

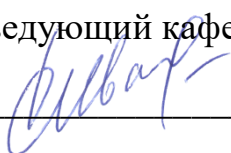
МИНОБРНАУКИ РОССИИ

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Тульский государственный университет»**

**Медицинский институт
Кафедра «Психиатрия и наркология»**

Утверждено на заседании кафедры
«Психиатрия и наркология»
«17» апреля 2018 г., протокол №9

Заведующий кафедрой

_____ Д.М. Ивашиненко

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
по выполнению истории болезни
по дисциплине (модулю)
«Психиатрия, медицинская психология»**

**основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – программы специалитета**

по специальности
31.05.01 Лечебное дело

со специализацией
Лечебное дело

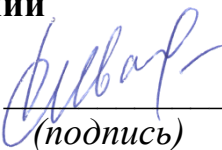
Форма обучения: очная

Идентификационный номер образовательной программы: 310501-01-18

Тула 2018 год

Разработчик методических указаний

Ивашиненко Д.М., зав. каф. ПиН, к.м.н., доцент
(ФИО, должность, ученая степень, ученое звание)



(подпись)

Оглавление

- 1 Введение
- 2 План истории болезни
 - 2.1 Психический статус
- 3 Методика исследования психического статуса

Введение

В психиатрической практике всестороннее исследование больного имеет решающее значение для правильной постановки диагноза. Это исследование состоит из анамнеза жизни больного, субъективного и объективного анамнеза болезни, её развития, исследования психического состояния больного, неврологического, состояния внутренних органов и анализа лабораторных, инструментальных и других исследований.

Такое всестороннее изучение больного требует от врача большой внимательности и чуткости к высказываниям больного, неторопливости в своих выводах, глубокого изучения индивидуальности обследуемого и верной интерпретации его поведения.

При написании истории болезни куратору необходимо помнить, что чем подробнее анамнез, чем полнее описана патологическая симптоматика, тем больше он будет иметь возможностей для правильной диагностики и назначения адекватного лечения. Правильный подход к больному часто обеспечивает успех психиатрического исследования. Неудачный вопрос, выраженное сомнение, снисходительная улыбка врача, могут подорвать его авторитет и затормозить больного в его высказываниях. Поэтому, для успешного изучения больного, куратор должен выработать определенную форму поведения, чтобы между ним и больным установился доверительный контакт, т.е. расположение к беседе.. Для установления этого контакта следует руководствоваться некоторыми общими положениями:

а) перед началом беседы необходимо представиться, сказать свое имя и отчество, а также получить согласие больного «побеседовать»;

б) обращаться к больному нужно только на «Вы», по имени и отчеству. Беседу следует вести в доброжелательном тоне, исследование не должно носить характер «допроса», «журналистского интервью», «экзамена»;

в) не начинайте клиническую беседу с расспросов о болезни, вначале обсудите обыденные обстоятельства жизни пациента – его биографию; это важно для формирования контакта и для понимания развития у него болезни;

г) беседуйте неторопливо, спокойно, не пытайтесь сразу же разубеждать больного в его болезненных заблуждениях, но и не поощряйте болезненные суждения. Даже самые нелепые заявления и неправильности поведения больного не должны вызывать у куратора несерьезного отношения к нему. Следует помнить, что в ситуации клинического исследования можно смеяться только с больным, но не над больным;

д) старайтесь не обсуждать с больным его состояния, не дискутируйте в его присутствии с коллегами, не говорите при больном о найденных у него отклонениях;

е) в случае обращения больного к куратору с какими-либо просьбами или вопросами по поводу его болезни, лечения, режима наблюдения, выписки и т.д., постарайтесь тактично отослать его к лечащему врачу;

ж) каким бы антисоциальным не было поведение больного - никогда не допускайте обвиняюще-осуждающий тон беседы;

з) не спешите в начале исследования задать пациенту, по Вашему мнению, главный вопрос; например, имеются ли у него суицидальные мысли или галлюцинации и т.п. Если пациент в ходе беседы сам не ответил на него, задайте его в конце обследования;

и) в ходе клинического исследования важно выяснить, что пациент считает в себе или в своем состоянии самым главным, существенным. В психиатрии больной часто относит к главному – второстепенное и наоборот. Это имеет диагностическое значение, в частности, при оценке критики к заболеванию.

к) при психопатологическом исследовании важно не только обнаружение анамнестических фактов как таковых, но и выяснение (какими нелепыми они бы не представлялись) того, каков их мотивогенез, их связь с жизнью;

л) следует помнить, что психиатрия – единственная клиническая дисциплина, в которой изучение анамнеза одновременно является изучением статуса.

Курация больных обычно осуществляется в психиатрическом отделении, поэтому необходимо подчиняться режиму работы психиатрического отделения, соблюдать установленные правила по надзору за больными.

В психиатрическом отделении студенты должны находиться в медицинских халатах, сменной обуви, можно брать с собой тетрадь и ручку. Остальные вещи следует оставлять в гардеробе.

При передвижениях по больнице необходимо следить за закрыванием дверей при входе и выходе в отделение.

Студенты не должны сообщать родственникам больных и другим посетителям какие-либо сведения о курируемых больных, должны сохранять в тайне фамилии больных, диагнозы, полученные анамнестические сведения и результаты обследований.

Не рекомендуется пользоваться распространенным в клиниках обращением – «больной», не следует давать невыполнимых обещаний (о выписке, прекращении лечения и т.п.). В этом случае целесообразно посоветовать обсудить эту тему с лечащим врачом.

Если тема разговора раздражает больного, усиливает напряженность, нужно изменить содержание беседы или даже прекратить её.

План истории болезни

1. Причина госпитализации.
2. Жалобы (на момент начала курации).
3. Анамнез:
 - сведения о наследственности, социально-демографический статус;
 - история жизни (anamnesis vitae);
 - история настоящего заболевания (anamnesis morbi);
 - употребление и злоупотребление психоактивными веществами;
 - страховой анамнез.
4. Оценка личности больного.
5. Объективный анамнез.
6. Соматический статус.
7. Неврологический статус.
8. Психический статус.
9. Данные дополнительных методов исследования.
10. Дневник наблюдения.
11. Клинический диагноз и его обоснование.
12. Дифференциальный диагноз.
13. План обследования.
14. Вид наблюдения и план лечения.
15. Прогноз.

1. Причина госпитализации

Указывается: кем, когда и почему направлен в стационар (первично, повторно).
Имеется ли согласие на госпитализацию и лечение.

2. Жалобы

Описываются жалобы больного, предъявляемые на момент начала курации, их характеристика. Жалобы, имевшиеся при поступлении, описываются в истории настоящего заболевания. Если пациент считает себя здоровым и не предъявляет жалоб, то это отмечается в истории болезни. Желательно в описании использовать выражения пациента.

3. Анамнез

Сведения о наследственности

Отец: возраст в настоящее время (если умер, указать возраст, в котором наступила смерть и ее причину); состояние здоровья, род занятий, характер отношений с больным. Мать: те же пункты. Родные братья и сестры: имена, возраст, семейное положение, род занятий, характеристика личности, наличие психических заболеваний, характер взаимоотношений с больным. Социальное положение семьи; домашние условия. Наличие в семье психически больных, психопатических личностей, лиц со странностями в характере, больных наркоманией, алкоголизмом, совершавших суицидальные попытки, страдавших туберкулезом, сифилисом, злокачественными опухолями, заболеваниями обмена веществ и желез внутренней секреции.

Поскольку семья является средой, в которой вырос больной, важную роль играют личность и взгляды родителей. Необходимо расспросить об отношениях между родителями, о том, не оставял ли кто-либо из них семью, о разводе и повторном браке.

История жизни (anamnesis vitae)

Написание этого раздела может представлять некоторые трудности, т.к. не всегда сведения, полученные от больного, соответствуют действительности. Поэтому необходимо анамнез со слов больного дополнять объективными анамнестическими сведениями (со слов родственников, данные медицинской документации, характеристики с места работы или учебы и т.п.). Выявленные в процессе сбора анамнеза расхождения необходимо отметить и квалифицировать при обосновании диагноза.

Возраст и здоровье родителей во время зачатия, не было ли при этом алкогольного опьянения, другой интоксикации. Здоровье матери во время беременности. Какая была по счету и как протекала беременность у матери больного. Роды нормальные, патологические (явления асфиксии, травмы головы и проч.). Следует помнить, что за нежелательной беременностью могут последовать плохие отношения между матерью и ребенком, а патологией родов может быть обусловлено снижение интеллектуальных способностей.

Развитие в раннем возрасте: трудности при усвоении полезных навыков и задержки в развитии (умение ходить, овладение речью, контроль естественных отправления и т.д.). Здоровье в детском возрасте: тяжелые заболевания, особенно любое поражение центральной нервной системы, включая гипертермические судороги. «Нервные проблемы» в детском возрасте: страхи, вспышки раздражения, застенчивость, склонность легко краснеть при смущении, заикание, снохождение, длительное ночное недержание мочи, частые кошмарные сновидения.

Следует также зарегистрировать длительные периоды разлуки с матерью, например из-за болезни, был ли больной эмоционально подавлен в это время и если да, то как долго продолжалось это состояние.

Подобным сведениям уделяется серьезное внимание при наличии у больного отставания психического развития.

Дошкольный возраст: Припадки, страхи, испуги, заикание, снохождения, сноворения, энурез, привычки в еде. Характерологические особенности, поведение в детском коллективе, любимые игры. Единственный ребенок в семье или нет. Особенности воспитания: строгость, деспотичность родителей, применение наказаний, побои (по голове), воспитание по типу гиперопеки. Кто больше принимал участия в воспитании - мать, отец, бабушка и др. Особенности взаимоотношений с родителями, сестрами и братьями.

Период обучения (школа, училище, техникум, институт, университет). Способности, прилежание, дисциплинированность, успеваемость, интересы, любимые игры, развлечения. Полученное образование.

Информация о школьных успехах отражает не только интеллектуальный уровень и достижения ребенка в учебе, но и его социальное развитие. Следует указать тип школы и результаты экзаменов.

Врач должен поинтересоваться, дружил ли пациент с кем-то из соучеников, пользовался ли популярностью среди сверстников; принимал ли участие в спортивных играх и насколько успешно; как складывались отношения с учителями. Аналогичные вопросы следует задать и об обучении в высшей школе.

Трудовая деятельность, профессия. Перечень мест работы (в хронологическом порядке) с указанием причин их перемены.

Если пациент сменил много мест работы, необходимо попросить его дать объяснение причин такой перемены для каждого случая. Неоднократные увольнения могут свидетельствовать о неуживчивости, об агрессивной или в каком-либо ином отношении патологической личности. Если всякий раз при переходе на другую должность пациент спускался на более низкую ступень служебной лестницы, необходимо подумать о снижающейся продуктивности труда вследствие хронического психического заболевания или злоупотребления психоактивными веществами.

При оценке личности существенную роль играют сведения о взаимоотношениях с коллегами, в том числе с подчиненными и с руководством.

Соответствие интересов и профессии. Отношение к работе. Квалификация, работоспособность, инициатива и активность.

Характер производства, внешние условия работы, зарплата.

Информация о трудовой деятельности пациента в данное время помогает врачу понять обстоятельства его жизни и судить о том, подвергается ли он стрессу на службе).

Служба в армии или участие в боевых действиях. Прохождение службы: дисциплина, взаимоотношения с товарищами, командирами и подчиненными, взыскания, поощрения. Срок службы: отслужил полностью, демобилизован раньше времени, причины. Служба за границей.

Если пациент служил в армии или работал за границей, следует получить детальную информацию об этом периоде и выяснить, не переносил ли он тропические заболевания. Если участвовал в боевых действиях, то описать наличие ранений, контузий, психических травм, употребление психоактивных веществ в этот период.

Половое развитие и половая жизнь. Появление полового влечения. Поллюции, менструации - их начало, ритм, количество, самочувствие во время *menses*. Начало половой жизни. Изменения характера в это время. Отношение к сексу; гетеросексуальный и гомосексуальный опыт, половые девиации. Сексуальная практика в настоящее время, использование контрацептивов. Качественные особенности половой жизни. Сексуальные конфликты. Импотенция. Фригидность. Вступление в брак. Беременности, роды, аборты. У кормивших грудью - особенности лактации (количество молока, длительность периода лактации, случаи галакторреи, гипо- или алактрии).

Данные о менструальном цикле (для женщин): возраст наступления месячных, отношение к ним, их регулярность и количество выделений, дисменорея, предменструальное напряжение, возраст наступления менопаузы и наличие каких-либо симптомов в это время, дата последней менструации.

Анамнез супружеской жизни: возраст при вступлении в брак; продолжительность знакомства с будущим супругом (супругой) до вступления в брак, длительность периода обручения. Прежние связи и помолвки. Данные о супруге: возраст в настоящее время, род занятий, состояние здоровья, характеристика личности. Характер супружеских отношений в настоящем браке.

Информация о роде занятий, личности и состоянии здоровья супруга (супруги) дает возможность лучше понять ситуацию, в которой находится пациент. Нередко удастся глубже вникнуть в проблемы, возникшие в жизни супружеской пары, расспросив партнеров (по отдельности) о том, чего именно каждый из них первоначально ожидал от брака.

Необходимо выяснить, как распределяются обязанности и принимаются решения в семье. Дети: имена, пол и возраст. Даты аборт или мертворождений. Темперамент, эмоциональное развитие, психическое и физическое здоровье детей.

Даты рождения детей (или даты абортов) позволяют сделать выводы о том, не был ли брак вынужденным из-за беременности.

Социально-бытовые условия: географические условия места жительства (болотистая местность, тайга и др.), жилище, материальная обеспеченность. Семья, окружение, служебное положение.

Факты, которые можно почерпнуть из ответов на вопросы о жилищных условиях, доходах и составе семьи, помогают врачу понять обстоятельства жизни больного и более определенно судить о том, какие ее стороны вероятнее всего подвержены стрессу и какое воздействие заболевание может оказать на данного человека.

Перенесенные заболевания: Инфекции. Наряду с перечислением всех инфекционных заболеваний, особое внимание обратить на:

- хронически протекающие инфекции - ревматизм, малярию, туберкулез, сифилис, бруцеллез и заболевания центральной нервной системы вирусной этиологии;
- очаги скрыто протекающей гноеродной инфекции - отиты, мастоидиты, заболевания придаточных пазух носа, тонзиллиты, кариозные зубы, хронические пневмонии, бронхоэктазы, холециститы, пиелиты, циститы, хроническая гонорея, сальпингоофориты, свищи, остеомиелиты, фурункулез;
- заболевания сердца инфекционного происхождения;
- длительные, с невыясненной этиологией недомогания общего характера, сопровождающиеся иногда субфебрилитетом;
- заболевания, связанные с нарушением питания, авитаминозы (гиповитаминозы)
- производственные вредности, поражения отравляющими веществами, контузии, коммоции головного мозга, электротравмы.
- припадки, приступы, обмороки, головокружения, носовые кровотечения.
- заболевания желез внутренней секреции.
- другие болезни (опухоли, гипертоническая, язвенная болезнь, заболевания крови и проч.).

История настоящего заболевания (anamnesis morbi)

В этом разделе описывается история начала и развития заболевания со слов больного. В записях необходимо указывать, какие жалобы и симптомы были изложены больным по своей инициативе, а какие выявлены в ходе опроса. Описание желательно вести придерживаясь определенной последовательности.

Симптомы: когда и как они появились. Описание временной связи между симптомами и соматическими расстройствами, а также психологическими и социальными проблемами. Первые признаки болезни: когда и кем они отмечены и в чем проявлялись, дальнейшее развитие болезни. Влияние на работу, социальное функционирование и взаимоотношения с окружающими. Сопутствующие нарушения сна, аппетита и полового влечения. Проводившееся ранее лечение, препараты, дозы, продолжительность, эффективность. Обстоятельства и причины настоящей госпитализации. Для больных с повторными поступлениями (заболеваниями) - катамнез: психическое здоровье в момент последней выписки, вид поддерживающего лечения, состояние здоровья в это время, трудоспособность, приём препаратов, причина обострения(рецидива).

Фиксируются сведения о тяжести и длительности проявления каждого симптома, о том, как он возник и как развивался (интенсивность проявления последовательно нарастала, постепенно уменьшалась или оставалась без изменений; симптоматика возникала в виде приступов). Указывается, какие симптомы развиваются согласованно, какие — независимо один от другого (например, в динамике обсессивных мыслей и ритуалов могут наблюдаться синхронные колебания, в то время как депрессивное настроение могло присоединиться позже).

Если по психическому состоянию получить анамнестические сведения не удастся или пациент считает себя здоровым, то об этом делается соответствующая запись.

Детальную информацию о диагнозе и лечении обычно можно получить в медицинских сведениях из тех учреждений, где лечился больной.

Также в этом разделе фиксируются психические травмы, стрессовые события и т.п.

Употребление и злоупотребление психоактивными веществами

Этот раздел посвящен привычкам, связанным с употреблением и злоупотреблением психоактивными веществами. Курение: с какого возраста, в каком количестве, сорт сигарет. Употребление алкоголя: с какого возраста, в каком количестве, наличие зависимости и абстинентного синдрома, употребление суррогатов алкоголя. Употребление наркотических препаратов: возраст начала, вид длительность употребления различных препаратов, наличие зависимости, вредных последствий. Отношение к употреблению никотина, алкоголя, наркотиков. Чрезмерное употребление крепкого чая, кофе. Случайные и преднамеренные отравления.

Страховой анамнез

Страховая компания, номер страхового полиса. Длительность последнего листка нетрудоспособности, общая продолжительность листков нетрудоспособности за последний календарный год. Инвалидность: с какого возраста, причина, группа инвалидности.

4. Оценка личности больного

Выводы об особенностях личности делаются на основании собственной характеристики больного и наблюдения за его поведением во время осмотра.

Многие пациенты характеризуют себя чрезмерно положительно. Больной в состоянии депрессии, напротив, часто судит себя слишком строго, например, говорит о себе как о неудачнике, эгоисте или как о человеке, не заслуживающем доверия. Поэтому необходимо использовать любую возможность побеседовать с другими людьми.

Получить ценный материал для характеристики личности больного можно, расспросив его о поведении при определенных обстоятельствах. Например, если пациент утверждает, что он уверенный в себе человек, рекомендуется выяснить, как он ведет себя в конкретной ситуации, когда ему нужно в чем-то убедить других людей или выступить перед аудиторией. Подобным образом существенные для оценки личности данные часто

удастся выявить, расспрашивая о ситуациях, связанных со сменой социальных ролей, например, когда человек оканчивает школу, начинает трудовую деятельность, вступает в брак или становится родителем.

Оценивая личность больного по поведению во время собеседования, необходимо принимать во внимание возможное влияние психического заболевания. Так, человек, который в обычном состоянии обладает спокойным и общительным характером, при депрессии может показаться патологически застенчивым и неуверенным в себе.

Исследования личности наиболее плодотворны, когда они проводятся в соответствии с определенной системой:

Связи: друзья (мало их или много; того же или противоположного пола; степень близости дружеских отношений); отношения с сослуживцами и начальством. Проведение досуга: увлечения и интересы; членство в обществах и клубах.

При оценке личности обычно начинают с изучения взаимоотношений пациента с друзьями и сослуживцами. Застенчив ли он или легко устанавливает дружеские контакты? Близкие ли у него друзья и отличаются ли постоянством их отношения? Информация о проведении досуга может высветить определенные черты личности пациента, не только отражая его интересы, но и позволяя судить о том, предпочитает ли он компанию или одиночество, а также о его энергичности и изобретательности.

Преобладающее настроение: тревожное, беспокойное, бодрое, мрачное, оптимистическое, пессимистическое, самоуничижительное, самоуверенное; стабильное или неустойчивое; контролируемое или экспансивное. Необходимо определить, является ли пациент веселым или же мрачным человеком; отмечают ли у него смены настроения; если да, то насколько резко они выражены, как долго сохраняются, следуют ли они за какими-то жизненными событиями. Надлежит также выяснить, демонстрирует ли больной эмоции или скрывает их.

Характер: обидчивый, замкнутый, робкий, нерешительный; подозрительный, ревнивый, злопамятный; сварливый, раздражительный, импульсивный; эгоистичный, эгоцентричный; скованный, недостаточно уверенный в себе; зависимый; требовательный, суетливый, прямолинейный; педантичный, пунктуальный, чересчур аккуратный.

Взгляды и устои: моральные и религиозные. Отношение к здоровью и к своему организму.

5. Объективный анамнез

Историю жизни и заболевания, записанную со слов пациента, следует дополнять информацией от родственников, близких людей, сотрудников по работе и т.п. При невозможности сбора полноценного анамнеза жизни и заболевания из-за особенностей психического состояния пациента, куратор вправе обратиться к преподавателю за дополнительными объективными сведениями. При этом необходимо сформулировать свое представление о ведущем психопатологическом синдроме и конкретные вопросы, нуждающиеся в уточнении.

Изучение объективного анамнеза в психиатрии более важно, чем в других областях медицины, потому что психически больные не всегда адекватно расценивают проявления имеющегося у них заболевания. Например, при маниакальном состоянии больной нередко не осознает, какое смятение он вызвал своим экстравагантным поведением в обществе, а страдающий деменцией обычно не отдает себе отчета в том, до какой степени ухудшилось качество его работы. В других случаях, напротив, пациент может знать, в чем состоят его проблемы, но не желать их обнаруживать. Например, больные алкоголизмом, как правило, скрывают степень тяжести своего недуга. К тому же при оценке личности больного он сам и его родственники часто совершенно расходятся во мнениях относительно таких характеристик, как раздражительность, явления навязчивости, ревность. Родственники и знакомые могут привлекаться с целью реализации плана лечения и убеждения больного в

необходимости лечения. Собеседование с родственником или другом часто позволяет выявить другую точку зрения на заболевание пациента и его личность. Часто родственнику пациента лучше, чем ему самому, удастся установить точную дату начала болезни, особенно если оно было постепенным. Родственник также может дать ценную информацию о том, в какой степени заболевание нарушает трудоспособность больного и как оно сказывается на других людях. Наконец, собеседование с родителями либо с кем-то из старших братьев или сестер больного становится необходимым, если возникает потребность подробнее узнать о его детстве.

Перед беседой с родственником, как правило, следует получить разрешение пациента. Исключение делается в тех случаях, когда больной - ребенок (консультация обычно проводится по инициативе родителей) и когда взрослый больной, поступивший по скорой помощи, не в состоянии дать сведения об истории своей болезни. Во всех других случаях врач должен объяснить больному, что желает побеседовать с его родственником с целью получения дополнительной информации, необходимой для постановки диагноза и лечения. При этом нужно подчеркнуть, что конфиденциальная информация, полученная от пациента, не будет передана родственнику. Если необходимо сообщить последнему какие-либо сведения, например, относительно лечения, следует получить согласие пациента. Необходимо учитывать, что родственники могут неправильно истолковать цель собеседования. У некоторых возникают подозрения, что к ним собираются предъявить определенные требования, будут обвинять в болезни пациента.

После собеседования врач не должен сообщать пациенту то, что сказал его родственник, без разрешения последнего. Очень важно заручиться таким согласием, если родственник сообщил факты, которые необходимо обсудить с больным, - например, сообщил, что тот злоупотребляет спиртным, тогда как сам пациент ранее отрицал это. Однако если член семьи больного не желает, чтобы информация была передана, врач должен уважать его волю, тем более, что для этого могут быть серьезные основания. В подобных случаях психиатр должен при дальнейших беседах с пациентом постараться создать условия для того, чтобы он сам смог раскрыть поведение, которое до того отрицалось.

Иногда для получения дополнительной информации о социальной ситуации больного стоит посетить его дом или же направить туда психиатрическую медсестру либо социального работника. После такого визита семейная жизнь пациента часто предстает в новом свете. Порой удастся прийти к более правильному пониманию отношений между членами семьи, чем те, которые обнаруживаются в результате собеседований в больнице.

6.Соматический статус

Описывается традиционно по всем системам организма. Особо обращают внимание на следующие показатели:

- соматоконституциональный тип – может указывать на предрасположенность к некоторым психическим и соматическим заболеваниям;
- состояние кожных покровов – шрамы, следы инъекций, татуировки, опрятность кожи, наличие паразитов и пролежней.

7.Неврологический статус

Описывается традиционно, особое внимание обращается на:

- реакцию зрачков на свет – используют для диагностики наркоманий, прогрессивного паралича и других органических заболеваний;
- координацию движений, наличие тремора – эти нарушения являются частыми признаками интоксикации и абстиненции у больных наркоманией и алкоголизмом.
- наличие очаговой неврологической симптоматики.

8. Психический статус

Определение психического статуса является важнейшей частью процесса психиатрической диагностики, то есть процесса познания больного, который, как всякий научно познавательный процесс, должен происходить не хаотически, а планомерно, по схеме – от явления к сущности. Активно-целенаправленное и определенным образом организованное живое созерцание явления, то есть определение или квалификация настоящего статуса (синдрома) больного является первым этапом распознавания болезни.

Некачественное исследование и описание психического статуса больного чаще всего бывает по той причине, что врач не освоил и не придерживается определенного плана или схемы изучения больного, а поэтому делает это хаотически.

Поскольку психическая болезнь есть суть болезнь личности (Корсаков С.С.), то психический статус душевнобольного будет складываться из ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ и ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ, которые условно подразделяются на ПОЗИТИВНЫЕ и НЕГАТИВНЫЕ (Джексон). Приняв условные обозначения, можно сказать, что психический статус душевнобольного состоит из трех «слоев»: ПОЗИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ (П), НЕГАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ (Н) И ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ (Л). ПНЛ – по первым буквам.

Кроме этого, проявления психической деятельности могут быть условно разделены на четыре основные сферы, ПЭПС – по первым буквам:

1. ПОЗНАВАТЕЛЬНАЯ (интеллектуально-мнестическая) сфера, в состав которой входит восприятие, мышление, память и внимание (П).

2. ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ сфера, в которой выделяются высшие и низшие эмоции (Э).

3. ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ (двигательно-волевая) сфера, в которой выделяются инстинктивная и волевая активность (П).

4. Сфера СОЗНАНИЯ, в которой выделяются три вида ориентировки: аллопсихическая, аутопсихическая и соматопсихическая (С).

Если принятые условно обозначения ПНЛ и ПЭПС объединить, то получится структурно-логическая схема психического статуса.

Структурно-логическая схема дает представление о структуре психического статуса как больного, так и психически здорового человека и тем самым предопределяет общий объем знаний, которым должен владеть врач-психиатр как специалист.

Врач-психиатр при оценке психического статуса должен использовать принципиальную структурно-логическую схему, так как она позволяет систематизировать весь ход его исследования. При этом создается представление об обследуемом как о целостной личности, выявляются закономерности его психической патологии и интернозологические особенности синдромальных проявлений.

Методика исследования психического статуса

При клинико-психопатологическом методе исследования основной диагностической техникой или способом выявления болезненных проявлений являются расспрос и наблюдение в их неразрывном единстве.

Беседу с больным рекомендуется начинать с общепринятых вопросов о самочувствии, которые в психиатрической клинике часто служат лишь поводом для начала разговора, дающим врачу возможность сориентироваться в дальнейшем направлении, по которому следует вести исследование. Возможны варианты, когда из-за состояния больного расспрос и беседа практически невозможны. В таких случаях, исследуя статус больного, врач-психиатр вынужден ограничиться преимущественно наблюдением.

Психопатологические проявления человека возникают не хаотически, а в виде системы внутренне взаимосвязанных расстройств, определяемых как синдром. Синдром, который возникает преимущественно на основе нарушения какой-либо одной сферы

психической деятельности, называется ПРОСТЫМ или МАЛЫМ, а синдром, который развивается на основе нарушения нескольких сфер психической деятельности – СЛОЖНЫМ, БОЛЬШИМ или ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ. Темп нарастания генерализации синдрома определяет остроту состояния и его психопатологическую структуру. Чем более выражен темп генерализации психопатологических нарушений, тем острее состояние и тем сложнее его структура и наоборот.

В процессе дальнейшей, целенаправленной беседы, после начальных вопросов о самочувствии, врач-психиатр определяет максимальный уровень нарушения психической деятельности у исследуемого больного, чтобы потом в этом диапазоне выяснить детали индивидуальных особенностей психопатологических проявлений, которые могут иметь дифференциально-диагностическое значение.

В структуру синдрома кроме позитивных (патологически продуктивных) входят еще негативные (дефицитарные) расстройства. Последние чаще всего придают синдрому черты нозологической специфичности. Они более инертны, раз возникнув, не имеют тенденции к исчезновению и, как бы сливаясь с преморбидными особенностями личности, в той или иной степени деформируют ее в зависимости от тяжести своих проявлений.

Необходимость трактовки личностных особенностей при анализе психического статуса возникает в тех случаях, когда психотическое состояние носит подострый или хронический характер, в связи с чем психопатологические продуктивные симптомы не перекрывают полностью личностных проявлений. Кроме этого, личностные особенности необходимо оценивать в состояниях ремиссии, при определении преморбиды и характерологических данных родственников больного, а также при оценке психических статусов больных с пограничными нарушениями (неврозами и психопатиями).

Методика описания психического статуса

Описание психического статуса проводится после составления представления о синдроме, которым определяется состояние, об его структуре и индивидуальных особенностях. Описание статуса является описательным, по возможности без употребления психиатрических терминов, таким образом, чтобы другой врач, обратившийся к истории болезни по этому клиническому описанию смог бы путем синтеза дать этому состоянию свою клиническую трактовку, квалификацию.

Придерживаясь структурно-логической схемы психического статуса необходимо описывать четыре сферы психической деятельности. Можно избрать любую последовательность при описании этих сфер психической деятельности, однако нужно соблюдать принцип: не описав полностью патологию одной сферы, не переходить к описанию другой. При таком подходе ничто не будет упущено, так как описание идет последовательно и систематизировано.

Целесообразно начинать описание с тех сфер, информация от которых получается в основном через наблюдение, то есть с внешнего облика: поведения и эмоциональных проявлений. После этого следует переходить к описанию познавательной сферы, информация о которой получается в основном через расспрос и беседу.

ПОЗНАВАТЕЛЬНАЯ СФЕРА

Расстройства восприятия

Нарушения восприятия определяются при осмотре больного, наблюдении за его поведением, расспросе, изучении рисунков, письменной продукции. О наличии гиперестезии можно судить по особенностям реакций на некоторые раздражители: больной садится к окну спиной, просит врача говорить негромко, сам старается произносить слова тихо, полупшепотом, вздрагивает и морщится при скрипе или хлопанье

двери. Объективные признаки наличия иллюзий и галлюцинаций удастся установить значительно реже, нежели получить соответствующую информацию от самого больного.

О наличии и характере галлюцинаций можно судить, наблюдая за поведением пациента, - он к чему-то прислушивается, затыкает уши, ноздри, что-то шепчет, со страхом озирается по сторонам, от кого-то отмахивается, что-то собирает на полу, стряхивает с себя что-то и т.п. В истории болезни необходимо подробнее описать подобное поведение больного. Такое поведение дает основание для соответствующих расспросов.

В тех случаях, когда объективные признаки галлюцинирования отсутствуют, не всегда следует задавать вопрос – «видится или слышится» что-то больному. Лучше, если эти вопросы будут наводящими, чтобы побудить больного к активному рассказу о своих переживаниях. Важно не только то, что рассказывает больной, но и как рассказывает: охотно или неохотно, со стремлением к диссимуляции или без такого стремления, с интересом, с видимой эмоциональной окраской, аффектом страха или безразлично, равнодушно.

Сенестопатии. К особенностям поведения больных, испытывающих сенестопатии, в первую очередь относятся настойчивые обращения за помощью к специалистам соматического профиля, а в дальнейшем - часто к экстрасенсам и колдунам. Этим удивительно стойким, монотонным болям / неприятным ощущениям свойственны отсутствие предметности переживаний в отличие от висцеральных галлюцинаций, нередко своеобразный, даже вычурный оттенок и нечеткая, изменчивая локализация. Необычные, мучительные, ни на что не похожие ощущения «бродят» по животу, грудной клетке, конечностям и больные четко противопоставляют их болям при обострении известных им заболеваний.

- Где Вы ощущаете это?
- Есть ли какие-то особенности у этих болей / неприятных ощущений?
- Меняется ли область, где вы ощущаете их? Связано ли это со временем суток?
- Являются ли они исключительно физическими по характеру?
- Есть ли какая-нибудь связь их возникновения или усиления с приемом пищи, временем суток, физической нагрузкой, погодными условиями?
- Проходят ли эти ощущения при приеме обезболивающих либо успокаивающих средств?

Иллюзии и галлюцинации. Расспрашивая об иллюзиях и галлюцинациях, следует проявлять особый такт. Прежде чем приступить к данной теме, целесообразно подготовить пациента, сказав: «у некоторых людей при нервном расстройстве бывают необычные ощущения». Затем можно спросить о том, не слышал ли больной каких-либо звуков или голосов в момент, когда в пределах слышимости никого не было. Если же история болезни дает основания предполагать в данном случае наличие зрительных, вкусовых, обонятельных, тактильных или висцеральных галлюцинаций, следует задать соответствующие вопросы.

Если больной описывает галлюцинации, то в зависимости от типа ощущений формулируются определенные дополнительные вопросы. Надлежит выяснить, слышал ли он один голос или несколько; в последнем случае казалось ли больному, что голоса разговаривали между собой о нем, упоминая его в третьем лице. Эти явления следует отличать от ситуации, когда больной, слыша голоса реальных людей, беседующих на расстоянии от него, убежден, что они обсуждают его (бред отношения). Если пациент утверждает, что голоса обращаются к нему (галлюцинации от второго лица), нужно установить, что именно они говорят, и если слова воспринимаются как команды, то чувствует ли больной, что должен им повиноваться. Необходимо зафиксировать примеры слов, произносимых галлюцинаторными голосами.

Зрительные галлюцинации следует дифференцировать от зрительных иллюзий. Если пациент не испытывает галлюцинаций непосредственно во время осмотра, то бывает трудно провести такое разграничение, поскольку оно зависит от присутствия или отсутствия реального зрительного раздражителя, который мог быть неверно интерпретирован.

Слуховые галлюцинации. Пациент сообщает о шумах, звуках или голосах, которые он слышит. Голоса могут быть мужские или женские, знакомые и незнакомые, больной может слышать критику или комплементы в свой адрес.

- Приходилось ли Вам слышать какие-либо звуки или голоса, когда никого нет рядом с Вами или Вы не понимали откуда они?

- Слышите ли Вы голоса, описывающие или обсуждающие Ваши действия и мысли?

- Что они говорят?

Галлюцинации в форме диалога - это симптом, при котором больной слышит два и более голосов, обсуждающих что-то, касающееся пациента.

- Сколько голосов удастся различить?

- Что они обсуждают?

- Что это за звуки (голоса)?

- Откуда Вы их слышите?

Галлюцинации комментирующего содержания. Содержанием таких галлюцинаций является текущий комментарий поведения и мыслей больного.

- Голоса просто констатируют совершаемое Вами?

- Слышите ли Вы какие-нибудь оценки своих действий, мыслей?

Императивные галлюцинации. Обманы восприятия, побуждающие больного к определенному действию.

- Не приходилось ли Вам слышать голоса, приказывающие или советующие сделать что-либо?

Тактильные галлюцинации. К этой группе расстройств относят сложные обманы, тактильного и общего чувства, в виде ощущения прикосновения, охватывания руками, какой-то материей, ветром; ощущения ползания насекомых под кожей, уколов, укусов.

- Знакомы ли Вам необычные ощущения прикосновения в отсутствии кого-либо, кто мог бы сделать это?

- Не испытывали ли Вы когда-нибудь внезапного изменения веса своего тела, ощущения легкости или тяжести, погружения или полета.

Обонятельные галлюцинации. Больные ощущают необычные запахи, чаще неприятные. Иногда пациенту кажется, что этот запах исходит от него.

- Испытываете ли Вы какие-нибудь необычные запахи или запахи, которые другие не ощущают? Что это за запахи?

Вкусовые галлюцинации проявляются чаще в виде неприятных вкусовых ощущений.

- Приходилось ли Вам чувствовать, что обычная пища изменила свой вкус?

- Ощущаете ли Вы какой-нибудь вкус вне приема пищи?

- Зрительные галлюцинации. Больной видит очертания, тени или людей, которых нет в действительности. Иногда это очертания или цветовые пятна, но чаще - фигуры людей или похожих на людей существ, животных. Это могут быть персонажи религиозного происхождения.

- Приходилось ли Вам видеть то, что другие люди увидеть не в состоянии?

- Были ли у Вас видения?

- Что Вы видели?

- В какое время суток это случалось с Вами?

- Связано ли это с моментом засыпания или пробуждения?

Деперсонализация и дереализация. Больным, испытывавшим деперсонализацию и дереализацию, обычно трудно описать их; пациенты, незнакомые с указанными

явлениями, часто неправильно понимают заданный им по этому поводу вопрос и дают ответы, вводящие в заблуждение. Поэтому особенно важно, чтобы больной привел конкретные примеры своих переживаний. Рационально начать со следующих вопросов: «Вы когда-либо ощущали, что окружающие вас предметы нереальны?» и «У вас бывает ощущение собственной нереальности? Не казалось ли вам, что какая-то часть вашего тела ненастоящая?». Больные, испытывающие дереализацию, часто говорят, что все объекты окружающей среды представляются им ненастоящими или безжизненными, в то время как при деперсонализации пациенты могут утверждать, что чувствуют себя отделенными от окружения, неспособными ощущать эмоции или будто бы играющими какую-то роль. Некоторые из них при описании своих переживаний прибегают к образным выражениям (например: «как будто я - робот»), что следует тщательно дифференцировать от бреда.

Феномены ранее виденного, слышанного, пережитого, испытанного, рассказанного (*deja vu, deja entendu, deja vecu, deja eprouve, deja raconte*). Чувство знакомости никогда не привязано к определенному событию или периоду в прошлом, а относится к прошлому вообще. Степень уверенности, с какой больные оценивают вероятность того, что переживаемое событие происходило, может существенно отличаться при разных заболеваниях. При отсутствии критики эти парамнезии могут поддерживать мистическое мышление больных, участвовать в формировании бреда.

- Не казалось ли Вам когда-нибудь, что Вам уже приходила в голову мысль, которая не могла возникнуть раньше?

- Не испытывали ли Вы чувства, что Вы уже слышали когда-то то, что Вы слышите теперь впервые?

- Не было ли ощущения необоснованной знакомости текста при чтении?

- Не приходилось ли Вам, увидев что-то впервые, чувствовать, что Вы уже видели это раньше?

Феномены никогда не виденного, не слышанного, не пережитого и др. (*jamaais vu, jamaais vecu, jamaais entendu* и другие). Больным кажется незнакомым, новым и непонятным привычное, хорошо известное. Ощущения, связанные с искажением чувства знакомости, могут быть как пароксизмальными, так и длительными.

- Не было ли у Вас ощущения, что привычная обстановка видится Вами в первый раз?

- Чувствовали ли Вы когда-нибудь странную незнакомость того, что должны были много раз слышать раньше?

Расстройства мышления

При анализе характера мышления устанавливается темп мыслительного процесса (ускорение, замедление, заторможенность, остановки), склонность к детализации, «вязкость мышления», склонность к бесплодному мудрствованию (резонерство). Важным является описание содержания мышления, его продуктивности, логики, установление способности к конкретному и абстрактному, отвлеченному мышлению, анализируется умение больного оперировать представлениями и понятиями. Изучается способность к анализу, синтезу, обобщению.

Одной из классических методик исследования мышления является методика исследования понимания рассказов. После прослушивания или чтения рассказа испытуемому предлагают воспроизвести рассказ. При этом обращают внимание на характер изложения (словарный запас, возможное наличие парафазий, темп речи, особенности построения фразы). Существенное значение имеет выяснение того, насколько доступен обследуемому скрытый смысл рассказа, связывает ли он его с окружающей действительностью, доступна ли ему юмористическая сторона рассказа.

Для исследования можно использовать и тексты с пропущенными словами (проба Эббингауза). Читая этот текст, испытуемый должен вставить недостающие слова,

сообразуясь с содержанием рассказа. При этом возможно обнаружение нарушения критичности мышления: обследуемый вставляет случайные слова, иногда по ассоциации с близко расположенными и недостающими, а допускаемые нелепые ошибки не исправляет. Выявлению патологии мышления способствует выявление понимания переносного смысла пословиц и поговорок.

Формальные расстройства мышления

Процесс мышления не может быть оценен непосредственно, поэтому главным объектом изучения является речь.

Речь больного позволяет выявить некоторые необычные расстройства, наблюдаемые в основном при шизофрении. Нужно установить, используются ли пациентом неологизмы, то есть слова, придуманные им самим, часто для описания патологических ощущений. Прежде чем признать то или иное слово неологизмом, важно удостовериться в том, что это не просто погрешность в произношении или заимствование из другого языка.

Далее регистрируются нарушения потока речи. Внезапные остановки могут указывать на обрыв мыслей, но чаще это просто следствие нервно-психического возбуждения. Быстрые переключения с одной темы на другую наводят на предположение о скачке идей, в то время как аморфность и отсутствие логической связи могут указывать на тип расстройства мышления, характерный для шизофрении.

Замедление темпа речи (депрессивный субступор, кататонический мутизм)

Некоторые ответы не содержат полной информации, в том числе и на дополнительные вопросы;

Врач замечает, что вынужден часто побуждать больного, в порядке ободрения, к развитию или уточнению ответов;

Ответы могут быть односложными или очень короткими («да», «нет», «может быть», «не знаю»), редко более одного предложения;

Больной ничего не говорит и лишь изредка пытается ответить на вопрос.

Обстоятельность. Снижение способности отделять главное от второстепенного приводит к хаотичности ассоциаций. Эти особенности мышления присущи людям с органическим поражением центральной нервной системы и эпилептическими изменениями личности.

Повышенная склонность к детализации может быть заметна при свободном изложении, ответах на открытые вопросы;

Больные не могут ответить на конкретно поставленные вопросы, углубляясь в подробности.

Резонерство. В основе резонерства лежит повышенная тенденция к «оценочным суждениям», склонность к обобщению по отношению к мелкому объекту суждений.

Больные склонны пространно рассуждать о всем известных вещах, пересказывая и утверждая банальные истины;

Крайне многословная речь не соответствует скудности содержания. Речь может быть определена как «пустое философствование», «праздное мудрствование».

Паралогичность (т.н. «кривая логика»). При таком расстройстве мышления факты и суждения консолидируются на единой логической основе, укладываются в цепочку, нанизываются друг на друга с особой предвзятостью. Факты, противоречащие изначальному ложному суждению или не согласующиеся с ним, не принимаются во внимание.

Паралогичность лежит в основе интерпретативных форм бреда, по содержанию это чаще всего бредовые идеи преследования, реформаторства, изобретательства, ревности и другие.

При беседе такое нарушение мышления может проявляться в связи с обсуждением перенесенных в прошлом психических травм, которые стали «больным пунктом» в психике пациентов. Такой «кататимный» характер паралогического бредообразования

может возникать в случае влияния эмоциональной травмы, связанной с переживаниями ипохондрического характера, семейного, сексуального плана, тяжелых личных обид.

В более тяжелых случаях паралогическое мышление проявляется вне зависимости от темы беседы. При этом умозаключения определяются не действительностью, не логическими законами, а управляются исключительно потребностями (чаще болезненными) личности.

Обрыв мысли, или шперрунг. Проявляется внезапной остановкой речи прежде, чем мысль завершена. После паузы, которая может продолжаться несколько секунд, реже минут, больной не может вспомнить, что говорил или хотел сказать.

Длительное молчание только тогда может быть квалифицировано как обрыв мысли, когда больной произвольно описывает задержку мышления или после вопроса врача определяет причину паузы именно таким образом.

- Испытывали ли Вы когда-нибудь внезапное, не связанное с внешними причинами, исчезновение мысли?

- Что помешало Вам закончить фразу?

- Что Вы почувствовали?

Ментизм. Мысли могут приобретать произвольное, неуправляемое течение. Чаще наблюдается ускоренное течение процессов мышления, сконцентрировать внимание не удается и в сознании остается лишь «тени» мысли или ощущение «роя» проносащихся мыслей.

- Не ощущаете ли Вы порой (в последнее время) сумбур в голове?

- Не казалось ли Вам когда-нибудь, что Вы не контролируете поток собственных мыслей?

- Не было ли ощущения, что мысли мелькают мимо?

Необходимо обращать внимание на внешний вид больного: необычность одежды, выражение лица и взгляд (печальный, настороженный, сияющий и др.). Необычность позы, походки, лишние движения позволяют думать о наличии бреда или двигательных навязчивостей (ритуалов). О сверхценных и навязчивых идеях (в отличие от бредовых) больной обычно охотно рассказывает сам. Необходимо определить, насколько эти идеи связаны с содержанием мышления в данный момент, их влияние на течение мыслительных процессов и связь этих идей с личностью больного. Так, если доминирующие и сверхценные идеи полностью связаны с содержанием мышления больного, определяют его, то навязчивые мысли (идеи) не находятся в связи с содержанием мышления больного в данное время и могут ему противоречить. Важно оценить степень насильственности различных идей в сознании больного, степень их чуждости мнению, мировоззрению и степень его критического отношения к указанным идеям.

Обсессивные явления. В первую очередь рассматриваются навязчивые мысли. Целесообразно начать с такого вопроса:

- Приходят ли вам в голову постоянно какие-то мысли, несмотря на то, что вы усиленно стараетесь их не допускать?

Если пациент дает утвердительный ответ, следует попросить его привести пример. Больные часто стыдятся навязчивых мыслей, особенно касающихся насилия или секса, поэтому может потребоваться настойчиво, но благожелательно расспросить пациента. Прежде чем идентифицировать подобные явления как навязчивые мысли, врач должен удостовериться, что больной воспринимает такие мысли как свои собственные (а не внушенные кем-то или чем-то).

Компульсивные ритуалы в некоторых случаях можно заметить при внимательном наблюдении, но иногда они принимают скрытую от постороннего глаза форму (как, например, мысленный счет) и обнаруживаются только потому, что нарушают течение беседы. При наличии компульсивных ритуалов необходимо попросить больного привести

конкретные примеры. Для выявления подобных расстройств используют следующие вопросы:

- Чувствуете ли вы необходимость постоянно проверять действия, которые, как вы знаете, вы уже выполнили?
- Ощущаете ли вы необходимость снова и снова делать что-то, что большинство людей делает только один раз?
- Чувствуете ли вы необходимость многократно повторять одни и те же действия абсолютно одинаковым способом? Если на любой из этих вопросов больной ответит «да», врач должен попросить его привести конкретные примеры.

Бред - это единственный симптом, о котором нельзя спрашивать прямо, потому что больной не осознает разницы между ним и другими убеждениями. Врач может предполагать наличие бреда, основываясь на информации, полученной от других лиц или из истории болезни.

Если ставится задача выявить наличие бредовых идей, целесообразно для начала попросить пациента объяснить другие симптомы или описанные им неприятные ощущения. Например, если больной говорит, что жить не стоит, он также может считать себя глубоко порочным, а свою карьеру — погубленной, несмотря на отсутствие объективных оснований для такого мнения.

Врач-психиатр должен быть готовым к тому, что многие больные скрывают бред. Однако если тема бреда уже раскрыта, пациент часто продолжает развивать ее без подсказки.

Если выявлены идеи, которые могут оказаться бредовыми, но могут и не быть таковыми, необходимо выяснить, насколько они устойчивы. Необходимо выяснить, не обусловлены ли убеждения пациента скорее культурными традициями, нежели бредом. Судить об этом бывает трудно, если пациент воспитан в традициях другой культуры или принадлежит к необычной религиозной секте. В таких случаях можно разрешить сомнения, подыскав психически здорового соотечественника пациента или лицо, исповедующее ту же религию.

Существуют специфические формы бреда, распознать которые особенно сложно. Бредовые идеи открытости необходимо дифференцировать от мнения, что окружающие могут догадаться о мыслях человека по выражению его лица или поведению. Для выявления указанной формы бреда можно спросить:

- Верите ли вы в то, что другие люди знают, о чем вы думаете, хотя вы не высказывали своих мыслей вслух?

В целях выявления бреда «вкладывания мыслей» используют соответствующий вопрос:

- Вы когда-нибудь чувствовали, что некоторые мысли не принадлежат собственно вам, а внедрены в ваше сознание извне?

Бред «отнятия мыслей» может быть диагностирован с помощью вопроса:

- Ощущаете ли вы иногда, что мысли изымают у вас из головы?

При диагностике бреда контроля врач сталкивается с аналогичными трудностями. В этом случае можно спросить:

- Чувствуете ли вы, что какая-то внешняя сила пытается управлять вами?
- Не бывает ли у вас ощущения, что ваши действия контролируются каким-то лицом или чем-то, находящимся вне вас?

Поскольку переживания такого рода далеки от нормальных, некоторые пациенты неправильно понимают вопрос и отвечают утвердительно, имея в виду религиозное или философское убеждение в том, что деятельность человека направляется Богом или дьяволом. Другие думают, что речь идет об ощущении потери самоконтроля при крайней тревоге. Больные шизофренией могут заявить о наличии у них указанных ощущений, если они слышали «голоса», отдающие команды. Поэтому за получением положительных ответов должны следовать дальнейшие вопросы для исключения подобных недоразумений.

Бред ревности. Его содержанием является убежденность в измене супруги/супруга. Любые факты воспринимаются как доказательства этой измены. Обычно больные прилагают большие усилия, чтобы найти подтверждения внебрачной любовной связи в виде волос на постельном белье, запаха духов или одеколона от одежды, подарков от любовника. Вырабатываются планы и делаются попытки застать любовников вместе.

- Не бывает ли у Вас мысли о том, что Ваш(а) супруг(а) / друг, могут быть неверны Вам?

- Какие подтверждения тому у Вас есть?

Бред виновности. Пациент уверен, что он совершил какой-то ужасный грех или сделал что-то непозволительное. Иногда пациент чрезмерно и неадекватно поглощен (охвачен) переживаниями о том «плохом», что он делал в детстве. Иногда пациент чувствует ответственность за какие-то трагические события, как, например, пожар или авткатастрофу, к которым в действительности он не имеет отношения.

- Не бывает ли у Вас ощущения, что Вы совершили что-то ужасное?
- Есть ли что-то такое, за что Вас мучает совесть?
- Можете ли Вы рассказать об этом?
- Кажется ли Вам, что Вы заслуживаете наказания за это?
- Думаете ли Вы иногда о том, чтобы наказать себя?

Мегаломанический бред. Больной считает, что обладает особыми способностями и могуществом. Он может быть уверен в том, что является знаменитой личностью, например, какой-нибудь рок-звездой, Наполеоном или Христом; считать, что он написал великие книги, сочинил гениальные музыкальные произведения или сделал революционные научные открытия. Часто возникают подозрения в том, что кто-то пытается украсть его идеи, малейшие сомнения со стороны в его особых способностях вызывают раздражение.

- Не возникает ли мыслей, что Вы можете добиться чего-то великого?
- Если бы Вы сравнили себя со средним человеком, как бы Вы оценили себя: немного лучше, немного хуже или такой же?
- Если хуже; то в чем? Есть ли в Вас что-то особенное?
- Есть ли у Вас какие-либо особые способности, дарования или возможности, имеете ли Вы экстрасенсорное восприятие или какой-то способ влиять на людей?
- Считаете ли Вы себя яркой личностью?
- Можете ли Вы описать, чем Вы знамениты?

Бред религиозного содержания. Пациент охвачен ложными религиозными представлениями. Иногда они возникают в рамках традиционных религиозных систем, скажем, представления о Втором Пришествии, Антихристе или овладении дьяволом. Это могут быть и совершенно новые религиозные системы или смесь представлений из различных религий, в частности восточных, например, идеи реинкарнации или нирваны.

Религиозный бред может сочетаться с мегаломаническим бредом величия (если пациент считает себя религиозным лидером); бредом виновности, если мнимое преступление является, по убеждению больного, грехом, за который он должен нести вечную кару Господа, или бредом воздействия, например, при убежденности в одержимости дьяволом.

Бред религиозного содержания должен выходить за рамки представлений, принятых в культуральном и религиозном окружении пациента.

- Вы религиозный человек?
- Что Вы под этим понимаете?
- Имели ли Вы какой-нибудь необычный религиозный опыт (впечатления)?
- Вы воспитывались в религиозной семье или пришли к вере позже? Как давно?
- Близки ли Вы к Богу? Означил ли Бог особую роль или цель для Вас?
- Имеете ли Вы особую миссию в жизни?

Ипохондрический бред проявляется болезненной убежденностью в наличии тяжелого, неизлечимого заболевания. Любое высказывание врача в этом случае трактуется как

попытка обмануть, скрыть истинную опасность, а отказ от операции или другого радикального способа лечения убеждает пациента в том, что болезнь достигла терминальной стадии.

Эти расстройства следует отличать от дисморфомонического (дисморфофобического) синдрома, когда основные переживания больного сосредоточены на возможном физическом недостатке или уродстве. Помимо собственно идей физического недостатка, у страдающих дисморфоманией, как правило, наблюдаются идеи отношения (ощущение, что все окружающие замечают их дефект, посмеиваются над ними), тоскливый фон настроения. Описывают постоянное стремление больных незаметно от окружающих рассматривать себя в зеркале («симптом зеркала»), настойчивый отказ от участия в фотосъемках, обращения в косметологические салоны с просьбами о проведении операций по исправлению «недостатков».

Например, больной может считать, что его желудок или мозг сгнил; его руки вытянулись или изменились черты лица (дисморфомания).

- Нет ли каких-либо нарушений в работе Вашего организма?
- Не замечали ли каких-нибудь изменений Вашего внешнего вида?

Бред отношения. Больные считают, что ничего не значащие замечания, высказывания или события относятся к ним или предназначены им специально. Увидев смеющихся людей, больной убежден, что смеются над ним. Читая газету, слушая радио или смотря телевизор, больные склонны воспринимать определенные фразы в качестве специальных сообщений, адресованных им. Твердую убежденность в том, что не имеющие отношения к пациенту события или высказывания относятся к нему, следует считать бредом отношения.

- Входя в комнату, где находятся люди, не думаете ли Вы, что они разговаривают о Вас и, может быть, смеются над Вами?
- Бывает по телевидению, в радиопрограммах и газетах какая-то информация, имеющая отношение лично к Вам?
- Как реагируют на Вас незнакомые люди в общественных местах, на улице, в транспорте?

Бред воздействия. Больной испытывает отчетливое влияние на чувства, мысли и действия со стороны или ощущение управления ими какой-то внешней силой. Главным признаком этой формы бреда является выраженное ощущение воздействия.

Наиболее характерны описания чуждых сил, поселившихся в теле пациента и заставляющих его двигаться особым образом или каких-либо телепатических посланий, вызывающих чувства, воспринимающиеся как чужие.

- Некоторые люди верят в возможность передавать мысли на расстояние. Каково Ваше мнение?
- Не приходилось ли Вам испытывать ощущение несвободы, не связанное с внешними обстоятельствами?
- Не было ли когда-нибудь впечатления, что Ваши мысли или чувства не принадлежат Вам?
- Приходилось ли Вам ощущать, что какая-то сила управляет Вашими движениями?
- Чувствовали ли Вы когда-нибудь необычное воздействие?
- Было ли это воздействие со стороны какого-то человека?
- Не было ли необычным образом вызванных неприятных либо приятных ощущений в теле?

Открытость мыслей. Пациент убежден в том, что люди могут читать его мысли на основании субъективного восприятия и особенностей поведения окружающих.

Вкладывание мыслей. Больной считает, что мысли, не являющиеся его собственными, вкладываются в его голову.

Изъятие мыслей. Больные могут описывать субъективные ощущения внезапного удаления или прерывания мысли со стороны какой-то внешней силы.

Субъективный, перцептивный, компонент бреда воздействия, называемый психическим автоматизмом (идеаторный, сенсорный и моторный варианты), выявляется с помощью тех же вопросов:

- Не случилось ли Вам чувствовать, что люди могут знать, о чем Вы думаете, или даже читать Ваши мысли?
- Как они могут делать это?
- Зачем им это нужно?
- Можете ли Вы сказать, кто контролирует Ваши мысли?

Вышеописанные симптомы входят в структуру идеаторного автоматизма, наблюдающегося при синдроме Кандинского-Клерамбо.

Расстройства памяти

В процессе сбора анамнеза должны быть заданы вопросы о наличии постоянных затруднений при запоминании. Во время обследования психического статуса пациентам предлагаются тесты для оценки памяти на текущие, недавние и отдаленные события. Кратковременная память оценивается следующим образом. Больного просят воспроизвести ряд однозначных чисел, произносимых достаточно медленно, с тем, чтобы дать возможность больному зафиксировать их.

Для начала выбирают легкий для запоминания короткий ряд чисел, дабы удостовериться в том, что больной понял задание. Называют пять разных чисел. Если больной сможет повторить их правильно, предлагают ряд из шести, а затем из семи чисел. Если пациент не справился с запоминанием пяти чисел, тест повторяют, но уже с рядом других пяти чисел.

Нормальным показателем для здорового человека считается правильное воспроизведение семи чисел. Для выполнения этого теста необходима также достаточная концентрация внимания, поэтому его нельзя использовать для оценки памяти, если результаты тестов на концентрацию явно ненормальны.

Далее оценивается способность к восприятию новой информации и немедленному ее воспроизведению, а затем и к ее запоминанию. В течение пяти минут врач продолжает беседовать с пациентом на другие темы, после чего проверяются результаты запоминания. Здоровый человек допустит лишь несущественные погрешности.

Память на недавние события оценивают, спрашивая о новостях за последние один-два дня или о событиях в жизни больного, известных врачу. Новости, о которых задаются вопросы, должны соответствовать интересам больного и широко освещаться средствами массовой информации.

Память на отдаленные события можно оценить, попросив больного вспомнить определенные моменты из его биографии либо хорошо известные факты общественной жизни за последние несколько лет, такие как даты рождения его детей или внуков или же имена политических лидеров. Четкое представление о последовательности событий так же важно, как и наличие воспоминаний об отдельных событиях.

Когда больной находится в больнице, определенные выводы о его памяти можно сделать на основании информации, предоставляемой средним медицинским персоналом. Их наблюдения касаются того, насколько быстро больной усваивает обыденный распорядок дня, имена сотрудников клиники и других больных; не забывает ли он, куда кладет вещи, где расположена его кровать, как пройти в комнату для отдыха.

Стандартизированные психологические тесты на усвоение и память могут помочь при диагностике и обеспечивают количественную оценку нарастания расстройств памяти. Среди них одним из наиболее эффективных является тест Векслера на логическую память, при котором требуется воспроизвести содержание короткого абзаца немедленно и по истечении 45 минут. Подсчет баллов производится на основании количества правильно воспроизведенных пунктов.

Нарушения памяти встречаются часто, а во второй половине жизни в той или иной степени имеют место у большинства людей. Квалификация специфики нарушений памяти может помочь врачу составить целостное представление о ведущем синдроме, нозологической принадлежности заболевания, стадии течения, а иногда и о локализации патологического процесса.

За жалобами на «потерю памяти» может скрываться иная патология. Действительная замедленность мышления усугубляется неуверенностью либо невнимательностью, связанной с тревожностью депрессивных больных, а сниженная самооценка обрамляет эти реальные когнитивные нарушения в рамки переживаний малоценности. На начальных этапах развития депрессии это могут быть жалобы на нарушение памяти.

При реактивных истерических состояниях возможно активное забывание или вытеснение тягостных психотравмирующих переживаний. Вне временных рамок патогенной ситуации память остается сохранной.

Фрагментарные выпадения из памяти отдельных (часто значимых) деталей событий, происшедших в состоянии алкогольного опьянения, - палимпсесты - являются достоверным признаком начальной стадии алкоголизма.

Для выявления патологии памяти используются пробы на запоминание искусственных словосочетаний и десяти слов.

Элективные, избирательные дисмнезии - запечатывание конкретной информации, возникающее в ситуациях психоэмоциональной напряженности, лимита времени, характерное для сосудистой мозговой патологии. Забывание дат, имен, адресов или номеров телефонов при волнении может обратить на себя внимание уже при сборе анамнеза. В этом случае особенно уместно уточнить:

- Не замечали ли Вы, что Вам не удастся вспомнить что-то хорошо знакомое, когда вспомнить нужно срочно, например, при неожиданном телефонном разговоре либо когда Вы разволновались?

- Динамические нарушения памяти. При сосудистых заболеваниях головного мозга у больных, перенесших черепно-мозговые травмы, при некоторых интоксикациях мнестическая деятельность может носить прерывистый характер. Подобные нарушения редко выступают в виде изолированного моносимптома, а проявляются в сочетании с прерывистостью всех психических процессов. Память в данном случае является индикатором неустойчивости, истощаемости умственной работоспособности больных в целом.

Одним из показателей динамического нарушения памяти является возможность ее улучшения при применении средств опосредования, к чему больные прибегают в повседневной жизни. О таком приспособлении уместно поинтересоваться:

- Не делаете ли Вы себе какие-нибудь заметки для памяти (узелки на носовом платке)?

- Не оставляете ли Вы на видном месте какие-нибудь предметы, которые напомнили бы Вам о чем-то?

Фиксационная амнезия состоит в нарушении запоминания текущих событий, при сохранности памяти на прошлое. Эта амнезия является ведущим симптомом синдрома Корсакова при токсических, травматических и сосудистых психозах, протекающих как остро, так и хронически. Представившись пациенту, уместно предупредить, что в интересах обследования Вы попросите назвать Вас по имени спустя какое-то время. Обычно задаются следующие вопросы:

- Что Вы делали сегодня утром?
- Как зовут Вашего лечащего врача?
- Назовите имена пациентов из Вашей палаты.

Ретроградная амнезия представляет собой выпадение из памяти событий, предшествовавших периоду нарушенного сознания.

При антероградной амнезии из памяти больного выпадают события на период времени, непосредственно следующий за периодом нарушенного сознания. Конградная амнезия представляет собой отсутствие памяти на события, происходившие в период нарушенного сознания.

Поскольку эти амнезии отличаются приуроченностью к определенному состоянию или действию патогенного фактора, то, расспрашивая больного, следует очертить границы этого периода, в рамках которого восстановить события больным в памяти не удастся.

Прогрессирующая гипомнезия. Опустошение памяти нарастает постепенно и происходит в определенной последовательности: от частного к общему, от позднее приобретенных навыков и знаний к тем, что были получены раньше, от менее эмоционально значимого к более значимому. Такая динамика соответствует закону Рибо. Выраженность прогрессирующей амнезии могут выявлять вопросы о жизненных событиях, задаваемые в последовательности - от текущих к отдаленным. Не могли бы Вы назвать:

- последние наиболее известные события в мире;
- приблизительную численность населения города (поселка), где Вы живете;
- часы работы Вашего ближайшего продуктового магазина;
- дни Вашего обычного получения пенсии (зарплаты);
- сколько Вы платите за квартиру?

Псевдореминисценции - обманы памяти, заключающиеся в смещении во времени событий, действительно имевших место в жизни больного. События прошлого выдаются за настоящее. Содержание их, как правило, однообразно, обыденно, правдоподобно. Обычно как псевдореминисценции, так и конфабуляции спонтанно излагаются больными в рассказе. Вопросы, направленные на выявление этих расстройств не определены.

Конфабуляции. Воспоминания, не имеющие никакого реального основания в прошлом, временной причинной связи с ним. Выделяют фантастические конфабуляции, которые представляют собой вымысел о необыкновенных событиях, происшедших с больными в различные периоды жизни, в том числе и в доболезненный период. Конфабуляции могут быть отрывочны, изменчивы, при повторных рассказах сообщаются новые невероятные подробности.

Расстройства внимания

Внимание — это способность сосредоточиться на каком-либо объекте. Концентрация — способность удерживать эту сосредоточенность. Во время сбора анамнеза врач должен следить за вниманием и его концентрацией у пациента. Таким образом он уже сможет сформировать суждение о соответствующих способностях до окончания обследования психического статуса. Формальные тесты позволяют расширить эту информацию и дают возможность с определенной достоверностью выразить в количественных показателях изменения, развивающиеся по мере прогрессирования заболевания. Обычно начинают со счета по Крепелину: больного просят отнять 7 от 100, затем вычесть 7 из остатка и повторять указанное действие до тех пор, пока остаток не окажется меньше семи. Регистрируют время выполнения теста, а также количество ошибок. Если создается впечатление, что пациент плохо справился с тестом из-за слабого знания арифметики, следует предложить ему выполнить более простое аналогичное задание или перечислить названия месяцев в обратном порядке.

Исследование направленности и сосредоточенности психической деятельности пациентов является очень важным в различных областях клинической медицины, так как с расстройства внимания начинаются многие психические и соматические болезненные процессы. Нарушения внимания часто подмечаются самими больными, а почти житейский характер этих расстройств позволяет пациентам рассказывать о них врачам различных специальностей. Однако при некоторых психических заболеваниях больные могут и не замечать своих проблем в сфере внимания.

К числу основных характеристик внимания относят объем, избирательность, устойчивость, концентрацию, распределение и переключение.

Под объемом внимания понимается то количество объектов, которое может быть отчетливо воспринято в относительно короткий период времени.

Ограниченность объема внимания требует постоянного выделения субъектом каких-либо наиболее значимых объектов окружающей действительности. Этот выбор из множества стимулов только некоторых носит название избирательности внимания.

- Больной обнаруживает рассеянность, периодически переспрашивает собеседника (врача), особенно часто к концу беседы.

- На характере общения сказывается заметная отвлекаемость, трудность в поддержании и произвольном переключении внимания на новую тему.

- Внимание пациента удерживается на одной мысли, теме разговора, объекта совсем недолго

Устойчивость внимания - это способность субъекта не отклоняться от направленной психической активности и сохранять сосредоточенность на объекте внимания.

Больного отвлекают любые внутренние (мысли, ощущения) или внешние раздражители (посторонний разговор, уличный шум, какой-нибудь предмет, попавший в поле зрения). Продуктивный контакт может быть практически невозможен.

Концентрация внимания является способностью фокусировать внимание при наличии помех.

- Замечаете ли Вы, что Вам трудно сосредоточиться при выполнении умственной работы, особенно в конце рабочего дня?

- Не замечаете ли Вы, что стали делать больше ошибок в работе по невнимательности?

Распределение внимания свидетельствует о возможности субъекта направлять и сосредоточивать свою психическую деятельность на нескольких независимых переменных одновременно.

Переключение внимания представляет собой перемещение его направленности и сосредоточенности с одного объекта или вида деятельности на другие.

- Чувствительны ли Вы к внешним помехам при выполнении умственной работы?

- Быстро ли Вам удастся переключить внимание с одного занятия на другое?

- Всегда ли Вам удастся уследить за сюжетом интересующего Вас фильма, телепередачи?

- Часто ли Вы отвлекаетесь при чтении?

- Часто ли Вам приходится замечать, что Вы механически пробегаете текст взглядом, не улавливая его смысл?

Исследование внимания также проводится с помощью таблиц Шульте и корректурной пробы.

Расстройства эмоций

Низшие эмоции, высшие эмоции

Оценку настроения начинают с наблюдения за поведением и продолжают с помощью прямых вопросов:

- Какое у вас настроение?

- Как вы себя чувствуете в смысле душевного состояния?

Если выявлена депрессия, следует более подробно расспросить пациента о том, ощущает ли он иногда, что близок к слезам (существующая фактически слезливость часто отрицается), посещают ли его пессимистические мысли о настоящем, о будущем; возникает ли у него чувство вины по отношению к прошлому. Вопросы при этом могут формулироваться следующим образом:

- Как вы думаете, что с вами будет в будущем?

- Вините ли вы себя в чем-нибудь?

При углубленном исследовании состояния тревоги больного спрашивают о соматических симптомах и о мыслях, сопровождающих данный аффект:

- Замечаете ли вы какие-либо изменения в своем организме, когда ощущаете тревогу? Затем переходят к рассмотрению специфических моментов, осведомляясь об учащенном сердцебиении, сухости во рту, потливости, дрожи и других признаках активности вегетативной нервной системы и мышечного напряжения. Чтобы выявить наличие тревожных мыслей, рекомендуется спросить:

- Что приходит вам на ум, когда вы испытываете тревогу?

Вероятные ответы связаны с мыслями о возможном обмороке, потере контроля над собой и о надвигающемся сумасшествии. Многие из этих вопросов неизбежно совпадают с задаваемыми при сборе сведений для истории болезни.

Вопросы о приподнятом настроении соотносятся с задаваемыми при депрессии; так, за общим вопросом («Как настроение?») следуют при необходимости соответствующие прямые вопросы, например:

- Чувствуете ли вы необычайную бодрость?

Приподнятое настроение часто сопровождается мыслями, отражающими чрезмерную самоуверенность, завышенную оценку своих способностей и сумасбродные планы.

Наряду с оценкой доминирующего настроения врач должен выяснить, как изменяется настроение и соответствует ли оно ситуации. При резких сменах настроения говорят, что оно лабильно. Необходимо также отмечать любое стойкое отсутствие эмоциональных реакций, обычно обозначаемое как притупление или уплощение эмоций. У психически здорового человека настроение изменяется в соответствии с основными обсуждаемыми темами; он выглядит грустным, говоря о печальных событиях, проявляет гнев, рассказывая о том, что его рассердило, и т.д. Если настроение не совпадает с ситуацией (например, больной хихикает, описывая смерть своей матери), оно отмечается как неадекватное. Этот симптом часто диагностируют без достаточных оснований, поэтому необходимо записать в истории болезни характерные примеры. Более близкое знакомство с больным может в дальнейшем подсказать другое объяснение его поведению; например, улыбка при разговоре о грустных событиях может оказаться следствием смущения.

Состояние эмоциональной сферы определяется и оценивается в процессе всего обследования. При исследовании сферы мышления, памяти, интеллекта, восприятия фиксируется характер эмоционального фона, волевых реакций больного. Оценивается особенность эмоционального отношения больного к родственникам, сослуживцам, соседям по палате, медицинскому персоналу, собственному состоянию. При этом важно учитывать не только самоотчет больного, но и данные объективного наблюдения за психомоторной активностью, мимикой и пантомимикой, за показателями тонуса и направленности вегетативно-обменных процессов. Следует опросить больного и наблюдавших за ним о продолжительности и качестве сна, аппетита (снижен при депрессии и повышен при мании), физиологических отправлениях (запоры при депрессии). При осмотре обратить внимание на величину зрачков (расширены при депрессии), на влажность кожи и слизистых (сухость при депрессии), измерить артериальное давление и сосчитать пульс (повышение АД и учащение пульса при эмоциональном напряжении), выяснить самооценку больного (переоценка при маниакальном состоянии и самоуничижение при депрессии).

Депрессивные симптомы

Подавленное настроение (гипотимия). Пациенты испытывают чувства печали, уныния, безнадежности, обескураженности, чувствуют себя несчастными; тревога, напряженность или раздражительность также должны оцениваться как дисфорическое настроение. Оценка производится безотносительно длительности настроения.

- Испытывали ли Вы напряженность (тревогу, раздражительность)?
- Как долго это длилось?
- Испытывали ли Вы периоды подавленности, грусти, безнадежности?

- Знакомо ли Вам состояние, когда Вас ничто не радует, когда Вам все безразлично? Психомоторная заторможенность. Пациент ощущает заторможенность и испытывает затруднения в движениях. Должны быть заметны объективные признаки заторможенности, например, замедленная речь, паузы между словами.

- Ощущаете ли Вы заторможенность?

Ухудшение когнитивных способностей. Пациенты жалуются на ухудшение способности концентрировать внимание и вообще ухудшение мыслительных способностей. Например, беспомощность при обдумывании, неспособность к принятию решения. Нарушения мышления в большей степени субъективны и отличаются от таких грубых расстройств, как разорванность или бессвязность мышления.

- Испытываете ли Вы какие-либо проблемы при обдумывании; принятии решений; выполняя арифметические действия в быту; при необходимости сконцентрироваться на чем-то?

Потеря интереса и/или стремления к удовольствиям. Пациенты утрачивают заинтересованность, потребность в получении удовольствия в различных сферах жизни, снижается половое влечение.

- Не замечаете ли Вы изменений в Вашем интересе к окружающему?

- Что обычно доставляет Вам удовольствие?

- Радует ли Вас это сейчас?

Идеи малоценности (самоуничтожения), виновности. Больные уничижительно оценивают свою личность и способности, умаляя или отрицая все положительное, говорят о чувстве вины и высказывают необоснованные идеи виновности.

- Нет ли у Вас чувства недовольства собой в последнее время?

- С чем это связано?

- Что в Вашей жизни можно расценить как Ваше личное достижение?

- Не испытываете ли Вы чувства виновности?

- Не могли бы Вы рассказать, в чем Вы себя обвиняете?

Мысли о смерти, суициде. Почти все депрессивные больные часто возвращаются к мыслям о смерти или самоубийстве. Обычны высказывания о желании уйти в забытие, чтобы это случилось внезапно, без участия больного, «заснуть и не проснуться». Характерно обдумывание способов самоубийства. Но иногда больные склонны к конкретным суицидальным действиям.

Большое значение имеет так называемый «антисуицидальный барьер», одно или несколько обстоятельств, удерживающих больного от суицида. Выявление и укрепление этого барьера является одним из немногих способов предотвращения суицида.

- Нет ли ощущения безнадежности, жизненного тупика?

- Не бывало ли у Вас ощущения, что Ваша жизнь не стоит того, чтобы ее продолжать?

- Приходят ли в голову мысли о смерти?

- Появлялось ли у Вас желание лишить себя жизни?

- Обдумывали ли Вы конкретные способы самоубийства?

- Что Вас удерживало от этого?

- Были ли попытки сделать это?

- Могли бы Вы рассказать об этом подробнее?

Снижение аппетита и / или веса. Депрессия, как правило, сопровождается изменением, чаще снижением, аппетита и массы тела. Повышение аппетита встречается при некоторых атипичных депрессиях, в частности, при сезонном аффективном расстройстве (зимней депрессии).

- Изменился ли Ваш аппетит?

- Не похудели / пополнели ли Вы в последнее время?

Бессонница или повышенная сонливость. Среди нарушений ночного сна принято выделять бессонницу периода засыпания, бессонницу середины ночи (частые пробуждения, поверхностный сон) и преждевременные пробуждения с 2 до 5 часов.

Нарушения засыпания более характерны для бессонницы невротического генеза, ранние преждевременные пробуждения чаще встречаются при эндогенных депрессиях с отчетливым тоскливым и / или тревожным компонентами.

- Есть ли у Вас проблемы со сном?
- Легко ли Вы засыпаете?
- Если нет, что мешает Вам заснуть?
- Бывают ли беспричинные пробуждения среди ночи?
- Беспокоят ли Вас тяжелые сновидения?
- Не бывает ли преждевременных предутренних пробуждений? (Вам удастся снова заснуть?)
- В каком настроении Вы просыпаетесь?

Суточные колебания настроения. Уточнение ритмических особенностей настроения больных представляет собой важный дифференциальный признак эндо- и экзогенности депрессии. Наиболее типичным эндогенным ритмом является постепенное уменьшение тоски либо тревоги, особенно выраженной в утренние часы в течение дня.

- Какое время суток является наиболее тяжелым для Вас?
- Вы чувствуете себя тяжелее утром или вечером?

Снижение эмоционального реагирования проявляется бедностью мимики, диапазона чувств, монотонностью голоса. Основанием для оценки являются двигательные проявления и эмоциональный ответ, регистрируемые в ходе расспроса. Следует учитывать, что оценка некоторых симптомов может быть искажена приемом психотропных средств.

Однообразное выражение лица

- Мимическая экспрессия может быть неполной.
- Выражение лица пациента не меняется либо мимический ответ меньше ожидаемого в соответствии с эмоциональным содержанием беседы.
- Мимика застывшая, безучастная, реакция на обращение вялая.

Уменьшение спонтанности движений

- Пациент выглядит очень скованным во время беседы.
- Движения замедлены.
- Больной сидит неподвижно в течение всей беседы.

Недостаточная жестикуляция или ее отсутствие

- Больной обнаруживает некоторое уменьшение выразительности жестов.
- Больной не использует для выражения своих идей и чувств движения руками, наклоны вперед при сообщении чего-то доверительного и т.д.

Отсутствие эмоционального ответа

- Недостаточность эмоционального резонанса может быть проверена улыбкой или шуткой, которая обычно вызывает ответную улыбку или смех.
- Больной может пропускать некоторые из таких стимулов.
- Больной не реагирует на шутку, как бы его ни провоцировали.

Монотонность голоса

- Во время беседы больной обнаруживает легкое снижение голосовой модуляции.
- В речи пациента слова мало выделяются высотой или силой тона.
- Больной не меняет тембр или громкость голоса при обсуждении сугубо личных тем, способных вызвать возмущение. Речь больного постоянно монотонна.

Анергия. Этот симптом включает чувство потери энергии, быструю утомляемость или чувство беспричинной усталости. Расспрашивая об этих нарушениях, следует их сравнивать с обычным уровнем активности пациента:

- Не испытываете ли Вы большей, чем обычно, усталости, выполняя обычные дела?

- Приходится ли чувствовать физическое и/или душевное истощение?

Тревожные расстройства

Панические расстройства. К ним относятся неожиданные и беспричинные приступы тревоги. Такие соматовегетативные симптомы тревоги, как тахикардия, одышка, потливость, тошнота или дискомфорт в области живота, боль или неприятное ощущение в груди, могут быть более выражены, чем психические проявления: деперсонализация (дереализация), страх смерти, парестезии.

- Приходилось ли Вам испытывать внезапные приступы паники или страха, при которых Вам было очень тяжело физически?
- Как долго они продолжались?
- Какие неприятные ощущения их сопровождали?
- Не сопровождалась ли эти приступы страхом смерти?

Маниакальные состояния

Маниакальные симптомы. Повышенное настроение. Состояние больных характеризуется чрезмерной веселостью, оптимистичностью, иногда раздражительностью, не связанной с алкогольной или иной интоксикацией. Пациенты редко расценивают повышенное настроение как проявление болезни. В то же время диагностика актуального маниакального состояния не вызывает особых трудностей, поэтому расспрашивать приходится чаще о перенесенных в прошлом маниакальных эпизодах.

- Приходилось ли Вам ощущать особую приподнятость настроения в какой-то период Вашей жизни?
- Существенно ли он отличался от Вашей нормы поведения?
- Были ли у Ваших родственников, друзей основания думать, что Ваше состояние выходит за рамки просто хорошего настроения?
- Испытывали ли Вы раздражительность?
- Как долго это состояние длилось?

Гиперактивность. Пациенты обнаруживают повышенную активность в работе, семейных делах, сексуальной сфере, в построении планов и проектов.

- Верно ли, что Вы (были тогда) активны и заняты больше, чем обычно?
- Как насчет работы, общения с друзьями?
- Насколько Вы увлечены сейчас Вашим хобби или другими интересами?
- Можете (могли) ли Вы сидеть спокойно или Вам хочется (хотелось) все время двигаться?

Ускорение мышления / скачка идей. Больные могут испытывать отчетливое ускорение мыслей, заметить, что мысли опережают речь.

- Замечаете ли Вы легкость возникновения мыслей, ассоциаций?
- Можно сказать, что Ваша голова полна идей?

Повышенная самооценка. Оценка достоинств, связей, влияния на людей и события, силы и знаний отчетливо повышена по сравнению с обычным уровнем.

- Чувствуете ли Вы большую уверенность в себе, чем обычно?
- Есть ли у Вас какие-то особые планы?
- Ощущаете ли Вы в себе какие-то особые способности или новые возможности?
- Не кажется ли Вам, что Вы особая личность?

Снижение продолжительности сна. При оценке нужно учитывать средний показатель за несколько последних суток.

- Вам требуется меньше часов для сна, чтобы чувствовать себя отдохнувшим, чем обычно?
- Сколько часов на сон Вам хватает обычно и сколько теперь?

Сверхотвлекаемость. Внимание пациента очень легко переключается на незначимые или не относящиеся к теме разговора внешние раздражители.

- Замечаете ли Вы, что окружающее отвлекает Вас от основной темы разговора?

Поведенческая сфера

Инстинктивная активность, волевая активность

Внешний вид пациента, его манера одеваться позволяет сделать вывод о волевых качествах. Пренебрежение к себе, проявляющееся в неряшливом виде и измятой одежде, наводит на мысль о нескольких возможных диагнозах, включая алкоголизм, наркоманию, депрессию, деменцию или шизофрению. Больные с маниакальным синдромом нередко предпочитают яркие цвета, выбирают нелепого фасона платье или могут казаться плохо ухоженными. Следует также обратить внимание на телосложение пациента. Если есть основания предполагать, что за последнее время он сильно потерял в весе, это должно насторожить врача и навести его на мысль о возможном соматическом заболевании или нервной анорексии, депрессивном расстройстве.

Выражение лица дает информацию о настроении. При депрессии наиболее характерными признаками являются опущенные уголки рта, вертикальные морщины на лбу и слегка приподнятая средняя часть бровей. У больных, находящихся в состоянии тревоги, обычно горизонтальные складки на лбу, приподнятые брови, глаза широко открыты, зрачки расширены. Хотя депрессия и тревога особенно важны, наблюдатель должен искать признаки целого ряда эмоций, включая эйфорию, раздражение и гнев. «Каменное», застывшее выражение лица бывает у больных с явлениями паркинсонизма вследствие приема нейролептиков. Лицо может также указать на такие соматические состояния, как тиреотоксикоз и микседема.

Поза и движения также отражают настроение. Больные в состоянии депрессии сидят обычно в характерной позе: наклонившись вперед, сгорбившись, опустив голову и глядя в пол. Тревожные больные сидят выпрямившись с поднятой головой, часто на краешке стула, крепко держа руки за сиденье. Они, как и больные ажитированной депрессией, почти всегда беспокойны, все время прикасаются к своим украшениям, поправляют одежду или подпиливают ногти; их бьет дрожь. Маниакальные больные гиперактивны и беспокойны.

Большое значение имеет социальное поведение. Пациенты с маниакальным синдромом часто нарушают принятые в обществе условности и чрезмерно фамильярны с малознакомыми людьми. Дементные больные иногда неадекватно реагируют на порядок медицинского собеседования или продолжают заниматься своими делами, как будто нет никакого собеседования. Больные шизофренией нередко странно ведут себя во время опроса; одни из них гиперактивны и расторможены в поведении, другие замкнуты и поглощены своими мыслями, некоторые агрессивны. Больные с асоциальным расстройством личности тоже могут казаться агрессивными. Регистрируя нарушения социального поведения, врач-психиатр должен дать четкое описание конкретных действий пациента.

Наконец, врач должен тщательно проследить, нет ли у пациента необычных моторных расстройств, которые наблюдаются главным образом при шизофрении. К ним относятся стереотипии, застывание в позах, эхопраксия, амбигуэнтность и восковая гибкость. Следует также иметь в виду возможность развития поздней дискинезии—нарушения двигательных функций, наблюдающегося главным образом у пожилых больных (особенно у женщин), в течение длительного времени принимающих антипсихотические препараты. Это расстройство характеризуется жевательными и сосательными движениями, гримасничаньем и хореоатетозными движениями, захватывающими лицо, конечности и дыхательную мускулатуру.

Патология сознания

Алло-, ауто- и соматопсихическая ориентировка

Ориентировку оценивают, используя вопросы, направленные на выявление осознания больным времени, места и субъекта. Исследование начинают с вопросов о дне, месяце, годе и времени года. При оценке ответов необходимо помнить, что многие здоровые люди не знают точной даты, и вполне понятно, что больные, пребывающие в клинике, могут быть не уверены в отношении дня недели, особенно если в палате постоянно соблюдается одинаковый режим. Выясняя ориентировку в месте, спрашивают пациента о том, где он находится (например, в больничной палате или в доме престарелых). Затем задают вопросы о других людях - допустим, о супруге пациента или об обслуживающем персонале палаты, - осведомляясь, кто они такие и какое отношение имеют к больному. Если последний не в состоянии ответить на эти вопросы правильно, следует попросить его идентифицировать себя самого.

Изменение сознания может возникать вследствие разнообразных причин: соматических заболеваний, ведущих к психозу, интоксикаций, черепно-мозговых травм, шизофренического процесса, реактивных состояний. Поэтому расстройства сознания неоднородны.

В качестве типичных симптомокомплексов измененного сознания выделяют делирий, аменцию, онейроид, сумеречное помрачение сознания. Для всех этих симптомокомплексов характерны выраженные в различной степени:

- расстройство запоминания происходящих событий и субъективных переживаний, ведущее к последующей амнезии, неотчетливость восприятия окружающего, его фрагментарность, затруднение фиксации образов восприятия;
- та или иная дезориентировка во времени, в месте, непосредственном окружении, самом себе;
- нарушение связности, последовательности мышления в сочетании с ослаблением суждений;
- амнезии периода помраченного сознания

Дезориентировка. Расстройство ориентировки проявляется при различных острых психозах, хронических состояниях и легко поддается проверке относительно текущей реальной ситуации, окружающей обстановки и личности пациента.

- Как Вас зовут?
- Кто Вы по профессии?

Целостное восприятие окружающей среды может заменяться изменчивыми переживаниями расстроенного сознания.

Способность к восприятию окружающего и собственной личности сквозь иллюзорные, галлюцинаторные и бредовые переживания становится невозможной или ограничивается деталями.

Изолированные нарушения ориентировки во времени могут быть связаны не с нарушением сознания, а нарушением памяти (амнестическая дезориентировка).

Начинать осмотр больного следует с наблюдения за его поведением, не привлекая к себе внимание пациента. Задавая вопросы, врач отвлекает внимание больного от обманов восприятия, в результате чего они могут ослабевать или временно исчезать. Кроме того, пациент может начать скрывать их (диссимулировать).

- Какое сейчас время суток?
- Какой день недели, число месяца?
- Какое время года?

Для диагностики тонких нарушений сознания необходимо обращать внимание на реакцию больных на вопросы. Так, больной может правильно ориентироваться в месте, но заданный вопрос застает его врасплох, больной рассеянно осматривается вокруг, отвечает после паузы.

- Где Вы находитесь?
- На что похожа окружающая Вас обстановка?
- Кто вокруг Вас?

Отрешенность. Отрешенность от реального внешнего мира проявляется слабым пониманием больными происходящего вокруг, они не могут сосредоточить свое внимание и действуют, невзирая на ситуацию.

При патологических состояниях ослабевает такая характеристика сознания, как степень внимания. В связи с этим нарушается отбор наиболее важной в данный момент информации.

Нарушение «энергии внимания» приводит к снижению способности сосредоточиться на любой поставленной задаче, к неполному охвату, вплоть до полной невозможности восприятия действительности. Обычно задаются вопросы, направленные на выяснение способности пациента осознавать происходящее с ним и вокруг него:

- Что с Вами случилось?
- Почему Вы в больнице?
- Нужна ли Вам помощь?

Бессвязность мышления. Больные обнаруживают разные по степени нарушения мышления - от слабости суждения до полной неспособности связать предметы и явления воедино. Несостоятельность таких операций мышления, как анализ, синтез, обобщение, особенно свойственна аменции и проявляется бессвязной речью. Больной может бессмысленно повторять вопросы врача, случайные содержательные элементы мышления могут беспорядочно вторгаться в сознание, сменяясь такими же случайными идеями.

Больные могут ответить на вопрос при многократном повторении громким или, наоборот, тихим голосом. Обычно больные не могут ответить на более сложные вопросы, относящиеся к содержанию их мыслей.

- Что Вас беспокоит?
- О чем Вы думаете?
- Что у Вас на душе?

Можно попытаться проверить способность устанавливать взаимосвязь между внешними обстоятельствами и актуальными событиями:

- Вокруг Вас люди в белых халатах. Почему?
- Вам делают инъекции. Зачем?
- Мешает ли Вам что-нибудь пойти домой?
- Считаете ли Вы себя больным?

Амнезия. Для всех симптомокомплексов измененного сознания характерна полная или частичная утрата воспоминаний после окончания психоза.

Психическая жизнь, протекающая в условиях грубого помрачения сознания, может быть недоступна (или почти недоступна) феноменологическому исследованию. Поэтому очень важное диагностическое значение имеет выявление как наличия, так и особенностей амнезии. При отсутствии воспоминаний о реальных событиях во время психоза болезненные переживания часто сохраняются в памяти.

Лучше всего пережитое в период психоза воспроизводят пациенты, перенесшие онейроид. Это касается, главным образом, содержания грезоподобных представлений, псевдогаллюцинаций и, в меньшей степени, воспоминаний о реальной обстановке (при ориентированном онейроиде). При выходе из делирия воспоминания более фрагментарны и касаются почти исключительно болезненных переживаний. Состояния аменции и сумеречного сознания характеризуются чаще всего полной амнезией перенесенного психоза.

- Не было ли у Вас когда-нибудь состояний, похожих на «сновидения» наяву?
- Что Вы видели?
- В чем особенность этих «сновидений»?
- Как долго длилось это состояние?
- Вы были участником этих снов или видели это со стороны?
- Как Вы пришли в себя - сразу или постепенно?
- Помните ли Вы, что происходило вокруг, пока Вы находились в этом состоянии?

Критика а отношении заболевания

При оценке осознания больным своего психического состояния необходимо помнить о сложности этого понятия. К концу обследования психического статуса врач должен составить предварительное мнение о том, в какой степени пациент осознает болезненную природу своих переживаний. Затем следует задать прямые вопросы для того, чтобы глубже оценить это осознание. Указанные вопросы касаются мнения больного о природе его отдельных симптомов; например, полагает ли он, что его гипертрофированное чувство вины оправданно, или нет. Врач также должен выяснить, считает ли пациент себя больным (а не, скажем, преследуемым своими врагами); если да, то связывает ли он свое нездоровье с физическим или с психическим заболеванием; находит ли он, что нуждается в лечении. Ответы на эти вопросы важны еще и потому, что они, в частности, определяют, насколько больной склонен принимать участие в процессе лечения. Запись, которая лишь фиксирует наличие или отсутствие соответствующего явления («имеется осознание психического заболевания» или «нет осознания психического заболевания»), не представляет большой ценности.

9.Данные дополнительных методов исследования

Описываются результаты исследований, необходимых для обоснования диагноза (экспериментально-психологическое, ЭЭГ, ПЭГ, ЯМР и т.п.).

10. Дневники наблюдения

Обычно включают в себя укороченный психический статус на момент осмотра и динамику состояния за описываемый период.

11.Клинический диагноз его обоснование

Диагноз должен вытекать из Ваших рассуждений

Как правило, он состоит из двух частей – нозологического и синдромального диагноза.

Нозологический диагноз – название нозологической единицы, форма, вариант, тип течения болезни, стадия.

Синдромальный диагноз – ведущий синдром в настоящее время. Можно указать два синдрома, обычно 1 синдром продуктивных расстройств и 1 синдром – негативных расстройств (если они есть).

При отсутствии сведений, достаточных для установления нозологического диагноза (например, при первичном осмотре больного, который из-за выраженных расстройств психики не может сообщить каких-либо анамнестических сведений) может быть указан только синдромальный диагноз.

Нозологический диагноз без указания синдрома является неинформативным и явно недостаточным!

12.Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз проводится с близкими по клиническим проявлениям заболеваниями. В процессе дифференциальной диагностики необходимо после тщательного анализа исключить состояния, сходные по своим клиническим проявлениям с заболеванием у изучаемого пациента.

13. План обследования

Указываются лишь те обследования, которые необходимы с точки зрения куратора для исключения или подтверждения патологии, упоминавшейся в разделе 12.

14. Вид наблюдения и лечение

Обычно основывается на ведущем синдроме, однако при наличии известной причины заболевания возможно назначение этиотропного и патогенетического лечения. Характер наблюдения за больным указывается по состоянию на момент курации.

15. Прогноз

Определяется в отношении:

- а) заболевания;
- б) трудоспособности;
- в) жизни.

Описание и заключение строится на данных о клинической картине, типе течения заболевания, эффективности проводимого ранее лечения, данных статистики и других прогностических признаках.