалифицируется как признак болезни, симптоматика или синдром.

Доведенное до крайности и абсурда нозоцентрическое мышление во всем многообразии психической деятельности человека находит девиантность, «скрытые» или явные признаки психической болезни.

Подобный подход ведет к так называемой ортодоксальности, патернализму и, в ряде случаев, сочетаясь с гипердиагностикой психических болезней, способствует нарушению прав человека.

**Нормоцентризм- мышление врача ориентировано на поиск только саногенных факторов.**

При таком подходе даже самые отклоняющиеся формы поведения психологизируются, объясняются ситуацией, воспитанием, социальной действительностью и не выводятся за рамки психического здоровья.

*Абсолютизация этого принципа лежит в основе т.н. антипсихиатрии (отрицание вообще психиатрической патологии).*

# Современное отношение к проблеме психического здоровья



## «презумпции психического здоровья»

**никто не может быть объявлен психически больным до тех пор, пока это не будет убедительно доказано и не будет установлен общепринятый диагноз психического расстройства.**

**никто не должен доказывать отсутствие у себя психической болезни и оправдываться.**

*Гражданин изначально для всех (в т.ч. и для государственных органов) психически здоров и не обязан подтверждать это.*

Существует несколько подходов к разграничению психического здоровья и психической болезни, или расстройства:

### **Биологический подход.**

Жизнь человека сводится «к природной целесообразности», т.е. человек должен вести себя так, как это определено природой или Богом.

Примером биологического подхода может явиться разграничение «нормального» или «ненормального» сексуального поведения человека. Если оно направлено не на продолжение рода, а только для получения чувственного удовольствия, появляется возможность диагностировать «сексуальное и психическое нездоровье».

### **Естественно-научный подход.**

При таком подходе возникает готовность к диагностическому заключению по отдельным фактам: например- патология родов, обнаружение на ЭЭГ повышенной судорожной готовности и т.д.

При этом диагностируется не обнаруженная патология, а психическая болезнь.

### **Социальный подход.**

Любое проявление социальной декомпенсации, антисоциальное поведение рассматривается как психическое расстройство. В частности, любая суицидальная попытка трактуется как проявление душевного расстройства или снижение по социальной линии.

### **Экспериментально-психологический подход.**

Тестирование. Пробы. На основе их строятся суждения.

Крупнейшим достижением и достоянием отечественной медицины, в т.ч. психиатрии является нозологический принцип, введенный в 1883 г. Э. Крепелином

**Суть НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ** – стремление к познанию болезней и расстройств в единстве этнологии, патогенеза, клиники, течения, которым соответствует стратегия и тактика лечения и реабилитации.

*Однако, современная психиатрия характеризуется тем, что конкретная этиология известна лишь у небольшого числа нозологически самостоятельных расстройств и болезней. К таковым принадлежат П.П. сифилис мозга, СПИД, травматическая болезнь мозга, фенилпировиноградная олигофрения, алкоголизм, наркомания и др.*

*В то же время, при большинстве психических болезней и расстройств, и аномалий, законченные учения и теории об их этнологии и патогенезе отсутствуют (sch, ері, МДП и др.).*

Результаты мультидисциплинарного познания психических расстройств и болезней позволяют констатировать тот факт, что большинство их могут быть отнесены к одному из четырех родов заболеваний:



Группа эндогенных



Группа экзогенных



Группа психогенных



Группа соматогенных  
психических расстройств

Диагностика психических заболеваний невозможна, прежде всего, без методологического определения понятий.

Различают целый ряд понятий в общем подходе к диагностике душевных заболеваний:

Норма-патология

Здоровье-болезнь

Психоз

Невроз

Расстройства личности

## Определение понятия «норма» (психическая норма)

– наиболее сложна и противоречива.

*Наверное легче говорить о патологии и болезни, чем искать четкое определение нормы.*

Понятие «здоровье» шире, чем понятие «норма», последнее предполагает лишь идеальное состояние оптимального функционирования.

**«Патология» не всегда означает «болезнь».**

*(Например, состояние опьянения II или III степени, где все психические функции патологичны), так как «здоровье» не исключает патологию, не достигающую степени заболевания (например, плохая память, рассеянность).*

Вопрос о разграничении психической нормы и патологии не менее сложен, так как психические функции исключительно многообразны и индивидуальны.

Богатство духовного мира человека отражается в его способностях, поступках, моральных установках, в производственной и творческой активности, жизненной позиции, отношении к себе и окружающей среде, волевом контроле, поведении, в повседневных и сложных ситуациях.

Понятие нормы в значительной мере зависит от исторической эпохи, социальной структуры общества.

Пока нет общепринятых определений психической нормы и психической патологии. Так, по определению ВОЗ, психически здоровым (нормальным) следует считать человека, у которого нормально развиты психические функции, отличается физиологическое, духовное и социальное благополучие, а также сохранена способность адекватной адаптации к окружающей природной и социальной среде, активной производственной и др. деятельности.

При всем этом, это слишком академическое утверждение, и реализовать его в каждом конкретном случае затруднительно.

В психиатрии нередко отождествляют понятия «психическое заболевание» и «психоз». Психозы составляют только часть психических заболеваний и обозначают **выраженные качественные расстройства психической деятельности (бред, галлюцинации, помрачение сознания и т.п.)**.

*К психическим заболеваниям относятся и неврозы, проявляющиеся преимущественно количественными и неглубокими качественными нарушениями психической деятельности (например, фобии, сенестопатии и др.). Их в настоящее время называют **пограничными психическими расстройствами**. Возможны и другие легкие психические расстройства (например, астенический и неврозоподобный синдром) при гипертонической болезни, атеросклерозе; расстройства личности (психопатии, акцентуации), в т.ч. обусловленные органическими поражениями головного мозга, интоксикациями и т.д. С.С. Корсаков в свое время писал, что психиатрия представляет собой учение о душевных расстройствах вообще, а не только о выраженных психозах.*

# Критерии психического здоровья по ВОЗ

Осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я».

Чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях.

Критичность к себе и своей собственной психической деятельности и ее результатам.

Соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям.

Способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами.

Способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать это.

Способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.



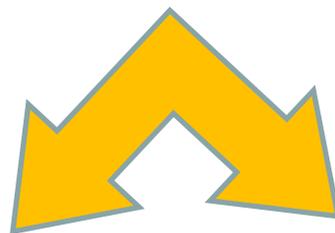
Таким образом,

**Психическое расстройство- сужение,  
исчезновение или извращение  
критериев психического здоровья.**

## II. Алгоритмы (этапы) построения психиатрического диагноза

### Методология построения клинической диагностики

1) этапности, развернутости во времени;



2) Направленности  
-от частного к общему,  
-от внешнего к внутреннему,  
-от случайного к сущностному,  
-к причинно-следственным отношениям,  
-от познания к практике, как единственному критерию истины.

***Нарушение этих правил ведет к диагностическим ошибкам.***

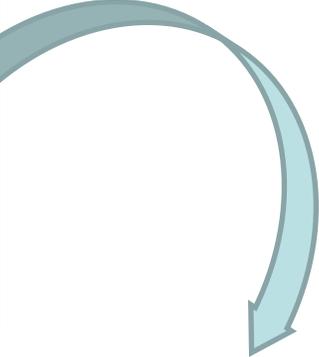
# Этапы психиатрической диагностики

## I этап

### Выделение признаков болезни (симптомов)

*Признак болезни - понятие клиническое, он связан с непосредственным восприятием врачом отдельных свойств и качеств у конкретного пациента, с оценкой их адекватности и соответствия норме.*

Выделение отдельных признаков отражает эмпирический, чувственный уровень познания. Однако, не каждый признак является симптомом, а только признак - при установлении его причинно-следственной связи с патологией.



изолированно симптом не существует, он всегда связан с конкретной причиной.  
*Например: склеротическое изменение сосудов головного мозга- снижение памяти, головокружение, бессонница.*

# Этапы психиатрической диагностики

## II этап

Классификация, группирование симптомов

познание их взаимосвязи, т.е. они подвергаются клиническому анализу, терминологическому типированию и систематизации.

## III этап

Формирование представления о синдромогенезе

на этом этапе психопатологические синдромы клинического уровня сопоставляются с синдромами соматического, неврологического, иммунологического, метаболического и др. уровней и формируют клиническую картину болезни и строится гипотеза о нозологии.

# Этапы психиатрической диагностики

## II этап

Классификация, группирование симптомов

познание их взаимосвязи, т.е. они подвергаются клиническому анализу, терминологическому типированию и систематизации.

## III этап

Формирование представления о синдромогенезе

на этом этапе психопатологические синдромы клинического уровня сопоставляются с синдромами соматического, неврологического, иммунологического, метаболического и др. уровней и формируют клиническую картину болезни и строится гипотеза о нозологии.

# Этапы психиатрической диагностики

## IV этап

### Уточнение

на основании диагностической гипотезы идет уточнение как клинических, так и патоклинических феноменов, т.е. сопоставление причинно-следственных связей с возможными этиопатогенетическими факторами- эндогенными, экзогенными, психогенными, личностными, которые позволяют не только произвести завершающую диагностику, ДД, но и выстроить обоснованную терапевтическую тактику.

## V этап

### Синдромокинез

происходит анализ особенностей видоизменения симптоматики (усиление или ослабление, смена ведущего симптома) в процессе течения и лечения заболевания.

## VI этап

### Синдромотаксис

уточнение по данным катamnестического наблюдения, возможные изменения личности, определяется прогноз, социально-реабилитационные мероприятия.

# III. Синдромы психических расстройств и их диагностическое значение

*психическая болезнь проявляется не  
единичным симптомом, а их набором,  
совокупностью, т.е. синдромом.*

характера и тяжести  
повреждения головного  
мозг

Синдром  
характеристика

рода заболевания

- ✓ экзогенного
- ✓ эндогенного
- ✓ психогенного
- ✓ соматогенного происхождения

# Все симптомы и синдромы в отечественной психиатрии

Продуктивные

подразумевают появление новых, не свойственных для нормальной психики свойств, качеств, признаков, состояний, симптомов и синдромов  
(например: неврастенический, аффективный, паранойяльный и др.).

Негативные  
(дефицитарные)

характеризуются снижением или утратой отдельных свойств, качеств, функций, черт характера или в целом изменением личности  
(например: утрата энергетического потенциала, апатия, абулия, изменение продуктивности мышления, изменение личности).

# Соотношение продуктивных и негативных симптомов и синдромов

## Негативные могут предшествовать

*например: изменение эмоций, воли, энергетического потенциала, характерологические изменения при шизофрении – предшествовать параноидной симптоматике.*

## Негативные симптомы сосуществуют с позитивными

*(при той же шизофрении) или целиком состоят из негативных (простой вариант шизофрении).*

Негативной симптоматикой завершаются некоторые эндогенные и экзогенно-органические заболевания.

Негативные симптомы считаются более специфическими чем продуктивными и определяют нозологию

*(например шизофрения), а продуктивные – при всех заболеваниях.*



Снежневский А.В.  
(1904-1987)

По нарастанию степени тяжести болезни, выделял 9 групп поражения мозга, каждая из которых объединяет ряд позитивных и негативных синдромов.

Чем глубже уровень поражения мозга, тем большим полиморфизмом отличается клиническая картина болезни, тем иерархически более высокое положение занимает группа в этой схеме, т.к. при этом в структуру болезни входят синдромы, свойственные и более поверхностным уровням поражения.

*Например: при шизофрении может быть не только бред, галлюцинации, симптом психического автоматизма, но и аффективные, невротические и другие симптомы. Или же, в картине психоорганического поражения мозга могут наблюдаться не только нарушение уровня личности, но и шизофреноподобные, эпилептиформные, астенические и другие симптомы.*

Такой подход нередко помогает в диагностике тех случаев, которые принято называть диагностически сложными.

# Значимость отдельных симптомов в структуре психопатологического синдрома

**Ведущие симптомы** - характеризуют принадлежность данного синдрома к определенной группе.

Возьмем к примеру – депрессивный синдром классической группы. Ведущим симптомом здесь будет симптом витальной тоски. Без этого симптома депрессивный синдром классического типа не существует.

Характерной чертой ведущих симптомов является то, что при становлении синдрома они появляются раньше других симптомов, а при обратном развитии синдрома исчезают в последнюю очередь.

В тех случаях, когда в качестве ведущего выступает лишь один симптом, синдром носит название простого (малого).  
*К простым относятся сенестопатоз, паранойяльный, астенический и некоторые другие синдромы.*

В тех случаях, когда ведущих симптомов два или более, синдром называется сложным (большим).  
*К сложным относятся: «Большой наркоманический синдром» при алкоголизации, параноидный, парафренный, аффективно-параноидный, кататонический и др.*

# Значимость отдельных симптомов в структуре психопатологического синдрома

**Обязательные симптомы** - как и ведущие имеют прямое отношение к патогенетическим механизмам развития болезни. Они дают возможность выделить из группы синдромов конкретный синдром.

Например: как было сказано ведущий симптом- витальная тоска- позволяет отнести болезнь к группе депрессивных синдромов, а обязательные симптомы – гипокинезия и замедление темпа мышления позволяет выделить его в самостоятельный вариант, назвать его «депрессивный синдром классического типа» и дифференцировать с иными депрессивными состояниями, например, с ажитированной депрессией. Ведущие и обязательные симптомы относятся к существенным признакам синдрома.

# Значимость отдельных симптомов в структуре психопатологического синдрома

**Дополнительные симптомы** - характеризуют признаки, которые закономерно встречаются в рамках определенного синдрома, но могут и отсутствовать.

Свидетельствуют об определенной тяжести патологического процесса, степени его клинической выраженности.

*Так, галлюцинозные бредовые идеи при пониженной самооценке, суицидальные мысли, намерения и действия, являясь дополнительными симптомами в структуре депрессивного синдрома классического типа, указывают на его психотический уровень, особую тяжесть, позволяют отличить от непсихотического субдепрессивного синдрома и являются клиническим показанием для применения медико-социальных мер, в частности, недобровольной госпитализации.*

**Факультативные симптомы** - имеют еще меньшую связь с базисным патогенезом и относятся к атипичным признакам.

*Например, появление в структуре субдепрессивного синдрома таких факультативных симптомов, как вегетативная дистония, обсессии, сенестопатии, позволяют отнести его атипичному варианту.*

# Позитивные (продуктивные) синдромы

1. **Невротические синдромы**- это психопатологические картины, при которых наблюдаются расстройства, свойственные неврастении, неврозу навязчивых состояний или истерии.

Варианты:

**а) Астенический синдром (астения)** – состояние повышенной раздражительности, утомляемости, быстрой истощаемости, с неустойчивостью настроения, сочетающиеся с вегетативными расстройствами и нарушением сна.

Астенический синдром встречается при многих соматических и психических заболеваниях экзогенно-органической природы (интоксикационных, инфекционных и др.).

**б) Obsessivный синдром**- психопатологическое состояние с преобладанием явлений навязчивости (obsessii). Часто сопутствует субдепрессивное настроение и вегетативные расстройства.

В своей структуре имеет: навязчивые воспоминания, представления, навязчивый счет, навязчивые сомнения, навязчивые страхи (фобии), навязчивые действия (ритуалы).

**в) Истерический синдром**- симптомокомплекс неврологических, психических, вегетативных, сенсорных и двигательных нарушений.

При неврозах, шизофрении, травмах и др.

# Позитивные (продуктивные) синдромы

**2. Психопатологические синдромы**- могут быть обусловлены как врожденными предпосылками или как возникающие в результате психической болезни – психопатизация – изменение склада личности.

*Проявляется психической дисгармонией, преимущественно эмоционально-волевой сферы (неадекватностью реакции на внешние воздействия и на свое состояние).*

Вариант:

**Гебоидный синдром**, как разновидность психопатоподобного синдрома.

*Синонимы: криминальный гебоид, паратимия- это психопатическое или психопатоподобное состояние с искажением психологических свойств пубертатного периода.*

*Характеризуется выраженным эмоциональным изменением (нравственное огрубение, аффективная тупость), психическим инфантилизмом, расторможенностью низших влечений (сексуальные правонарушения, алкоголизация, наркотизация, воровство).*

*Им присущи грубость, брутальность, жестокость, неприязнь, высокомерие по отношению к близким, и вообще, к людям). Встречается при шизофрении, психопатиях.*

# Позитивные (продуктивные) синдромы

## 3. Аффективные синдромы

### депрессивные синдромы

в основе депрессивных синдромов лежат: депрессия, замедление ассоциаций и речедвигательная заторможенность.

Варианты:

1. **Ипохондрическая бредовая депрессия.**
2. **Тревожно-ажитированная депрессия.**
3. **Скрытая (соматизированная) депрессия.**
4. **Сенестопатическая депрессия.**
5. **Параноидная депрессия** (шизофрения).
6. **Синдром Котара** (сочетание тревожно-ажитир. д. + ипохондрически- бредовой депрессией).
7. **Меланхолический раптус** (буйство).

### маниакальные синдромы

в основе: эйфория + ускорение ассоциаций + речедвигательная расторможенность.

Варианты:

1. **Веселая мания** (МДП).
2. **Гневливая мания** (МДП).
3. **Маниакальная спутанность** (МДП).
4. **Мания с дурашливостью** (шизофрения).

# Позитивные (продуктивные) синдромы

## 4. Синдромы деперсонализации и дереализации

Деперсонализационные синдромы.

Варианты:

**а) Невротические** (есть сознание болезни и критика (невротизм)).

**б) Аутопсихическая деперсонализация** (расщепление «Я») (шизофр.)

**в) Соматопсихическая деперсонализация** (расстройство «схемы тела»- при органических заболеваниях).

Дереализационные синдромы:

Варианты:

**а) синдром de jactu**

**б) синдром de jamais vu**

# Позитивные (продуктивные) синдромы

## 5. Галлюцинаторно-бредовые синдромы

### Галлюцинаторные

Варианты:

- а) Галлюциноз** - состояние непрерывного галлюцинирования с наплывом одного вида галлюцинаций;
- б) Псевдогаллюциноз**
- в) Острый галлюцинаторный синдром** (при алкоголизации);
- г) Хронический галлюциноз** (шизофрения, алкоголизация);
- д) Зрительный галлюциноз**
- е) Галлюциноз Бонне** (у пожилых при полной или частичной слепоте): цветные зрительные.
- ж) Тактильный галлюциноз**
- з) Обонятельный галлюциноз**

### Бредовые

Варианты:

- а) Паранояльные** синдромы – острый, хронический;
- б) Параноидные синдромы** бредовый вариант галлюцинаторный вариант;
- в) Парафренические** синдромы
  - экспансивный бред
  - систематизированная парафрения
  - фантастическая парафрения
  - конфабуляторная парафрения
  - галлюцинаторная парафрения
- г) Синдром Кандинского-Клерамбо.**
- д) Синдром Капгра**
- е) Бред метаморфозы**- убеждение в полном физическом и психическом перевоплощении;
- ж) Депрессивно-параноидный синдром**

# Позитивные (продуктивные) синдромы

## 6. Синдромы двигательных расстройств

Варианты:

**а) Ступор** (ступорозные синдромы)

1. аффективные (шоковая реакция);
2. кататонический;
3. депрессивный;
4. галлюцинаторный;
5. апатический (астен.);
6. алкогольный (при болезни Гайе-Верн.).

**б) Синдромы психомоторного возбуждения:**

1. синдром маниакального возбуждения;
2. синдром кататонического возбуждения;
3. синдром гебефренно-кататонического возбуждения;
4. синдром импульсивного возбуждения.

**в) Кататонический синдром** (ступор- кататоническое возбуждение);

**г) Гебефренный синдром** (дурашливость).

# Позитивные (продуктивные) синдромы

## 7. Синдромы помрачения сознания

- ✓ синдром растерянности;
- ✓ синдром оглушения;
- ✓ синдром обнубиляции;
- ✓ синдром сомноленции;
- ✓ синдром сопорозный;
- ✓ синдром коматозный;
- ✓ синдром делириозный;
- ✓ синдром онейроидный;
- ✓ синдром аментивный;
- ✓ сумеречные состояния сознания;

# Позитивные (продуктивные) синдромы

## 8. Эпилептиформные синдромы

9. Психорганический синдром - это симптомокомплекс нарушения интеллекта, памяти, аффективной сферы + астения.

Варианты:

- а) астенический;**
- б) эксплозивный;**
- в) депрессивный;**
- г) апатический.**

Различают:

острый (энцефалопатия Гайе-Вернике) и хронический (Корсаковский синдром).

Встречаются при алкоголизме, интоксикациях, травмах, сосудистых, инфекционных психозах.

**10. Корсаковский синдром (амнестический)** – это совокупность фиксационной, ретроградной амнезии, конфабуляций, амнестической дезориентировки.

**11. Псевдопаралитический синдром** – сочетание психических и неврологических синдромов, характерных для прогрессивного паралича:

- резкое снижение критики;
- глубокое нарушение уровня суждения;
- мнестические расстройства, тупая эйфория, аффективность.

*А со стороны ЦНС – анизокория, ослабление реакции зрачков на свет, нарушение аккомодации, отсутствие брюшных, коленных, ахилловых рефлексов. Но при этом отрицательные серологические реакции на сифилис.*

**12. Псевдодементный синдром** (в сочетании с пурелизмом). При истерических расстройствах.

**13. Лобный синдром** – сочетание признаков тотального слабоумия с аспонтанностью или расторможенностью (беспечность, дурашливость со склонностью к неуместным шуткам (встречается при болезни Пика, опухолях мозга, ЧМТ).

# Негативные (дефицитарные) синдромы

## 1. Реактивная лабильность (синдром)

Выражается в форме субдепрессивных эпизодов, в самых общих чертах, определяя их как «волнение», «переживание», «опасение», «нетерпение», «сомнение» и т.д., пациенты и окружающие их люди не расценивают их как болезненные.

Кроме реактивной субдепрессии могут наблюдаться эпизоды реактивной гипомании. До этого молчаливый и не привлекающий к себе внимания человек оживляется, его мимика и движения становятся экспрессивными, речь убыстряется. Но, нет веселого настроения, в гипомании больше взбудораженности.

## 2. Астенический личностный сдвиг.

Это расстройство представляет более глубокую степень дефицитарных нарушений. Это, по сути, астенический синдром- повышенная чувствительность, легкая истощаемость психической деятельности, раздражительность.

# Негативные (дефицитарные) синдромы

## 3. Стенический тип изменения личности.

Здесь преобладает повышенная, часто не знающая утомляемости, работоспособность в самых различных сферах человеческой деятельности: предприимчивость, уверенность в себе, оптимизм, настойчивость, толерантность к отрицательным событиям текущей жизни.

## 4. Психопатоподобный сдвиг личности.

Обычно при раннем начале болезни, при вялом течении болезни (например шизофрении) или регрессиентном течении.

## 5. Снижение энергетического потенциала.

Стойкое падение трудоспособности, продуктивности в работе, особенно приобретение новых знаний, творческих возможностей.

Наблюдается не только при шизофрении (как принято считать), но и при сосудистых, инфекционных, соматических заболеваниях.

# Негативные (дефицитарные) синдромы

## 6. Снижение уровня личности.

Сочетание изменения личности со снижением энергетического потенциала (при органических заболеваниях).

## 7. Регресс личности.

Частичная или полная утрата прежних навыков и знаний со снижением или утратой критического отношения к своему состоянию (старческое слабоумие, б. А, б. П.). Таким образом, перечисленные формы негативных расстройств, встречаются и при эндогенных и при соматически обусловленных психических заболеваниях.

## 8. Форма амнезии.

Среди различных форм амнезий истинно дефицитарный и необратимый характер имеет только прогрессирующая амнезия (б. А, б. П.)- то есть нарастающая, когда нет закономерности Рибо – болезненного оживления прошлого.

# Негативные (дефицитарные) синдромы

## 9. Слабоумие (приобретенное).

**Деменция** - как результат органического поражения мозга.

Различают:

а) простую деменцию, когда только негативное, выпадение;

б) психотические формы слабоумия:

- простая (негативное слабоумие) + продуктивные (психопатологические) расстройства.

- чем слабоумие легче, тем продуктивных больше;

- чем слабоумие глубже, тем продуктивные беднее.

*Например: при глубоком (тотальном) слабоумии продуктивные исчезают. В качестве иллюстрации можно привести слабоумие при органических заболеваниях и слабоумие при шизофрении.*

*Как известно, при органических заболеваниях более глубоко страдает интеллект- знания, навыки, умения. Поэтому мало психотических расстройств.*

*При шизофрении у больного есть и знания, и навыки, и умения, но утрачивается возможность пользоваться ими, ввиду характерных эмоционально-волевых нарушений. И поэтому у больных шизофренией - множество психотических нарушений. При шизофрении более подходит термин не слабоумие, а шизофренический дефект.*

*Различают еще синдром тотальной деменции и синдром лакунарной деменции, **синдром маразма**, т.е. полного распада психической деятельности. а также синдром олигофрении.*

В практической работе мы пользуемся понятиями – «ремиссия», «неполная ремиссия», «дефектное состояние», «конечные состояния».

«Ремиссия» - более подходит применительно к эндогенным психозам шизофрении и МДП.

Ремиссия- это приостановление развития, динамики болезненного процесса. Она бывает чаще терапевтической, иногда - спонтанная, зависит от клиники, типа течения.

Полная

Неполная

Дефект

Ремиссии в виде клинического выздоровления (полная ремиссия), и с признаками дефекта (неполная ремиссия) большинство психиатров не считают показателями прекращения шизофренического процесса.



астенический дефект;  
синдром соматопсихической хрупкости;  
синдром дезорганизации  
целенаправленной активности;  
апатико-абулический синдром;  
параноидный синдром;  
синдром монотонной активности и  
ригидности аффекта;  
психопатоподобный синдром;  
аутистический синдром;  
ипохондрический синдром;  
смешанный синдром.

Конечным (исходным) состоянием принято считать дефект как остаточное (резидуальное) явление, как заключительное последствие перенесенной болезни.

простое слабоумие;

галлюцинаторное слабоумие;

параноидное слабоумие;

дурашливо-банальное слабоумие;

негативистическое слабоумие

Основная часть психических расстройств в МКБ-10 представлены в виде своеобразных синдромальных рубрик.

Вместо термина «болезнь», «заболевание» в МКБ-10 введен термин «расстройство». Оно указывает, прежде всего, на определенную дисфункцию, отклонение от нормы, и, надо отметить, не всегда находящее этиопатогенетическое объяснение.

# Деонтологические аспекты психиатрической диагностики

В диагностическом плане психиатрия является одной из наиболее сложных клинических медицинских дисциплин. Связано это с целым рядом как объективных, так и субъективных факторов.

к числу объективных можно отнести видоизменение клинической картины психических заболеваний, фабулы психических расстройств, возможность симуляции и диссимуляции душевных расстройств, отсутствие способов верификации диагноза, невозможность в некоторых случаях непосредственно наблюдать острое психотическое расстройство и получить объективные сведения.

субъективные факторы базируются в первую очередь, на личностных качествах врача- исследователя, уровне развития его профессиональных знаний и навыков, добросовестности, особенностях характера и даже его моральном облике, интеллигентности и широте мировоззрения, житейских установок, образованности.

# Деонтологические аспекты психиатрической диагностики

Нам известно из истории, что отношение общества к душевным болезням и душевно больным не всегда менялось только в позитивном плане, но и немало было периодов негативных отношений. И еще, что в одну эпоху считалось нормальным проявлением, в другой более цивилизованной- воспринималось как патологическое проявление психики, поведения.

Психические болезни качественно отличаются от любых иных, так как в их структуре тесно переплетаются общие закономерности болезненного процесса и сугубо индивидуальные особенности человека.

Важное значение имеет уровень развития интеллекта, умение выражать свои переживания, свойства памяти и восприятия, эмоциональность. Не последнюю роль играют возрастные особенности психики.

Считается, что каждый человек - дитя своего времени, своей эпохи, в том смысле, что он живет интересами современников, находится в гуще событий, разбирается в новейших научно-технических открытиях, следует нормам морали, общества, принятым в том обществе, где он проживает.

Психические болезни всегда идут в ногу со временем. Это касается содержания, фабулы, в целом психопатологии. Так, до развития космонавтики космическая тема редко звучала в устах больных, ее заменяла религиозная тематика.

# Деонтологические аспекты психиатрической диагностики

В любой психопатологии можно усмотреть общечеловеческие переживания. Например, отсутствие возможности уединения при постоянной публичности может явиться причиной возникновения серьезных психических отклонений: идеи отношения у телевизионщиков – ведущих.

Известно, что в условиях длительной изоляции (создается депреация информации) нередко появляются переживания «открытости мысли», галлюцинаторные расстройства (результат оживления внутренней информации).

Люди, религиозно-настроенные часто убеждены в том, что находятся под постоянным наблюдением «всевидящего ока»- Бога.

Таким образом, во избежание диагностических ошибок необходимо учитывать и такие факторы, как религиозность человека, депривации, например: ситуационные моменты и т.д.

Диагностические ошибки в клинической психиатрии нередко связаны с игнорированием этнической принадлежности, культурных особенностей, языковым барьером (незнанием языка, объяснение через переводчика). Ошибки могут появиться в связи с нетерпимым отношением общества к душевно больным или просматриваться- когда чрезмерная терпимость.

ГБОУ ВПО  
БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ С КУРСОМ ИДПО



# Психиатрический диагноз.

# Методология построения психиатрического диагноза.

УФА, 2015