**МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ**

Тема: Предмет, задачи и основные направления развития психиатрии. Организация психиатрической помощи. Теоретические основы психиатрии.

Цель занятия: Закрепить теоретические знания студентов по организации психиатрической помощи.

**Студент должен знать**: Предмет и задачи психиатрии, ее отношение к другим разделам медицины и психологии. Основные этапы развития и ведущие направления в психиатрии. Отношение к психически больным в разные исторические эпохи. Основные положения Закона "О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании (введен в действие 01.01.93).

Деонтология в психиатрии, отношение к врачебной тайне. Показания к госпитализации психически больных. Условия и порядок добровольной и недобровольной госпитализации. Диспансерное наблюдение при различных психических заболеваниях, порядок установления и прекращения. Консультативное амбулаторное наблюдение.

Этиология психических заболеваний, понятие причины и провоцирующего (Гх фактора, дизонтогенез и преморбидные особенности личности. Факторы риска возникновения психических заболеваний. Критические возрастные периоды (в том числе климакс).

**Студент должен уметь:** соблюдать правила поведения в психиатрическом стационаре.

**Содержание занятия**

***Каждый студент обязан знать следующее.***

Перед тем, как начинать самостоятельно работать с психически больными (собирать анамнез и выявить психопатологию), студенты должны знать общие правила работы с ними. Этим самим достигается профилактика неадекватных действий больных по отношению к студентам. Обычно во время курации студенты беседуют с больными, которые длительно получают психотропные препараты и готовятся к выписке.

Поэтому особой опасности для студентов они не представляют. В то же время, психическое состояние таких больных даже на фоне проводимого лечения может не предвидено меняться. И тогда возникает опасность нежелательных действий больных по отношению к студентам. Поэтому перед началом самостоятельной работы с больными студенты должны знать следующее;

1. Необходимо быть вежливым с больными независимо от состояния и поведения последних, ко всем следует обращаться на «Вы» и по имени отчеству.
2. Не следует вступать с ними в разговоры, касающиеся диагноза их болезни и сроков выписки. По этим вопросам порекомендовать, им обратиться к своему лечащему врачу.
3. Не вести в присутствии больных разговоров на медицинские темы, особенно касающиеся их болезни, беседовать с ними в серьезном, доброжелательном тоне.
4. Не вышучивать высказывания больных, не смеяться над ними, не вступать пререкания, быть всегда уважительными к ним.
5. Во время курации студенты должны исходить из четкого плана беседы с больными.
6. При отвлекаемости последних следует, не допуская резкости направить разговор на нужную тему.
7. Студенты должны держаться спокойно, уверенно, без тени испуга на лице и одновременно внимательно следить за мимикой и поведением больных.
8. Не следует подвергать сомнению бредовые высказывания больных, но нельзя так, же и соглашаться с ними.
9. В первом случае у них можно вызвать негативную реакцию в плане их раздражения и недовольства.
10. А во втором укрепить веру больных в своей правоте. Таким высказываниям у студентов должно быть нейтральное отношение. Им следует воздерживаться от разговоров о том, что может вызвать нежелательную реакцию больных.
11. Не следует без ведомо преподавателя, выполнять просьбы больных.
12. Нельзя им давать невыполнимых обещаний и тем более обманывать. Можно им принести газету, журнал, бумагу для письма, угостить чем-нибудь.
13. Ни в коем случае нельзя передавать больным стеклянные и металлические предметы (банки, лезвия, булавки и т. п.), так как больные могут их использовать и совершить агрессию или суицид.
14. Не следует у них, что-либо брать. Особенно это касается писем больных, которые они могут писать в самые различные инстанции. Но если студент все -таки взял такое письмо, то оно обязательно должно быть передано преподавателю или лечащему врачу.
15. Запрещается вне больницы сообщать кому-либо сведения о больных. В этом плане должна соблюдаться врачебная тайна. Побеседовав с больными, надо их поблагодарить, пожелать выздоровления и проводить в отделение.
16. Следует отметить, что чаще опасных действий следует ожидать от больных шизофренией и эпилепсией. И иногда от больных инволюционными и сосудистыми психозами, психопатических личностей.

Из психопатологических синдромов и симптомов чаще сопровождаются агрессивными действиями следующие:

* Различные виды психомоторного возбуждения: бредовые, маниакальные, кататоническое, психопатическое и др.
* Депрессивный синдром с дисфорией.
* Синдромы помраченного сознания: делирий, сумеречные состояния.
* Бредовые идеи преследования.
* Императивные галлюцинации.
* Нелепое поведение
* Психопатоподобное поведение, с гневливостью и конфликтностью
* Гиперсексуальность.

В случае обнаружения признаков возможности агрессивных действий (выражение злобности на лице, психомоторное беспокойство) необходимо прекратись беседу, и обратиться за советом к преподавателю.

**Общие положения.**

Психиатрия - медицинская дисциплина, занимающаяся изу­чением диагностики и лечения, этиологии, патогенеза, распрост­раненности психических болезней и организации психиатричес­кой помощи населению.

Психиатрия (греч. psyche — душа, iatreia — лечение) в букваль­ном переводе означает лечение души. Это не соответствует нашим современным понятиям о психических заболеваниях. Чтобы по­нять происхождение этого термина, следует обратиться к истории формирования человеческого мировоззрения. В давние времена человек видел окружающие явления и предметы и наделял каж­дый из них душой Смерть, сон казались первобытному человеку непонятными и необъяснимыми. Считалось, что во сне душа вы­ходит из тела, где-то бродит, видит разные события, участвует в них и это видит человек во сне. Считалось, что будить спящего нельзя, так как душа может не успеть вернуться. В тех случаях, когда душа отлучалась и не возвращалась, человек умирал.

Эти воззрения подвергались критике еще в Древней Греции. В тот период делается попытка связать психические переживания и психические заболевания с тем или иным органом человеческого тела. Так, у древних греков органом любви считалась печень и на древних скульптурах бог любви стрелой излука пробивает печень, и только на более поздних изображениях органом любви стано­вится сердце, пронзенное стрелой Амура.

Можно думать, что термин «психиатрия» возник именно тог­да, когда все живое, и человек в том числе, наделялось душой.

Психиатрия — это медицинская специальность, являющаяся частью клинической медицины. Для изучения психических забо­левании наряду с основными методами клинической медицины (осмотр, пальпация и аускультация) используются основные при­емы для выявления и оценки психического состояния — наблюде­ние за больным и беседа с ним.

При наблюдении за больным можно обнаружить своеобразие его поступков и поведения, которые обусловлены психическими нарушениями. Например, больной может затыкать уши или нос при слуховых или обонятельных галлюцинациях. При обонятель­ных галлюцинациях больные могут заклеивать окна, вентиляци­онные отверстия, чтобы газ, который якобы пускают соседи, не проникал в квартиру. Больные могут совершать непонятные ок­ружающим движения, являющиеся ритуалами и освобождающие их от навязчивых страхов: идя по улице, они стремятся перешаги­вать через трещины на асфальте, «чтобы не случилось беды», или бесконечно моют руки при страхе загрязнения, ездят определен­ным маршрутом, пересаживаются из одного вида транспорта в другой, спасаясь от «преследователей».

При беседе больной может сообщить врачу о своих пережива­ниях, опасениях, страхах, плохом настроении, объяснить непра­вильное поведение, высказать неадекватные ситуации суждения и бредовые переживания.

Большое значение для оценки состояния больного имеют све­дения о его прошлой жизни, отношение к происходящим событи­ям, взаимоотношения с окружающими. Часто при этом выявляют­ся болезненные трактовки событий и явлений, и тогда речь идет не столько об анамнезе, сколько о психическом состоянии больного.

Для оценки психического состояния существенную роль игра­ют данные объективного анамнеза, сведения, полученные от род­ственников больных и окружающих лиц.

Врачам иногда приходится встречаться с отрицанием болезни не только самим больным (анозогнозия), но и его близкими родст­венниками. Это наиболее часто наблюдается именно при таких психических заболеваниях, как эпилепсия, олигофрения, шизо­френия. Известны случаи, когда родители больного, достаточно образованные люди и даже врачи, как бы не видят явных призна­ков болезни. Некоторые из них, несмотря на отрицание факта бо­лезни, соглашаются на проведение необходимой терапии. В этих случаях врач обязан проявлять максимальную гибкость и такт и, исходя из интересов больного, проводить лечение, не уточняя ди­агноза, не настаивая на нем, не убеждая ни в чем родственников.

Большие трудности возникают в тех случаях, когда родствен­ники, отрицая болезнь, отказываются от проведения необходи­мого лечения, что приводит к утяжелению симптоматики и пере­ходу заболевания в хроническое течение.

Особенностью психических заболевании является длитель­ность их течения. Если соматическое заболевание часто является эпизодом в жизни больного, то психические болезни продолжают­ся годы, а иногда и всю жизнь. В связи с этим возникают социаль­ные проблемы: трудоустройство больного, перенесшего приступ болезни, улучшен не жилищных условии и нормализация семейных отношений, взаимоотношения с окружающими его людьми и т.д.

В процессе оценки психического заболевания и его последст­вий большую роль играет личность больного, уровень зрелости личности, ее сформировавшиеся характерологические особенно­сти. Роль личности наиболее отчетливо выявляется при психоген­ных заболеваниях, именно особенностями личности обусловле­ны, как правило, клинические варианты неврозов.

Психиатрия является клинической медицинской дисциплиной, между соматическими заболеваниями и психическими нарушения­ми имеются тесные связи. Любая соматическая болезнь оказывает влияние на личность больного и его психическую деятельность. Иными словами, психические нарушения при соматических забо­леваниях складываются из психических соматогенных расстройств и реакций личности на болезнь. Выраженность их при разных забо­леваниях неоднозначна. Так, при сосудистых заболеваниях: гипер­тонической болезни, атеросклерозе, эндокринных заболеваниях — решающая роль принадлежит соматогенному фактору. При заболе­ваниях, в результате которых наблюдаются дефекты лица, обезобра­живающие рубцы, обычно более выражены реакции личности.

Реакции личности на болезнь зависят от многих факторов: 1) ха­рактера заболевания, остроты его и темпа развития; 2) представле­ния об этом заболевании у самого больного; 3) характера лечения и психотерапевтической обстановки; 4) личности больного; 5) отношения к болезни родственников и сослуживцев, т.е. общественного резонанса, который вызывает это заболевание.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПСИХИАТРИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ И ДРУГИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Любой врач, в какой бы области медицины он ни работал, ка­кую бы специальность ни избрал, непременно должен исходить из того, что имеет дело прежде всего с живым человеком, лично­стью со всеми ее индивидуальными особенностями. В наиболее целостном понимании больного врачу помогут знания по психи­атрии, в особенности пограничной.

Знание психиатрии необходимо каждому врачу: подавляющее число психически больных в первую очередь обращаются не к психиатрам, а к представителям другой медицинской специально­сти, причем часто проходит весьма значительный период времени, прежде чем такой больной попадает под наблюдение психиатра.

Особенно часто врач общего профиля имеет дело с лицами, страдающими неврозами и психопатиями — «малыми» формами психических отклонений, которыми и занимается «малая», или пограничная, психиатрия.

Пограничная психиатрия, отмечал видный советский психиатр О.В. Кербиков, это как раз та область, в которой наиболее необходим контакт психиатра с врачами общего профиля, находящимися, можно сказать, на переднем крае охраны психического здоровья населения.

Знание психиатрии в целом и пограничной в особенности по­может врачу избежать неправильного обращения с больным, свя­то следовать наказу, с которым обращался к коллегам еще Гиппо­крат: «Не вреди». Неправильное обращение с больным, что может выразиться не только в пугающих больного словах, но в мимике и жестах, способно вызвать так называемую ятрогению (о чем в учебнике будет написано подробно) — болезнь, невольно вызван­ную врачом. При этом самое опасное заключается в том, что врач не сможет сделать выводы из своих ошибок, ибо «больной, кото­рому врач причинил своим неправильным поведением вред, ни­когда больше к нему не обратится» (Бумке О.).

Врач не только должен вести себя правильно сам, но и следить за поведением сестры, обучать ее, так как болезнь может вызвать и медицинская сестра (сорророгения), не соблюдавшая правил деонтологии.

Чтобы избежать ненужного травмирования больного, врач должен уяснить себе, как его пациент относится к своей болезни, какова его реакция на нее (то, что называется внутренней карти­ной болезни).

Врачи общей практики нередко первыми встречаются и с пси­хозами в их самой начальной стадии, когда болезненные проявле­ния еще не очень выражены, не слишком заметны.

С начальными проявлениями может столкнуться врач любого профиля, особенно если начальная психопатология внешне на­поминает какое-то соматическое заболевание. Более того, иногда и выраженные психические нарушения «стимулируют» то или иное соматическое заболевание, что может касаться, в частности, разнообразной ипохондрической симптоматики (когда больной твердо «убежден», что у него рак, сифилис, какой-то безобразя­щий его физический недостаток, и категорически требует соот­ветствующего специального или хирургического лечения), исте­рических расстройств (истерическая слепота, глухота, параличи и т.д.), скрытой (соматизированной, ларвированной) депрессии, протекающей под маской соматического заболевания, и др.

Любой, но гораздо чаще общего профиля, врач может попасть в ситуацию, когда требуется оказание ургентной (неотложной) психиатрической помощи: купировать состояние острого психо­моторного возбуждения (например, у больного с белой горячкой), сделать все необходимое при возникновении эпилептического статуса, при попытках к самоубийству и т.д.

Врачи общего профиля, так же как и каждый из представите­лей какой-то другой медицинской специальности, должны уметь подойти к психически больному, войти с ним в контакт для его соматического обследования (неврологического, хирургического, офтальмологического или любого другого), которое может быть необходимо для больного как в амбулаторных, так и в стационар­ных условиях. В первую очередь это касается общетерапевтичес­кого обследования, которому должен подвергнуться каждый вновь поступающий психически больной; делать это необходимо и в дальнейшей динамике заболевания.

Врачи всех профилей должны хорошо знать и соматогенные психические нарушения, возникающие в связи с патологией вну­тренних органов и систем, их начальные проявления, динамику, возможные опасные последствия (внезапное резкое возбуждение, попытки выпрыгнуть из окна и т.д.).

Каждый врач должен также знать, что, помимо соматогенной психической патологии, существуют и психосоматические расст­ройства — соматические заболевания, обусловленные воздействи­ем психотравмирующих факторов.

Достаточные представления о взаимовлиянии психических и соматических заболеваний несомненно будут способствовать не только точной диагностике, но и проведению наиболее адекват­ного лечения.

Наконец, врач должен обладать достаточными знаниями, что­бы бороться с разного рода вредными суевериями, деятельностью шарлатанов от медицины, самозванных «целителей», часто при­носящих большой вред больному, вплоть до возникновения тяже­лых психических расстройств. В этом ему во многом поможет знание психиатрии.

Литература:

1. Уч. психиатрии М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, 2002 г.
2. Уч. психиатрии Н.М.Жариков, Ю.Г. Тюльпин, 2009 г.