

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
ЧИТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

# **ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

*Учебно-методическое пособие для ординаторов  
по специальности 31.08.20 «Психиатрия»*

**Чита - 2023**

УДК 616.89

**Сахаров А.В., Голыгина С.Е.**

Психиатрическая история болезни : Учебно-методическое пособие для ординаторов по специальности 31.08.20 «Психиатрия». – Чита : РИЦ ЧГМА, 2023. – 80 с.

Учебно-методическое пособие отражает традиционные подходы к написанию психиатрической истории болезни и сведения об основных методах обследования пациентов психиатрического профиля, что является необходимым для подготовки ординаторов по специальности 31.08.20 «Психиатрия». В пособии представлены схема психиатрической истории болезни, схема клинической оценки и дифференциального диагноза, методология доклада пациента и методология обследования больных в клинической психиатрии, подробно изложена методика проведения экспериментально-психологических методов исследования.

Пособие предназначено для освоения общей психопатологии и частной психиатрии ординаторами по специальности 31.08.20 «Психиатрия» в высших медицинских учебных заведениях.

#### **Рецензенты:**

Главный врач ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница имени В.Х. Кандинского», главный внештатный специалист психиатр Забайкальского края и Дальневосточного федерального округа, председатель Забайкальской ассоциации психиатров, д.м.н. **О.П. Ступина**

Профессор кафедры психиатрии ФГБДУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, д.м.н., доцент **А.В. Меринов**

Учебно-методическое пособие утверждено ЦМК кафедр терапевтического профиля и одобрено ЦМКС ЧГМА

© Сахаров А.В., Голыгина С.Е., 2023

© ЧГМА, 2023

**Светлой памяти  
к.м.н., доцента Леонида Тихоновича Морозова  
посвящается**

**В этом издании Ваши мысли, Ваши слова, Ваш труд и вся Ваша  
жизнь, которые отражают традиции и историю  
кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии  
Читинской государственной медицинской академии**

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	5
Беседа с пациентом.....	6
Схема истории болезни.....	13
Примечания к схеме истории болезни.....	27
Дополнительные методы исследования в клинической психиатрии.....	32
О клинической оценке и дифференциальном диагнозе.....	56
К методике доклада.....	63
Эпикриз и выписка из истории болезни.....	65
Форма оценки написания психиатрической истории болезни.....	66
Приложения.....	72

## ВВЕДЕНИЕ

Нигде потребность строгой индивидуализации не может быть сильнее, чем в лечении сумасшествия; нигде не нужно в такой степени постоянное сознание, что в данном случае имеется дело не с болезнью, а с больным.  
Гризингер В., 1875

По возможности точная и разносторонне информативная история болезни – это основа для понимания патологических отклонений и правильного лечения пациента во всех медицинских дисциплинах. Безусловно, написать идеальную историю болезни, в которой бы отразилась вся история жизни больного человека, да еще вся история его заболевания, для практикующего врача просто невозможно. У него для этого просто не хватит времени. Однако в хорошей истории болезни обязательно должны оказаться все существенные сведения, нужные для диагностики, лечения и реабилитации пациента. Выполнению этой задачи способствует схема истории болезни. Принципиальные представления о составных частях такой схемы складываются у студентов к периоду окончания медицинского Вуза, имеется и универсальный для всех специальностей стандарт ее написания. Ординаторам, обучающимся по специальности «Психиатрия», следует учитывать, что в психиатрической схеме есть специфические нюансы, история болезни в различных разделах психиатрии (геронтология, наркология, детская психиатрия, пограничная психиатрия) имеет свои особенности. Например, для истории болезни лиц позднего возраста вряд ли целесообразно расспрашивать и детально устанавливать особенности раннего развития, как для истории заболевших детей или подростков. Вероятно, именно поэтому универсальная подробная схема психиатрической истории болезни отсутствует в большинстве учебников и руководств по психиатрии.

Предлагаемое учебно-методическое пособие по написанию психиатрической истории болезни также не претендует на универсальность, оно предназначено для составления истории болезни взрослого человека.

По словам доцента кафедры психиатрии ЧГМА Л.Т. Морозова (2004), схема есть схема: она препарирует взаимодействующие элементы целостной реальности и их огрубляет. Но с другой стороны, – схема упорядочивает (систематизирует), стереотипизирует и облегчает фиксацию материала, требует для всех общих «правил игры», облегчает поиски необходимых сведений в истории болезни, помогает не упустить ни один из аспектов болезни, лечения и реабилитации.

## БЕСЕДА С ПАЦИЕНТОМ

Основным методом диагностики и оценки динамики психических расстройств следует считать **клинико-психопатологический метод** (он включает в себя расспрос и наблюдение). В соответствии с Международной классификацией болезней, только клиническая оценка психического статуса пациента может быть использована для диагностики психического расстройства.

Именно поэтому умение общаться с пациентом относится к числу наиболее ценных качеств врача любой специальности, но особенно психиатра, и в значительной степени определяет эффективность лечебно-диагностического процесса.

Психиатр с первой встречи с больным, еще до определения ведущего синдрома и нозологической квалификации состояния, должен стремиться к созданию атмосферы доверия и сотрудничества. Именно это является предпосылкой точной диагностики и успеха всего дальнейшего ведения и лечения больного. С первых слов общения с больным нужно уметь создать впечатление приветливости, участия и готовности ему помочь. Совершенно недопустимыми являются равнодушный тон, сухое обращение и невнимательность. Установление должного межличностного контакта – это уже начало лечения. При этом психиатр должен составить для себя четкое представление об отношении больного к себе и своей болезни, о влиянии факта заболевания на семейные, трудовые и иные отношения. Необходимо помнить также и о том, что отношение к болезни и структура внутренней картины болезни в целом могут быть искажены у психически больных.

Кроме того, при беседе с больным необходимо учитывать специфику деонтологических и других проблем в психиатрии, ведущими среди которых являются следующие:

- строгое соблюдение врачебной тайны;
- особенности отношения психически больного к своему заболеванию и лечебному процессу;
- социальное положение пациента и существующий нравственно-психологический климат вокруг него;
- отношение окружающих к психически больному и к психиатрическому диагнозу в целом.

Метод беседы в психиатрии складывается из наблюдения и расспроса, которые занимают ведущее место при курации психически больных.

**Наблюдение** за больным начинается произвольно уже при первой встрече с ним. При этом отмечаются как вербальные, так и невербальные (поведенческие) реакции больного. Во время беседы необходимо уловить особенности интонаций голоса больного, живость его мимики, жестов, а также особенности речи. При наличии у больного возбуждения или заторможенности фиксируют их особенности. Кроме того, на поведении больного могут отражаться галлюцинации (пациент к чему-то пристально приглядывается, прислушивается, принюхивается) или бредовые идеи (крайняя подозрительность и настороженность, внезапная агрессия по отношению к кому-либо).

При нахождении пациента в стационаре наблюдение за поведением осуществляет не только врач. Средний медицинский персонал также отмечает особенности поведения каждого больного. Делаются записи о нарушениях режима, конфликтах, отказах от еды или о наличии видимых внешних проявлений психических расстройств. Так осуществляется принцип непрерывности наблюдения, особенно значимый в психиатрическом стационаре.

**Расспрос.** Существует три основных способа расспроса: случайный, систематический и свободный.

При случайном расспросе вопросы больному задаются без предварительного обдумывания, часто непоследовательно. Они касаются не только самых различных сторон психического состояния больного, одновременно и важных, и второстепенных, но и различных анамнестических сведений, не связанных с выявляемыми расстройствами. При таком расспросе обнаруженный психопатологический симптом часто либо не уточняется, либо, напротив, подвергается излишней детализации, что мешает распознаванию других, связанных с ним симптомов. При этом чаще всего врач хочет обнаружить в первую очередь манифестные психопатологические расстройства – бред, галлюцинации, нарушения мышления, а их отсутствие или невозможность выявления ставят врача в тупик. При этом способе расспроса часто остаются нераскрытыми важные детали картины болезни или даже может сложиться неправильное представление о болезни в целом. Случайный расспрос неприемлем для исследования лиц с психическими расстройствами.

Систематический способ расспроса заключается в том, что врач

задает вопросы, придерживаясь той или иной диагностической гипотезы и соответствующей ей «схемы» в последовательности выявления психопатологических расстройств. Такая схема создается предварительно на основе каких-либо фактов, уже имеющихся в распоряжении врача или полученных в начале беседы с больным. Содержание вопросов и их последовательность обычно значительно не меняются в зависимости от ответов больного. Вопросы врача направлены на выделение и уточнение тех расстройств, которые, по его мнению, являются наиболее важными для установления особенностей психического статуса и нозологического диагноза. И при первом, и при втором способах расспроса инициатива в беседе принадлежит врачу.

Свободный способ расспроса предполагает что, во-первых, сам больной играет в беседе активную роль и, во-вторых, что вопросы врача определяются теми сведениями, которые сообщает больной, и имеют целью вызвать у него желание самому рассказывать о себе. Врач не перебивает течение мыслей пациента и дает ему возможность выговориться, отмечая для себя наиболее значимые факты, которые позже уточняются дополнительными вопросами.

Систематический и случайный способы обычно сочетаются и являются в психиатрии основными. Каждый из них имеет свои преимущества. Систематический расспрос наиболее приемлем для обследования больных с манифестными психическими расстройствами. Этот способ врачи часто используют в условиях ограниченного времени. Свободный расспрос предпочтителен в клинике малой психиатрии – при исследовании больных со стертыми формами психопатологических расстройств, неврозами и расстройствами личности. При таком расспросе врач имеет возможность обнаружить нарушения, проявления которых сам больной квалифицировать затрудняется. Психопатологические симптомы выявляются из всего контекста беседы, а не из отдельных высказываний больного.

#### **Методика проведения беседы.**

**Начало беседы.** Беседа должна начинаться с приветствия пациента врачом. Важно, чтобы форма приветствия соответствовала возрасту и социальному опыту пациента и, чтобы вербальное приветствие было подкреплено невербальными жестами – это может быть кивок головы, улыбка, предложение сесть и т.п. Если такого невербального подкрепления не будет, то больной может воспринять словесное приветствие как неестественное и неискреннее. Если эта встреча первая, то врачу следует



представиться больному. Далее необходимо дать пациенту возможность самому сформулировать те проблемы, которые привели его к врачу, и тем самым обсудить какие цели имеет встреча, и какие вопросы будут на ней обсуждены.

**Проведение беседы.** Существуют некоторые общие принципы проведения беседы. К их числу относятся: баланс открытых и закрытых вопросов, облегчение и прояснение высказываний пациента, активное слушание, правильное использование пауз и молчания, выяснение проблем пациента и его ожиданий от консультации.

В начале беседы целесообразно задавать только открытые вопросы, то есть такие, которые предполагают расширенный ответ и на которые нельзя ответить «да» или «нет». Примеры открытых вопросов: «Расскажите мне о своем самочувствии», «Что вы думаете о причинах своего заболевания?», «Расскажите о том, что Вас беспокоит». Закрытые вопросы предполагают только ответы «да» или «нет»: «Беспокоят ли Вас головные боли?», «Снизился ли Ваш вес за время болезни?». Преимуществом открытых вопросов является то, что они позволяют получить гораздо больше сведений о пациенте, симптомах, отношении пациента к болезни, его взглядах, опасениях, однако ответы на них требуют гораздо больше времени, чем ответы на закрытые вопросы.

В середине беседы необходимо задавать вопросы обоих типов, а в конце – главным образом, закрытые уточняющие вопросы, иначе беседа затянется. Наиболее частый недостаток – использование закрытых вопросов в начале беседы, что ведет к односторонности и снижению качества собранной врачом информации. Закрытые вопросы никак не подходят для обсуждения с пациентом его семейных, психологических, глубоко личных или интимных проблем.

К типичным ошибкам относится частое использование врачом «наводящих» вопросов (особенно они нежелательны в начале), а также постановка нескольких вопросов подряд, без получения ответа на предыдущий.

Качество беседы повышается, если врач постоянно стремится к уточнению клинического значения высказываний пациента, например, нельзя удовлетвориться фразами типа «мне было плохо», «со мной произошел стресс», «чувствую себя не вполне здоровым», «у меня была потеря сознания» и т.п.

К числу важных коммуникативных навыков относится также активное слушание, при котором врач вербальными и невербальными сред-

ствами (например, кивками головой, фиксацией взгляда, наклоном тела в сторону пациента и др.) постоянно показывает, что понимает суждения пациента. Если в семье у больного имеется непонимание и игнорирование его болезненных переживаний, то понимание и сочувствие со стороны врача ценится особенно высоко.

Очень важной и часто игнорируемой частью сбора информации является выяснение проблем пациента, в том числе тривиальный вопрос: зачем этот пациент пришел к врачу? В большинстве случаев предполагается, что пациент пришел обследоваться или лечиться, но часто это далеко не так. Причины обращения пациента могут быть чрезвычайно многообразны и носить характер не только медицинский, но психологический и социальный. При этом следует помнить, что удовлетворенность пациента от встречи с врачом определяется не квалификацией врача вообще, а тем, получил ли пациент то, что искал в этой встрече. Здесь кроется причина того, что многие безупречные с медицинской точки зрения приемы оставляют больных совершенно неудовлетворенными и наоборот.

Иногда действительные мотивы обращения к врачу в силу механизмов психологической защиты могут не вполне осознаваться и самим пациентом, например, больной обратился на прием с жалобами на «плохой сон». Однако при дальнейшем расспросе может выясниться, что действительная причина обращения к врачу – необоснованные опасения возникновения инсульта в ночное время, которые возникли после аналогичной ситуации у родственника больного. Поэтому консультация будет тем успешнее, чем раньше врач выяснит для себя, что именно хочет получить от него пациент.

**Заключительный этап** – суммирование собранной информации и выдвижение предварительной гипотезы (она может касаться определения характера болезни, или ее причин, или плана дальнейших действий и т.д.).

### **Руководство беседой.**

Навык этот состоит в умении врача постоянно держать нить беседы в своих руках и направлять ее по своему усмотрению, не выглядя при этом излишне авторитарным и категоричным. Методами, которые при этом могут быть использованы, являются похвала и ободрение пациента, когда он, например, точно и выразительно описал свои жалобы. К этим же методам относится способность врача остановить и перебить пациента там, где это необходимо, организовать беседу вокруг главной темы, избегая ненужных отклонений. Для правильного руководства беседой важно уже

в самом начале ясно определить ее цель и, если пациент начинает отклоняться на другие темы, остановить его примерно такими словами: «То, о чем вы сейчас говорите, очень интересно, но мы уже договорились, что сегодня наша цель – обсудить... Если мы будем отклоняться, то не успеем сделать главное, поэтому давайте вернемся к основной теме».

**Невербальное общение при беседе.** Основными элементами невербального общения являются: дистанция, контакт глазами, мимика, позы и жесты, взаимное расположение относительно стола.

**Дистанция.** Известно, что человек имеет вокруг своего тела некоторое «личное пространство», которое он бессознательно оценивает как продолжение себя или свою собственность и сопротивляется попыткам вторжения в него других людей. В личном пространстве выделяются следующие зоны: интимная (0-46 см), личная, или персональная (46-122 см), зона социального общения (122-366 см) и зона публичного общения – более 366 см. Врачу необходимо постоянно контролировать расстояние до пациента и изменять его в зависимости от ситуации. Например, вторжение без подготовки в интимную зону больного при соматическом осмотре подсознательно воспринимается им как агрессия или насилие. При обсуждении каких-либо личных или интимных тем дистанция должна быть значительно сокращена, иначе пациент не будет откровенен.

**Контакт глазами.** Во время общения важно, чтобы у врача и пациента была постоянная возможность найти взглядом друг друга, иначе больной испытывает напряженность и дискомфорт. Особенно важно обмениваться взглядом с пациентом, когда тот начал говорить. Поэтому, если врач начинает в этот момент делать записи, больной часто замолкает, так как не получает невербального позитивного подкрепления. Врача, который редко встречается взглядом с пациентом, последний склонен оценивать как незаинтересованного и недружелюбного, или как неуверенного в себе.

**Мимика, позы, жесты.** Врач, который чаще улыбается и кивает головой, слушая пациента, воспринимается им как открытый и доступный человек. Легкий наклон тела врача вперед расценивается больным как демонстрация теплоты и заинтересованности. Важно, чтобы позы и жесты врача подчеркивали его слова и соответствовали вербальным сигналам, в противном случае у пациента возникает ощущение, что его обманывают.

Таким образом, при невербальном общении перед врачом стоит двойная задача: научиться контролировать собственное невербальное по-

ведение и быть способным хорошо улавливать невербальные сигналы пациента, ценность которых бывает гораздо выше его слов.

**Окончание беседы.** По окончании беседы необходимо суммировать полученные результаты, дать пациенту ясную и понятную информацию в отношении дальнейшего лечения, обследования и т.д. Это может касаться не только диагноза, прогноза или лечения, но и психологических, социальных или семейных проблем пациента – в зависимости от того, что было выявлено. Давая указания по лечению, диете, образу жизни и т.д., врач должен делать их максимально понятными и конкретными. Так, рекомендации больному эпилепсией типа «вам следует следить за частотой приступов» вряд ли будут выполнены. Гораздо лучше, если пациенту будет четко и однозначно рекомендовано «отмечать характер и частоту приступов в специальном блокноте или тетради и прийти на следующий прием с этими записями».

**Завершение беседы** также должно быть проведено грамотно. Для правильного ее окончания нужно сначала подать пациенту несколько невербальных сигналов (например, изменить позу, прекратить демонстрацию его активного слушания, увеличить дистанцию, закрыть записи), затем следуют вербальные сигналы о том, что интервью заканчивается, это могут быть слова «итак», «таким образом», и лишь затем закончить беседу.

## СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Кто усвоил метод и навык индивидуализировать, тот найдется во всяком новом для него случае.

Захарьин Г.А.

**I. Паспортные данные.** Фамилия, имя, отчество, дата рождения, образование, профессия, место работы, семейное положение, домашний адрес; дата поступления в стационар, кем и откуда направлен. Контактные данные наиболее значимого родственника.

**II. Жалобы:** 1-я, 2-я, 3-я и т.д. и расспрос о них.

**III. Анамнез жизни – психобиография** (пишется без выделения в тексте указанных подразделов).

**1. Наследственность.** Наличие среди родственников лиц с психическими расстройствами (диагноз, симптоматика, где и чем лечились), лиц с особым характером, самоубийц, злоупотребляющих алкоголем или наркотиками, лиц с заболеваниями обмена веществ или желез внутренней секреции.

Родители: возраст, профессия, образование, личностные особенности; отношения между ними и их отношение к детям. Братья и сестры, их особенности и отношение к исследуемому, могут ли быть для больного опорой в жизни.

**2. Раннее развитие.** Особенности беременности и родов у матери. Проблемы первых лет жизни: вес, аппетит, сон, возбудимость, болезни. Своевременность прорезывания зубов, ходьбы, речи и т.п. Судорожные приступы, снохождение, энурез, заикание, страхи и испуги, робость - расторможенность, детские фантазии, прозвища, онихофагия.

Скорость адаптации к детскому саду, проблемы в нем.

Особенности воспитания, главные воспитатели: мать, отец, бабушка и др. Воспитание гармоничное, строгое, по типу «кумира семьи» или «золушки», безнадзорное, отвергающее, отсутствие общей линии у родителей. Характер поощрений и наказаний. Чьи сказки помнятся. Переезды, болезни, разводы – реакция пациента на них.

**3. Школьный период, учеба.** В каком возрасте и где начал учиться; быстрота адаптации к школе и к переменам мест учебы; степень субъективной комфортности в них: как себя чувствовал среди других. Динамика успеваемости и второгодничество. Дисциплина в классах начальных – средних – старших. Школьные проблемы: усталость к концу занятий, конфликты с учителями, с родителями, с соучениками: обижали, не оби-

жали, мог за себя постоять, обижал сам. Что ожидали родители; успешность - неуспешность в их глазах. Причины недостаточной успеваемости: плохая память, плохая сообразительность, не позволяли домашние обстоятельства, не было желания учиться, стремился время проводить праздно. Любимые игры, увлечения. Значимость в учебной группе. Включенность в иные подростковые группы. Девиантное поведение.

Психосексуальное развитие: своевременность пубертата и его внешних признаков. Начало поллюций и менструаций. Влияние менструаций на психоэмоциональное состояние: предменструальное напряжение и др. Своевременность появления либидо: платонического, эротического, сексуального. Влияние пубертата на социальную адаптивность и характер выхода из него к 15-16-летнему возрасту. Психические отклонения в этот период: замкнутость, раздражительность, смена интересов. Реакции эмансипации, группирования, оппозиции. Личность в старших классах. Успешность в реализации либидо: «дружба», танцы, поцелуи, симпатии и «первая любовь». Начало половой жизни и проблемы в связи с этим. Интенсивность сексуального напора. Половая конституция.

Характер свободного времяпрепровождения вне учебы, вовлеченность в сомнительные, в том числе аддиктивные подростковые группы. Друзья. Работа до призыва в армию.

**4. Период службы в армии.** Сложившиеся объективные условия и субъективные трудности первичной и дальнейшей адаптации. Взаимоотношения со старослужащими, с одногодками, со старшими по званию. Возникающие конфликты. Армейские друзья. Взыскания - поощрения. Звание при увольнении.

**5. Профессиональный маршрут.** Кем, когда (годы) и где работал, общий стаж (при необходимости). Какие работы нравились более всего. Причины смен мест и характера работ. Отношения, конфликты, поощрения, замечания, выговоры. Значимость в производственном коллективе. Производственные характеристики. Планы карьерного роста, что мешает.

#### **6. Семейный анамнез.**

Характер половой жизни до брака, гомосексуальные тенденции, парафилии. Возраст (и год) вступления в брак (сожитительство). Мотивация женитьбы. Материальные условия. Жилье и источники существования. Отношения с родственниками супруга. Степень гармоничности брачных отношений на уровне половой конституции, темперамента, ценностных ориентаций, активности. Факторы сближения и отчуждения. Самочув-

стве до и в период менструаций. Беременности, аборт. Особенности беременностей.

Дети: годы рождения, их особенности; психологические и другие условия их воспитания. Авторитетность пациента среди детей и в семье.

Разводы: их годы, причины и значимость для личности исследуемого. Удачность повторных браков. Отношения с прежней семьей.

Импотенция, фригидность как психологические проблемы.

Проблемы пожилого возраста: не работает, с какого возраста. Заполненность свободного времени. С кем живет: дети, внуки, отношения с ними. Комфортность семейной атмосферы. Проблема одиночества. Изменения характера в связи с возрастом (тревожность, привередливость, угрюмость, эйфоричность и др.). Предпосылки завещательной дееспособности - недееспособности; позиция родственников по этому вопросу и кому из них больше доверяет.

**7. Соматическое здоровье.** Перенесенные ранее заболевания, операции и травмы черепа, экологические и производственные вредности. Их влияние на последующее развитие, здоровье и социальную адаптацию. В случае черепно-мозговых травм: обстоятельства их получения, год (возраст), длительность выключения сознания, характер лечебных мер, последствия для физического и психического здоровья. Аллергологический анамнез. Имеющиеся в настоящее время болезни. Чувствительность к переменам погоды. Выносливость жары-духоты (парной бани), езды на транспорте, полетов на самолетах. Наличие припадков, снохождений, обмороков, сноговорений, каких-либо других пароксизмальных расстройств.

**8. Особенности личности** (в адаптационном и реабилитационном аспектах) вытекают из психобиографического аспекта анамнеза, из самооценки, из невербальных компонентов эмоциональных реакций. Следует опираться на основные аспекты личностных особенностей: а) умственное развитие; б) темперамент и характер; в) поведенческие особенности; г) социальная направленность дел и намерений.

Для выяснения этого в анамнезе фиксируются и дополнительно специально уточняются сведения:

- Об общей активности, способности управлять собой, брать на себя ответственность: за свои поступки, за других людей и место в группе.
- О поведении и его мотивации в сложных (трудных) ситуациях и стереотипы выхода из конфликтов: через уступчивость (приспосо-

блении), через взаимные уступки (компромисс), через сотрудничество, через соперничество и подавление противника, через игнорирование проблемы.

- Хобби и увлечения, бытовые умения, любимые телепередачи, книги, артисты, политические деятели, вероисповедание.
- Планы и неясные намерения (притязания) относительно будущего.
- Общая самооценка своего характера: характер удачный (хороший, легкий), обычный (средний), трудноватый или трудный для себя самого. Легкий, трудноватый или трудный для других. Что в характере жить мешает, что – помогает; что в нем вы хотели бы уменьшить, что увеличить. Иллюстрации – примеры проявлений названных свойств.

Кроме того, замечаются и фиксируются (в разделе психический статус) вербальные и невербальные особенности, поведение в беседе: стесняется, возбуждается, обижается, суется, краснеет, взгляд твердый и т.д.

**9. Наркологический анамнез.** Может выступать анамнезом заболевания в случае написания истории болезни пациента с наркологической патологией. Тогда анамнез пишется более подробно с учетом психопатологии формирования болезней зависимости. Для пациента с психическим расстройством достаточно более сжатого изложения.

Курение: с какого возраста, интенсивность (пачку на сколько дней). Вид табачных изделий. Попытки курить бросить – были, не были.

Размеры потребления алкоголя: частота выпивок, толерантная доза. Употребляемые напитки. Наличие передозировок и рвотных реакций, палимпсестов или амнезий. Ситуационный контроль. Особенности абстиненции: признаки; выраженность – легкая, средняя, тяжелая; длительность. Опохмеления. Запой: длительность, частота. Интенсивность влечения: отсутствует, сдерживаемое, безудержное. Мотивы-побудители употребления алкоголя. Частота и давность измененных форм опьянения. Судимости, вытрезвитель, приводы в полицию, недовольство близких и другие неприятности из-за водки. Самооценка потребления: в меру, злоупотребляю, болен. Лечился в прошлом. Намерения.

Употребление летучих веществ, препаратов конопли, опиатов, синтетических наркотиков и других; их дозы, частота, способы введения. Степень зависимости, влечение, абстиненция. Намерения бросить. Лечился в прошлом.



#### **IV. Анамнез болезни.**

С какого времени пациент болен: по его мнению, по мнению других. Симптомы и темп развития расстройства. Его возможные причины или способствующие условия (по мнению больного и, по-возможности, объективно). Дальнейшее течение: качество и длительность улучшений. Характеристики обострений в феноменологическом, временном и реабилитационном аспектах: обострения усложняющиеся, стереотипные, затухающие; частые или редкие; длительные или кратковременные. Где, когда (даты) и чем лечился, что помогало наилучшим образом, что не помогало (и это использовать уже не следует). Побочное действие лекарств и осложнения терапии.

#### **V. Больной в ситуации болезни.**

Влияние болезни на отношения и значимость в семье, на работе, среди друзей и др. Болезнь и трудоспособность; группа инвалидности – с какого времени, отношение к инвалидности.

Компоненты внутренней картины болезни. Представления пациента о природе и механизмах, тяжести, прогнозе болезни; отношение к болезни и ее последствиям; деятельностные реабилитационные установки и попытки преодоления (смягчения) болезни; предполагаемая роль в этом других лиц, в том числе врачей-психиатров. Степень критичности. Находит ли необходимость психологической поддержки или психотерапии.

#### **VI. Психический статус.**

Изложенный ниже вариант схемы психического статуса есть некий более-менее логично выстроенный ориентир, подлежащий освещению в реально описываемых психических статусах. В конкретных случаях статус может быть весьма полным (если больной контактен и симптоматика богата), либо в иных обстоятельствах весьма коротким, лаконичным. По временному интервалу статус может быть на период в час-день или на длительный период многодневного, многомесячного исследования. Такой обобщенный статус излагается в направлениях на МСЭК, в эпикризах, в выписках, в актах стационарных судебных экспертиз. В статусе могут быть преднамеренно гипертрофированы отдельные составные части. Это зависит от обстоятельств: от целей написания, от состояния больного.

Понятие «психический статус» и «психическое состояние» формально синонимы и как таковые имеют некоторые (семантические) отличия. Статус – понятие более торжественное и капитальное. Описываемое в дневниковых записях лучше называть состоянием или особенностями

состояния. Статус по возможности лучше написать в начале истории болезни, далее периодически его повторять при некоторых обстоятельствах: при резких изменениях состояния, при направлении в другое психиатрическое отделение или учреждение, перед выпиской. Статус предполагает основательность и многосторонность описания с более-менее подробной проработкой всех его компонентов. Если же это невозможно или нецелесообразно, то уместно указание: «В психическом статусе доминирующее место занимает ...».

### **Схема психического статуса.**

Пишется без выделения в тексте указанных подразделов.

**1. Первое впечатление** о пациенте: манера держаться (свободная, независимая, волнуется и др.), поза, мимика, взгляд и выражение лица (обычное, отсутствующее, злобное, живое, застывшее и т.п.). Состояние одежды, прически, особенности поведения и его ситуативные изменения.

**2. Степень доступности** продуктивному контакту: хорошая или уменьшенная и насколько (легко, значительно, сильно). Причины малой доступности: физические (немота, заикание, косноязычие и др.), психопатологические (расстройства сознания, заторможенность, загруженность внутренними переживаниями, растерянность, недоверчивость и др.), установочные, неясные.

### **3. Состояние ясности сознания.**

Ориентировка в месте, времени и собственной личности. Описывается характер дезориентировки и в связи с этим – синдромы расстройств сознания: оглушение, сопор, делирий, онейроид и др.

### **4. Познательная сфера.**

а) **Расстройства ощущений:** гипо-, гиперэстезии, парестезии, анестезии, сенестопатии.

б) **Расстройства собственно восприятия:** иллюзии, галлюцинации в параметрах: простые, сложные, комбинированные; полные, неполные; их императивность и влияние на поведение; личностное к ним отношение.

в) **Психосенсорные расстройства:** расстройства схемы тела, расстройства деперсонализационные и дереализационные.

г) **Память** в аспектах: дальнее - ближнее, личное - общественное. Особенности памяти: уровень, специфические способности, гипо-, гипермнезии, амнезии, парамнезии, палимпсесты, амнестический синдром.

д) **Внимание:** объем, устойчивость, истощаемость, повышенная отвлекаемость, склонность к застреваемости (прикованность), персеверации.

е) **Мышление** в параметрах: скорость (замедленное - ускоренное); уровень (конкретное - образное - абстрактное); логичность (последовательность), глубина (существенность) и ясность суждений. Расстройства мышления **ассоциативные**: обстоятельность - вязкость - торпидность; резонерство - разорванность - бессвязность; шперрунги, ментизм и другие. Расстройства мышления **продуктивные**: идеи навязчивые, сверхценные, бредовые. Захваченность ими, их эмоциональное сопровождение, его напряженность и действенность. Паранойяльный, параноидный, парафренный синдромы, синдром психического автоматизма.

ж) **Интеллект**: запас сведений, умение ими пользоваться, соответствие образованию и жизненному опыту, догадливость. Глубина и ясность суждений. Расстройства интеллекта: малоумие, слабоумие, их структурные и степенные характеристики. Слабоумие: тотальное, парциальное, амнестическое, эпилептическое и другие.

Для исследования познавательных функций применимы портативные психологические приемы: счет по Крепелину, задачи на обобщение, сравнение, загадки, идиомы, пословицы. Кроме того, психиатры применяют несложные психологические тесты (описаны в соответствующем разделе). В процессе выполнения интеллектуальных «нагрузок» могут раскрываться и другие стороны психики, а также её расстройства: волевые, эмоциональные, отчасти потребностные и даже личностные.

### **5. Эмоциональная сфера.**

**Настроение** (эмоциональный фон): характеризуется кратко на основе наиболее выступающих эмоциональных радикалов: радость (эйфоричность, творческая экзальтация), тоска (печаль, грусть, скука), тревога (ажитация, беспокойство), апатия, страх (боязнь) и др.

**Эмоциональные реакции.** Описываются в аспектах: 1) разнообразие аффектов и аффективных радикалов (радость, печаль, плач и т.д.) или однотипность (однообразность); 2) темп реагирования (монотонность или живость); 3) эмоциональная насыщенность – невыразительность; 4) содержательная сторона реагирования; 5) адекватность (понятность, ясность) действий и высказываний для других людей и самого больного – или неадекватность ситуации (неясность, странность). При этом описываются расстройства эмоциональных реакций: замедление, ускорение, торпидность, неадекватность, слабодушие, эмоциональная бедность, монотонность и другие, а также расстройства настроения: депрессия, дисфория, мания, апатия, страх, тревога, лабильность.

**Эмоциональные отношения (чувства):** указать предметы адресации тех или иных эмоциональных реакций и отчасти настроений: кого больной любит-уважает, кого не уважает, кого боится, за кого тревожится и т.д. Сохранность эмоционального отношения к близким, к своему положению, к персоналу, к больным и к другим обстоятельствам. Расстройства преимущественно эмоциональных отношений: усиление чувств, их ослабление (тупость), неадекватность, оскудение.

Самооценка настроения: адекватная, некритичная, своеобразная.

### ***6. Двигательно-волевая сфера.***

Способность к продуктивной деятельности и волевому усилию. Своеобразие психомоторного компонента эмоциональных реакций (психомоторика): замедленность-ускоренность, стереотипии, эхопраксии, вычурность, манерность, угловатость, торпидность, вязкость и другие симптомы. Обобщенная оценка расстройств воли: гипербулия - гипобулия - абулия. Возбуждение: маниакальное, гебефреническое, истерическое, психопатическое, ажитированное, страховое и другие. Ступор (субступор): депрессивный, кататонический, истерический, апатический и другие; каталепсия, астазия - абазия.

Поведение (на приеме, в кабинете, в отделении): без особенностей, помогает персоналу, требует выписки, держится отдельно и т.п. Намерения. Волевая активность в отделении: успешность чтения, просмотра телепередач, участие в трудовых процессах. Соблюдение режима отделения. Прогулки, соблюдение правил гигиены, письма и другие формы творчества (рисунки, рукоделие и др.). Три «самых главных» желания. Планы на будущее отдаленные («туманные») и ближайшие.

### ***7. Расстройства влечений.***

Анорексия - булемия - парабулемические влечения. Гипосексуальность - гиперсексуальность - парафильные влечения. Влечения садистические и гомицидные. Суицидальные тенденции: суицидальные мысли навязчивые, сверхценные, бредовые; суицидальные намерения. Незавершенный суицид. Влечения сверхценные подросткового периода. Влечения к психоактивным веществам и другие аддикции. Общественно опасные действия. Личностное отношение к расстройствам влечений: критическое, некритическое, своеобразное.

### ***8. ВКБ (внутренняя картина болезни).***

Отношение к болезни. Характер понимания больным причин болезни и её проявлений, самооценка состояния, отношение к болезни и

отдельным её симптомам: адекватное, паническое, спокойное, безразличное, сверхценное. В связи с этим отношение к болезни в целом: критическое - некритическое, своеобразное, противоречивое.

Отношение к врачу и больнице. Считает стационарирование и пребывание в больнице правильным (целесообразным, справедливым) - неправильным (нецелесообразным, несправедливым). Боязнь стигматизации со стороны соседей, коллег по работе. Реабилитационные установки.

### **Дополнительные методы обследования.**

К ним относятся: оценка неврологического и соматического статуса, экспериментально-психологические методы, лабораторные и инструментальные обследования.

### **VII. Неврологический статус.**

По правилам исследования неврологического статуса может быть исследовано и записано следующее:

А. Черепно-мозговая иннервация по парам нервов:

1. Нарушение обоняния.
2. Нарушение зрения: сужение полей зрения; скотома, амблиопии, амавроз и др.

3,4,5. Изменения объема движения глазных яблок, нистагм, страбизм, диплопия, миоз - мидраз, анизокория, изменения реакции на конвергенцию и аккомодацию, синдром Арджил-Робертсона, птоз, синдром Горнера.

6. Изменение чувствительности кожи лица и шеи; снижение роговичных и конъюнктивных рефлексов.

7. Асимметрия носогубных складок, произвольные движения мышц, нарушения при: наморщивании лба, нахмуривании бровей, зажмуривании глаз, при оскале, надувании щек.

8. Снижение слуха, головокружение.

9,10. Нарушения функции глотания, глоточного рефлекса, чувствительности языка и мягкого неба.

11. Повороты головы и шеи.

12. Нарушения произвольных движений языка, его девиация, нарушение вкуса.

Б. Нарушения движений туловища и конечностей, пальценосовой, пяточно-коленной проб; походка: шаркающая «мелкими шашками», истерическая, табетическая, спастическая, паретическая; симптом Ромберга, адиадохокinez. Гиперкинезы. Беспокойство ног.

В. Нарушения рефлексов: сухожильных, периостальных, кожных (брюшных, подошвенных); патологические рефлексы Бабинского, Россоло, Бехтерева, Оппенгейма. Ладонно-подбородочный рефлекс Маринеску-Родовича.

Г. Нарушения чувствительности: поверхностной (болевогой, тактильной, температурной), сложной (двумерно-пространственной, движения и положения, астереогноз), глубокой мышечно-суставной. Симптомы Ласега и Вассермана. Менингеальные симптомы: Кернинга, Бехтерева, Брудзинского; ригидность затылочных мышц.

Д. Отклонения в состоянии вегетативной нервной системы: потливость кожных покровов, сухость, дистальный гипергидроз, дермографизм (белый, красный, рефлекторный). Выносливость летней жары, духоты (парной бани), длительной езды, самолета.

Е. Невнятность речи, дизартрия, афазия.

### **VIII. Соматический статус.**

Изучается и фиксируется потому, так как необходимо отметить: 1) повреждения, с которыми больной поступает в стационар; 2) телесную конституцию; 3) физические пороки развития; 4) состояние внутренних органов как возможную причину психического расстройства; 5) соматические компоненты побочного действия и осложнений терапии.

От психиатра не требуется записывать развернутый соматический статус, но он должен выявить «соматические жалобы», осмотреть больного, пропальпировать живот, иногда самому измерить артериальное давление и провести аускультацию легких и сердца. Важно «не пропустить» значимую соматическую особенность или расстройство; назначить консультацию терапевта (инфекциониста или другого специалиста), но понимать обнаруженную ими патологию и не быть простым исполнителем их назначений. Психиатр как лечащий врач больше других отвечает за пациента и более других является конечным координатором лечебного процесса.

В соматическом статусе может быть «по органам и системам» более-менее подробно исследовано и отмечено (записано) следующее:

1. Внешний вид, его несоответствие возрасту (инфантилизм, преждевременное увядание); рост, вес, температура тела.

2. Телосложение: астеническое, атлетическое и др.; крепкое - слабое; упитанность - худоба.

3. Аномалии: туловища, черепа, ушных раковин, кистей, конечно-

стей, зубов, челюстей; волчья пасть, заячья губа, плоскостопие и др.

4. Кожа и слизистые: цвет (иктеричность, цианоз и др.), пигментация, влажность, сальность, повреждения, рубцы, татуировки, периферические лимфоузлы.

5. Костно-мышечная система: вывихи, протезы, следы ранений и переломов.

6. Полость рта: губы сухие и др.; зубы кариозные, с протезами; десны разрыхленные, кровоточащие, гиперемированные; язык – влажный, обложенный, малиновый и др.; зев и миндалины – гиперемированы и др.; запах изо рта – гнилостный, голодный, запах каких-либо веществ.

7. Лор-органы: искривления носовой перегородки, рубцы, выделения из ушей, сниженный слух, заложенность носа.

8. Органы кровообращения: осмотр и пальпация сосудов, «симптом червяка»; ЧСС, границы сердца, шумы, тоны, сердечный толчок; отеки.

9. Органы дыхания: кашель, мокрота. Частота и глубина дыхания. При аускультации: хрипы, жесткое дыхание, шум трения плевры. Кашель: сухой - с отделением мокроты

10. Органы пищеварения: физиологические отправления; состояние печени и (других органов) брюшной полости (пальпация их).

11. Мочеполовая система: нарушения мочеиспускания; симптом поколачивания по косточкам ребральным углам, отеки на лице и ногах.

12. Эндокринные железы: карликовость, гигантизм, ожирение, кахексия, атипичность оволосения, необычность тембра голоса, увеличение щитовидной железы, экзофтальм и др.

## **IX. Экспериментально-психологические методы.**

Используются для объективизации и количественной оценки некоторых показателей психической деятельности, что может быть важно для наблюдения пациентов в динамике, трудовой и медико-социальной экспертизы.

**Экспериментально-психологическое исследование психических процессов можно условно разделить на 2 группы.**

**1) Портативные, производимые самим психиатром:** счетные операции; запоминание 5-8-значных цифр; отсчитывание (проба Крепелина); проба А.Р. Лурия с 1-3 повторениями; тесты на обобщение, сравнение, исключение, аналогии; толкование идиом, пословиц, загадок; толкование сюжетных картин и составление рассказов по картинкам; вставление пропущенных слов в небольшой рассказ; исключение четвертого лишнего;

тест незаконченных предложений и др.

2) **Специальные тесты (выполняются преимущественно клиническим психологом):** тест Векслера; различные корректурные пробы; пиктограммы; прогрессивные матрицы Равена; тест зрительной ретенции Бентона; проба Лурия (полный вариант); исследование тревожности (Спилбергер, Тэйлор...); исследование отношений (Тест Люшера, тест Лири) личностные опросники (ПДО, Айзенка, Шмишека, Кеттела); проективные методики (рисуночные, тест руки, исследования фрустрации Розенцвейга) и другие специальные и трудоемкие тесты.

#### **Х. Лабораторные и инструментальные методы.**

- Нейрофизиологические методы (ЭЭГ, ЭхоЭГ, МЭГ).
- Методы нейровизуализации (МРТ, КТ, ПЭТ).
- Клинические, биохимические, токсикологические исследования крови, мочи, спинномозговой жидкости.
- Генетические исследования.

В пояснениях к схеме истории болезни приведены краткие инструкции к наиболее часто используемым дополнительным методам обследования.

#### **XI. Клиническая оценка (с дифференциально-диагностической процедурой).**

##### Этап 1. Аспекты предварительной клинической оценки:

1) **Квалификация** симптомов, синдромов и их соотношений: первичные - вторичные, ведущие - второстепенные, обязательные - факультативные, специфические - неспецифические (для синдрома и для болезни). Их динамика: усложнение - стабилизация - редукция.

2) **Оценка личностных особенностей** на основе интеграции всех добытых сведений (анамнестических, самооценочных, наблюдений, психологических исследований) в преморбиде и в болезни. Тип личности. Реабилитационный потенциал личности. Взаимовлияние личности и болезни.

3) **Оценка роли факторов:** генетических и конституциональных, резидуально-органических, экзогенных (соматических, интоксикационных, органических, ситуационно-психологических) и др. как **причины**, как **условия** (отягчающего или облегчающего действия причины), как **следствия**.

4) **Оценка динамических аспектов**, вид и тип течения:

- а) непрерывное (прогредиентное, стационарное, регрессирующее);



- б) приступообразно-прогредиентное (шубообразное);
- в) приступообразное (фазное, рецидивирующее, рекуррентное).

Особенности этапов: дебюта, инициальных периодов обострения, развернутой клинической картины (манифестации), исхода (выздоровление, ремиссия, интермиссия, глубокий дефект и др.). Особенности и глубина ремиссий.

5) **Оценка параклинических исследований:** психологических, лабораторных, инструментальных.

6) **Предварительный «основной диагноз»** – с указанием болезни, ее формы (вида), типа течения, других существенно значимых особенностей. Предварительные «сопутствующий диагноз», «фоновый диагноз» и «осложнения» заболевания или лечения.

Этап 2. Дифференциальный диагноз и обоснование реабилитационного комплекса. Окончательная оценка.

7) **Дифференциальный диагноз** – с заболеваниями со сходной симптоматикой. Признаки сходства, признаки отличия. Формулировка окончательного диагноза.

8) **Оценка внутренней картины болезни и ее реабилитационной адекватности. Реабилитационный личностно-психологический потенциал.** Критичность: полная, неполная, отсутствует, своеобразная.

9) **Прогноз** (на основе учета реабилитационного потенциала личности, организма, социального окружения и общества) для жизни, выздоровления, трудоспособности, социальной реабилитации.

10) **План реабилитационных мероприятий:** лечебных, социальных, индивидуально-гигиенических. Терапия должна быть построена на основе действующих клинических рекомендаций в соответствии со стандартами.

## **ХII. Дневниковые записи.**

Частота записей должна соответствовать клинической целесообразности и стандартам ведения пациента с данной нозологией. При ухудшении состояния – ежедневно. При завершении ведения больного – переводной или выписной эпикризы.

## **ХIII. Эпикриз.**

Краткие паспортные данные и краткая характеристика больного: личностные особенности, социальная ситуация, значимые болезни в прошлом.

Изложение настоящей болезни в образном оценочном аспекте.

Проведенные исследования. Проведенные реабилитационные меры и их эффективность - неэффективность. Степень улучшения - ухудшения. Состояние при выписке. Прогностические соображения. Рекомендации на дальнейшее: для больного, для будущего лечащего врача (группа наблюдения, социальные, лечебные и другие рекомендации и предостережения).

## ПРИМЕЧАНИЯ К СХЕМЕ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Приведенная относительно подробная схема предназначена прежде всего для использования в практике психиатрического стационара. В практике амбулаторной она применима в весьма уплотненном виде. В зависимости от конкретного случая отдельные её пункты могут быть представлены более сжато и оценочно, другие – более подробно.

Схема истории болезни на претендует на роль наилучшей. Как выглядит самая лучшая из схем вряд ли известно. Любая подобного типа схема есть результат большой степени обобщения и отвлечения. Она есть некий ориентир. «Полярная звезда – ориентир для движения на Север, но если двигаться слишком строго по этому ориентиру и не обходить горы и болота, то успехов не будет. Но еще хуже ориентира не иметь или его потерять» (Морозов Л.Т., 2004). Схемы следует придерживаться, стараясь избегать неизбежно содержащихся в ней обобщений и штампов; она не догма, но руководство к действию и привычная (шаблонная и значит трудосберегающая) конструкция. Однако целесообразность выше схемы. Не будет, в частности, ошибки, если неврологический и соматический статусы в целях необходимости вынужденно будут не только исследованы, но и записаны «раньше времени», до записи психического статуса.

«Сообщая» анамнестические сведения при докладе, или фиксируя расстройство в истории болезни, следует чаще **использовать характерную для больного лексику**, иногда заключая, а иногда и не заключая ее в кавычки. Так, во-первых, легче записывается, а, во-вторых, наилучшим образом осуществляется «принцип описательности». Стиль изложения может выражать психический статус. Кроме того, через лексические обороты, как правило, характеризуется «личность» исследуемого. Индивидуальная лексика может отражать, иногда очень метко, болезненные расстройства, например, сенестопатии. Она должна быть понятна изначально или растолкована. Естественно, слова непристойные записывать не стоит. Принцип целесообразности уместен и здесь и далее: он универсален.

При написании истории болезни и клинической оценки следует учитывать, что все события неизбежно оказываются расположенными в **трех хронологических измерениях:**

- а) от рождения Иисуса Христа;
- б) от рождения пациента;
- в) от настоящего времени (отсчет назад).

Лучше придерживаться одного измерения, т.к. неудачное использование этих хронологических аспектов может затруднять понимание связей. Например, при сообщении: «Больной родился в 1968 году, в 27 лет он имел травму черепа, 8 лет тому назад у него впервые появились судорожные припадки», не всякий слушатель быстро произведет необходимые арифметические действия для установления временных отношений травмы и приступа. Поэтому нужно пользоваться датами так, чтобы временные связи устанавливались легко. Иногда для этого необходима двойная и даже тройная хронология. Так в данном случае уместно сказать (записать): «Родился в 1968 году, в 1994 году (в возрасте 26 лет, 8 лет назад) появились приступы, а через год после этого он получил ЧМТ с исключением сознания. За прошедшие с тех пор 8 лет приступы стали ...».

Иной молодой решительный врач, не схватывая существа дела, нередко записывает в истории болезни дела весьма кратко. При этом могут записываться несущественные и искаженные сведения; это в начале естественно; но через несколько лет записи как бы сами собой получают более по существу, с фиксацией большего числа связей, более основательными и, к его досаде, более объемными. Зато потом уверенный в верности своих оценок врач меньше тратит время на дневниковые, зачастую малосодержательные и стереотипные записи без четкого клинического содержания.

**Об очередности записи жалоб** можно сказать следующее: поскольку в начале исследования бывает далеко не всегда возможно квалифицировать (и записать) их по объективной значимости, то уже ради некоторой упорядоченности жалобы следует **записывать по степени их субъективной значимости для больного**. При этом целесообразна форма вопроса: «Что Вас беспокоит более всего, в первую очередь, сильнее всего?» После уточнения («прояснения») таковой жалобы и обстоятельной записи ее проявлений уместен вопрос о том, «что беспокоит во вторую», в третью очередь и т.д. Естественно, при этом пациенту следует помочь правильно сформулировать его проблемы, подобрать слова, использовать индивидуальную лексику и т.п.

В разделе «Жалобы» могут быть записаны сверхценные и бредовые феномены, но лишь постольку, поскольку они содержат аспект «жалобности». За счет этого может быть сокращено описание бреда и других психопатологических феноменов в разделе «Психический статус».

Если жалобы, нередко полузабытые (дезактуализированные) выз-

доравливающим больным, через некоторое время ему напомнить, то это во многих случаях может иметь ряд положительных следствий, например, может быть фактором поддержания или формирования у больного убежденности в эффективности лечения, в целесообразности пребывания его в больнице и др. То, на что «сам больной» жалуется, клинически очень важно и должно быть обозначено четко.

«**Субъективный анамнез**» иногда называют «внутренней картиной жизненного пути», по аналогии с «внутренней картиной болезни». Это клинически ориентированная психобиография и сведения о заболевании, полученные от самого больного. Эти субъективные сведения, пропущенные через призму личности и психического состояния, как правило, оказываются вольно или невольно искаженными. Такое происходит по механизмам психологической защиты, или по голотимным механизмам, или вследствие искажения фактов по кататимному механизму установки. Так, больной может не вспомнить (не указать) крайне неприятные для его чести и достоинства и потому вытесненные из памяти события: судимости, факты аддиктивного поведения, психические расстройства у родственников. Депрессивный пациент голотимно окрасит свой рассказ в темные и самоуничижительные, а маниакальный – в розовые и хвастливые тона; паранойяльный – будет излишне пристрастен, истеричный – излишне демонстративен.

Преднамеренные (осознанные, корыстные, установочные) искажения сообщаемых сведений выражаются их утаиванием, гипертрофией или уменьшением значимости. Возможны симулятивные и аггравационные сообщения.

Тем не менее, с поправкой на указанные обстоятельства (личностная предвзятость, психологическая защита, голотимность, установка) субъективный анамнез зачастую бывает достаточным (а нередко единственным) способом получения информации о прошлом пациента и о его болезни. Диагностическая и оценочная работа врача напоминает работу следователя и одновременно судьи, поэтому так важно знать достоверность полученных фактов.

«**Объективный анамнез**» таковым (объективным) является условно, т.к. сведения, полученные от родственников и других лиц, также искажаются по тем же механизмам. Они, как правило, более объективны, но не во всех случаях. Возможны такие искажения, что «субъективный анамнез» оказывается объективнее «анамнеза объективного». В «объек-

тивном» анамнезе следует указать источник информации: медицинский документ, фамилию, имя и отчество родственников или знакомых и степень родства или знакомства. «Объективные» анамнезы жизни и болезни записываются по тем же изложенным ранее правилам хронологической или иной логической последовательности. Оценка достоверности сведений во всех случаях остается за врачом.

Трактовки заболевания в медицинских документах более объективны, но и они могут быть неполными и даже ошибочными по нескольким причинам: из-за объективно трудной диагностики в то время, из-за формулировок диагноза по более облегченному варианту из реабилитационных соображений или упрощенных требований современной классификации болезней. В случаях затруднений в диагнозе или в выборе лечения следует «поднять» и изучить архивные истории болезни и сделать из них краткие выписки. Архивные истории – кладь ошибок и находок: оценочных, терапевтических, анамнестических. Можно уверенно утверждать, что **чем чаще поднимаются архивные истории, тем качественнее и результативнее работа врача.**

Жизнь и болезнь человека представляют собой неразрывное целое. Аналогичным образом (вперемешку) их можно отобразить и в так называемом **едином анамнезе** (жизни и болезни). Это целесообразно в том случае, если расстройство проявилось рано, например, при умственной отсталости, расстройстве личности, детской шизофрении и др. В других случаях анамнез жизни и болезни целесообразно записать отдельно. Но и в этом случае в анамнез жизни неизбежно вкрапляются некоторые элементы истории болезни: начало заболевания, влияние болезни на судьбу (прекращение работы, развод, изменение положения в семье, инвалидность и т.п.). При этом проявления болезни целесообразно записать очень лаконично или даже их лишь обозначить. Написанный анамнез болезни (отчасти, и анамнез жизни) – это нечто подобное кинофильму с нормальной, замедленной или ускоренной демонстрацией; в частности, это серия кратких психических состояний и реакций на разных временных этапах, доведенная до настоящего времени, до наличного психического статуса, который описывается системно и развернуто.

**Пункты психического статуса** следует в большей степени рассматривать преимущественно как аспекты, которые следует выразить в индивидуальном плане (Морозов Г.В., Зайдель К.) и таким образом, чтобы читатель мог реальный психический статус легко воссоздать. Таким чита-

телем через некоторое время становится и сам врач. Есть рекомендации начинать психический статус **с самого главного**. Оба подхода имеют свои достоинства и недостатки. Начинающему психиатру более оправдано следовать представленной схеме.

Следует помнить, что **история пишется не только для врача** (и больного), но и для тех, кто ее может в дальнейшем изучать: это более старшие по должности, члены комиссий, работники правоохранительных органов, врач, который будет лечить вашего больного в будущем. История – документ медицинский, юридический и отчасти научный. Из уважения к читателям следует писать как можно лучше, понятнее и «яснее».

Изучение болезни другим лицом затруднено также обилием стереотипной «писанины» в дневниковых записях. Поэтому в тех ситуациях, когда изменений действительно нет, уместна запись: «состояние без перемен». Если же перемены произошли, то в начале их описания им целесообразно дать обобщенную качественно-количественную квалификацию по ясной жесткой схеме: а) улучшение; б) ухудшение в) без перемен. Иных вариантов не бывает.

Далее следует примерно определить степень выраженности обнаруженного варианта. Улучшения (ухудшения) могут быть едва заметными (незначительными), четкими, умеренными, заметными, значительными, существенными; улучшение может быть кроме того полным (выздоровлением); вариант «без перемен» может быть «без каких-либо перемен», «без заметных перемен», «без существенных перемен». Измерительной линейки для подобного рода количественных определений нет. Но чем они определены точнее, тем лучше для решений о способах дальнейшего лечения. И уже потом следует описать, чем ухудшение или улучшение выражаются качественно в субъективных и объективных проявлениях. И по какой причине это произошло (вероятно - скорее всего - безусловно).

Для лучшей диагностики, контакта и фиксации перемен всем больным, в том числе хроническим, время от времени (по возможности, регулярно) следует практиковать более подробную **запись при осмотре в кабинете**; ежедневно так должна осматриваться некоторая часть больных («с глаза на глаз», а не во время обхода). Это способствует лучшему прочувствованию и пониманию больного, имеет мощное психологическое, психотерапевтическое и гуманистическое значение.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ

К дополнительным методам обследования относятся: оценка неврологического и соматического статуса, экспериментально-психологические методы, лабораторные и инструментальные обследования.

### ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ Исследование внимания.

#### 1. Отсчитывание (проба Крепелина).

Методика была предложена Э. Крепелиным. Используется для исследования внимания и способности обследуемого осуществлять счетные операции. Исследование заключается в отсчитывании от 100 или 200 все время одного и того же числа.

Обследуемого предупреждают, что считать он должен про себя, а вслух только называть полученное при очередном вычитании число. В промежутках между числами экспериментатор равномерно ставит точки (приблизительный хронометраж). Можно фиксировать длительность пауз секундомером.

Запись опыта приобретает следующий вид: (100-7).. 93... 86.. 79. 72... 65.. 58. 51.. 44.. 37. 30. 23. 16. 9. 2.

При наличии повышенной истощаемости длительность пауз в конце, несмотря на то, что задание становится более легким, увеличивается.

Возможны два вида ошибок:

1) в единицах и главным образом при переходе через десяток, что свидетельствует о некоторой интеллектуальной недостаточности. Например:

(100-7)..93.....85.....78...71....64...58 и т.д.;

2) в десятках, что характерно, главным образом, для больных с неустойчивым вниманием. Например:

(100-7)..93...86...69..62.....55..38 и т.д.

При выраженном слабоумии с недостаточностью критики (например, при прогрессивном параличе) отсчитывание производится вопреки инструкции: вместо 7 вычитается 10, вместо 17 – 20. Причем эти ошибки не всегда удается корригировать.

При ошибочном выполнении задания можно указать больному на допущенную ошибку или, доведя опыт до конца, повторить его сначала.



## 2. Корректурная проба.

Для проведения необходимы бланки и секундомер. Кроме того, в помещении должно быть хорошее освещение и тишина, а также следует учитывать состояние зрения исследуемого. С малограмотными пациентами корректурную пробу проводить нецелесообразно.

Больному дают два хорошо отточенных простых мягких карандаша (один запасной) и бланк (приложение 1). Предупреждают, что предстоит проверка его внимания, и говорят: «Вы должны просматривать эти буквы строчка за строчкой, слева направо и вычеркивать все буквы «К» и «Р». Вычеркивать нужно вот так (экспериментатор показывает, вычеркивая буквы на первой строчке вертикальной черточкой). Иногда я сам буду ставить на вашем листке черточки – это будет отметка времени, на это вы не должны обращать внимания. Старайтесь просматривать строчки и вычеркивать буквы как можно быстрее, но самое главное в этом задании – работать без ошибок, внимательно, ни одной буквы «К» или «Р» не пропустить и ни одной лишней не вычеркнуть. Понятно? Начнем со второй строчки».

Экспериментатор включает секундомер и дает больному сигнал начать. По прошествии каждой минуты (точно по секундомеру) экспериментатор ставит такой знак в том месте, где испытуемый держит в это время карандаш, стараясь по возможности ему не мешать.

Общая длительность проведения опыта определяется в зависимости от задачи исследования – 10, 5 или 3 минуты.

Проверка правильности выполнения задания проводится по заранее изготовленному «ключу». «Ключ» представляет собой бланк, на котором все подлежащие вычеркиванию буквы обведены ярким цветным карандашом, а в конце каждой строчки проставлена цифра, обозначающая число таких букв в данной строке. «Ключ» должен быть тщательно проверен.

**Оценка результатов.** Первый способ. Учитывается показатель скорости (число просмотренных в минуту знаков) и показатель точности (число допущенных за минуту ошибок). На основании этих показателей строится график, на котором совмещены две кривые: изменение скорости работы (по количеству знаков, просмотренных в единицу времени) и изменение точности (по количеству ошибок в те же интервалы). Построение таких графиков позволяет выявить утомляемость больных (снижение скорости и точности) или вработываемость (повышение скорости, точности).

Чрезвычайно быстрый темп работы (сопровождающийся, конечно,

неточностью) наблюдается при маниакальных и паралитических синдромах, а чрезвычайно медленный – при депрессии. Промежуточные же показатели скорости работы не всегда имеют клиническое значение, так как могут зависеть от индивидуальных особенностей больного, т.е. от его привычных личностных установок. Большее значение имеет показатель точности работы, он отражает состояние общей психической работоспособности человека, степень устойчивости и утомляемости его внимания. Психически здоровые молодые люди при десятиминутной работе допускали от одной до 10-15 ошибок, а больные с сосудистыми и иными органическими поражениями мозга за то же время допускали 40-60 ошибок. Следует обращать внимание на распределение ошибок по минутам. При общем снижении работоспособности число ошибок равномерное или нарастает к концу работы по мере утомления. При некоторых же функциональных расстройствах психической деятельности наблюдается неравномерное распределение ошибок: на фоне безошибочной работы возникают небольшие периоды скопления ошибок и даже пропуски целых строк подряд.

Второй способ. Определение продуктивности и устойчивости внимания возможно по следующей формуле:

$$s = \frac{0,5N - 2,8n}{t},$$

где: S – показатель продуктивности и устойчивости внимания,

N – количество просмотренных в минуту знаков,

n – количество допущенных за минуту ошибок,

t – время выполнения задания в секундах (этот показатель в зависимости от определения продуктивности и устойчивости внимания за 1 или 5 минут соответственно составит 60 или 300).

Интерпретация числового значения S:

0-0,24 – очень низкопродуктивное внимание,

0,25-0,49 – низкопродуктивное внимание,

0,50-0,74 – среднепродуктивное внимание,

0,75-1,24 – высокопродуктивное внимание,

1,25 и выше – очень высокопродуктивное внимание.

Влияние тренировки на выполнение корректурной пробы невелико. Ее можно сколько угодно раз применять повторно.

### 3. Отыскивание чисел по таблицам Шульте.

Методика используется для исследования объема внимания к зрительным раздражителям. Для проведения опыта нужно иметь пять таблиц размером 60х60 см с написанными на них в беспорядке числами от 1 до 25 (приложение 2). На каждой из пяти таблиц числа расположены по-разному. Кроме того, нужен секундомер и небольшая, примерно в 30 см, указка. Исследования можно проводить с пациентами, имеющими не меньше 4 классов образования.

Испытуемому мельком показывают таблицу, сопровождая этот показ словами: «Вот на этой таблице числа от 1 до 25 расположены не по порядку». Далее таблицу прикрывают, т.е. кладут на стол числами книзу и продолжают инструкцию: «Вы должны будете вот этой указкой показывать и называть вслух все числа по порядку от 1 до 25. Постарайтесь делать это как можно скорее, но не ошибаться». Если испытуемый не понял, ему объясняют снова (не открывая таблицу). Затем экспериментатор одновременно ставит таблицу прямо перед лицом больного вертикально на расстоянии 70-75 см от него, и, включая секундомер, говорит: «Начинайте!». Пока пациент показывает и называет числа, экспериментатор следит за правильностью его действий, а когда больной называет число «25», экспериментатор останавливает секундомер. После первой таблицы без всяких дополнительных инструкций больному предлагают таким же образом отыскивать числа на 2-й, 3-й, 4-й и 5-й таблице.

При оценке результатов, прежде всего, становятся заметны различия в количестве времени, которые больной тратит на отыскивание чисел одной таблицы. Психически здоровые люди тратят на таблицу от 30 до 50 секунд, чаще всего 40-45 секунд. Необходимо отметить, равномерно ли испытуемый отыскивает числа или изредка подолгу не может найти какое-нибудь одно число.

У больных с выраженными клиническими проявлениями атеросклероза головного мозга на одну таблицу уходит до 2-3 минут. Однако столь длительное время уходит у них вовсе не потому, что они так медленно ищут. Они отыскивают числа так же быстро, как и здоровые люди, но удлинение общего времени обусловлено отдельными «случайными» задержками. Так, например, больной называет и показывает ряд чисел со скоростью 1-1,5 секунды на число, а затем вдруг никак не может найти одно какое-либо число, смотрит как будто прямо на него и не видит и даже заявляет экспериментатору, что такого числа в таблице вообще нет.

Такие паузы объясняются кратковременным состоянием охранительного торможения в корковых клетках зрительного анализатора больных. Экспериментатору такие паузы хорошо заметны. Их наличие дает ему основание делать вывод о неравномерности темпа психической деятельности, свойственной пациентам с сосудистыми заболеваниями головного мозга. Равномерная замедленность темпа отыскивания чисел наблюдается при эпилепсии.

При заболеваниях, вызывающих нарушения моторики глазодвигательных нервов, также наблюдаются затруднения в отыскивании чисел и общее увеличение времени отыскивания чисел на одну таблицу. Заметное увеличение времени отыскивания чисел на последних (4-й и 5-й) таблицах свидетельствует об утомляемости больного, а ускорение – о медленном «вработывании». В норме на все таблицы должно уходить примерно одинаковое время.

### Исследование памяти.

#### 1. Запоминание цифр.

Методика используется для оценки механического кратковременного запоминания, очень проста в выполнении и не требует дополнительного стимульного материала. Условием проведения тестирования, как и всех других исследований памяти, является тихая обстановка. Перед началом исследования экспериментатор должен записать два столбца цифр:

3 – 8 – 6

2 – 5

3 – 4 – 1 – 7

5 – 7 – 4

8 – 4 – 3 – 2 – 9

7 – 2 – 9 – 6

3 – 8 – 9 – 1 – 7 – 4

4 – 1 – 3 – 5 – 7

5 – 1 – 7 – 4 – 2 – 3 – 8

1 – 6 – 5 – 2 – 9 – 8

1 – 6 – 4 – 5 – 9 – 7 – 6 – 3

8 – 5 – 9 – 2 – 3 – 4 – 2

5 – 3 – 8 – 7 – 1 – 2 – 4 – 6 – 9

6 – 9 – 1 – 6 – 3 – 2 – 5 – 8

**Инструкция.** Сейчас я скажу несколько цифр и как только я закончу говорить, вам нужно повторить все их в таком же порядке. После этого зачитываются цифры из первой строчки первого столбца. Обследуемый повторяет, и затем проводятся аналогичные действия с другими строчка-

ми первого столбца. При неудаче возможно повторное зачитывание такого же количества любых других цифр. Если и при вторичном зачитывании обследуемый не справился с повтором, отмечается то количество цифр, которое он смог повторить полностью. Аналогично проводится эксперимент с повтором цифр во втором столбце, но в инструкции указывается, что цифры нужно повторять в обратном порядке. Хорошим считается результат повторения 8-ми цифр в прямом и 7-ми цифр в обратном порядке.

## **2. Заучивание десяти слов («квадрат Лурия»).**

Эта методика является одной из наиболее часто применяющихся, предложена А.Р. Лурия. Используется для оценки состояния памяти больных, утомляемости, активности внимания.

Проведение исследования не требует специального оборудования, но обязательным условием тестирования является тишина, поэтому при наличии каких-либо разговоров в комнате его проведение считается нецелесообразным. Вначале экспериментатор должен записать в столбик 10 коротких (односложных или двухсложных) слов. Слова нужно подобрать простые, разнообразные и не имеющие между собой никакой связи. Обычно каждый экспериментатор привыкает к какому-либо одному ряду слов, но желательно пользоваться не одним, а несколькими наборами, чтобы больные не могли их друг от друга услышать.

Инструкция состоит из нескольких этапов. В данном опыте необходима очень большая точность и неизменность произнесения инструкции и соблюдения условий опыта. Первое объяснение. «Сейчас я прочту 10 слов. Слушать надо внимательно. Когда окончу читать, сразу же повторите столько, сколько запомните. Повторять можно в любом порядке, порядок роли не играет».

Экспериментатор читает слова медленно, четко. Когда испытуемый повторяет слова, экспериментатор в своем протоколе ставит крестики справа от слов (смотри форму протокола). Затем он продолжает инструкцию (второй этап).

Продолжение инструкции. «Сейчас я снова прочту вам те же самые слова, и вы опять должны повторить их – и те, которые вы уже назвали, и те, которые в первый раз пропустили, все вместе, в любом порядке». Экспериментатор снова ставит крестики справа от слов, которые повторил испытуемый. Затем опыт снова повторяется, но уже без каких-либо инструкций. Экспериментатор просто говорит: «Еще раз».

В случае, если испытуемый называет какие-либо лишние слова,

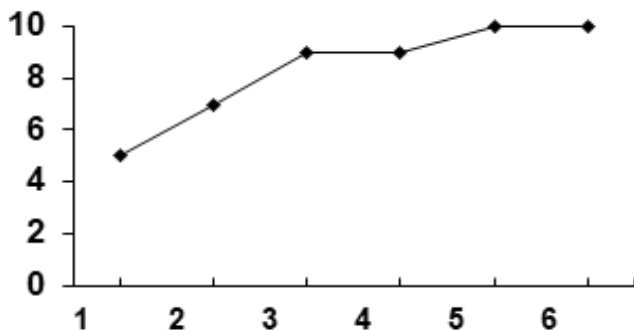
экспериментатор обязательно записывает их рядом с крестиками, а если слова эти повторяет, – ставит и под ними крестики. В случае если исследуемый пытается вставлять в процессе опыта какие-либо реплики, экспериментатор останавливает его; никаких разговоров во время этого исследования допускать нельзя.

После 5-7-кратного повторения слов экспериментатор переходит к другим экспериментам, а в конце исследования, т.е. примерно спустя 50-60 минут, снова спрашивает у исследуемого эти слова (без напоминания). В результате протокол опыта принимает примерно следующий вид:

	1	2	3	4	5	6	7
дом	+	+	+	+	+	+	
кино		+	+	+	+	+	
пальто	+	+	+	+	+	+	
река			+	+	+	+	
роза		+		+	+	+	
пух	+		+		+	+	
пень	+	+	+	+	+	+	
вино		+	+	+	+	+	
лужа		+	+	+	+	+	
каша	+		+	+	+	+	
	5	7	9	9	10	10	

По этому протоколу может быть составлена «кривая запоминания». Для этого по горизонтальной оси откладываются номера повторения, а по вертикальной – число правильно воспроизведенных слов. По форме кривой можно делать некоторые выводы относительно особенностей запоминания больных.

На большом количестве здоровых исследуемых установлено, что у здоровых (как взрослых, так и детей школьного возраста) кривая запоминания носит примерно такой характер: 5, 7, 9, или 6, 8, 9 или 5, 7, 10 ..., т.е. к третьему повторению исследуемый воспроизводит 9 или 10 слов и при последующих повторениях удерживается на числах 9 или 10.



Кривая – 4, 4, 5, 3, 5 свидетельствует о снижении способности запоминать и инактивности больного. Повторяющиеся «лишние» слова и «застревание» на них встречается при исследовании больных, страдающих текущими органическими заболеваниями мозга, а также иногда у больных шизофренией в период интенсивной медикаментозной терапии. Особенно много таких «лишних» слов продуцируют дети в состоянии расторможенности и взрослые по окончании или перед началом синдромов расстройств сознания.

«Кривая запоминания» может указывать и на ослабление активного внимания и на выраженную утомляемость больных. Так, например, иногда больной ко второму разу воспроизводит 8 или 9 слов, а затем после каждой пробы воспроизведения – все меньше и меньше. В жизни такой человек страдает обычно забывчивостью и рассеянностью, но в основе его забывчивости лежит преходящая астения, истощаемость внимания. Истощаемость внимания больных не обязательно проявляется в кривой с резким спуском вниз, иногда кривая принимает зигзагообразный характер, свидетельствующий о неустойчивости внимания, о его колебаниях.

В отдельных, сравнительно редких случаях, больные воспроизводят одно и то же количество одних и тех же слов. Кривая имеет форму плато. Такое отсутствие нарастания удержания слов после их повторения свидетельствует об эмоциональной вялости, отсутствии заинтересованности в запоминании большего количества слов. Кривая типа низко расположенного плато наблюдается при паралитических синдромах.

Количество воспроизведенных слов через час после повторения («отставленное воспроизведение») свидетельствуют о памяти в узком смысле слова, т.е. о фиксации следов воспринятого.

### 3. Пиктограмма.

Этот метод, предложенный А.Р. Лурия, представляет собой вариант опосредованного запоминания, однако применяется он не столько для исследования памяти, сколько для анализа характера ассоциаций больных. Может быть использован для исследования пациентов с образованием не менее 7 классов.

Для проведения исследования достаточно иметь карандаш и бумагу. Заранее нужно подготовить 12-16 слов и выражений для запоминания. Примерный набор слов, которым можно пользоваться:

Веселый праздник	Тяжелая работа	Развитие
Вкусный ужин	Смелый поступок	Болезнь
Счастье	Разлука	Ядовитый вопрос
Дружба	Темная ночь	Печаль
Справедливость	Сомнение	Теплый ветер
Обман	Богатство	Голодный ребенок

Однако стандартные наборы слов применять необязательно, их необходимо немного варьировать, т.е., сохраняя основной состав слов, заменять два или три из них.

Испытуемому говорят, что будет проверяться его зрительная память, спрашивают о том, замечал ли он, как ему легче запоминать – «на слух или с помощью зрения». Затем ему дают лист бумаги и карандаш и говорят: «На этой бумаге нельзя писать ни слов, ни букв. Я буду называть слова и целые выражения, которые вы должны будете запомнить. Для того чтобы легче было запомнить, вы должны к каждому слову нарисовать что-либо такое, что бы могло помочь вам вспомнить заданное слово. Качество рисунка роли не играет, можно нарисовать что угодно и как угодно, лишь бы вам это смогло напомнить заданное слово. Вот, например, я вам задаю первое выражение «Веселый праздник». Что можно нарисовать, чтобы потом вспомнить «Веселый праздник»? Желательно без крайней необходимости ничего больше больному не подсказывать. Если он упорно жалуется на неумение рисовать, можно посоветовать: «Рисуйте, что полегче». Если пациент заявляет, что он не в силах нарисовать праздник, можно повторить ему, что он не должен рисовать «веселый праздник», а лишь то, что может ему напомнить про веселый праздник. Если испытуемый легко подбирает рисунки и сам рассказывает вслух экспериментато-



ру, что он выбирает и как он собирается припоминать, экспериментатор молча ведет протокол. Протокол ведется по следующей схеме.

Заданные выражения	Рисунок и объяснение	Воспроизведение спустя час

Если же пациент сам не объясняет, следует у него каждый раз спрашивать: «А как вам это поможет припомнить заданное слово?».

Не следует возражать или высказывать неодобрение, какие бы необычные связи больной не устанавливал, но если рисунки его слишком многопредметны, можно попросить его рисовать немного быстрее.

В процессе выполнения задания экспериментатор варьирует порядок задаваемых больному слов: смотря по тому, легко ли больной устанавливает связи, экспериментатор предлагает то более легкие, конкретные выражения («вкусный ужин», «тяжелая работа»), то более трудные, абстрактные («развитие», «сомнение», «справедливость»).

После выполнения задания (от 12 до 16 слов) листок с рисунками откладывают в сторону и лишь в конце исследования (спустя час) предлагают испытуемому припомнить по рисункам заданные слова. Припоминание нужно предлагать не по порядку, лучше одно – сначала, другое – с конца. Можно предложить пациенту записывать под рисунком слово или выражение, которое было ему задано. Обязательно следует спросить, как удалось вспомнить слово, чем помог ему рисунок.

### **Интерпретация пиктограммы.**

#### 1. Оценка способности найти обобщенный опосредованный образ.

В норме даже школьник с образованием 5 классов может найти такой образ: так, например, для слов «тяжелая работа» он рисует лопату или молоток, человека с грузом, для слова «сомнение» – развилку дорог (куда пойти?) или вопросительный знак или дверь (войти ли в нее?). Для интеллектуально неполноценного больного такая задача трудна. Для слов «тяжелая работа» он хотел бы нарисовать целую сценку работы в шахте, но боится, что не сумеет это выполнить. Для слова «сомнение» он вообще ничего придумать не может. При легкой умственной недостаточности пациент оказывается в состоянии нарисовать что-либо для конкретных понятий; для слова «болезнь» – кровать; для слов «вкусный ужин» – стол, тарелки. Но такие слова, как «справедливость», «сомнение», «развитие»,

остаются недоступными для опосредования. Такого рода проявления конкретности мышления, трудности обобщения наблюдаются при умственной отсталости и эпилепсии.

В иных случаях больной справляется с задачей обобщения, но никак не может ограничить себя выделением одного какого-либо образа и рисует их множество. Так, например, решая нарисовать к слову «развитие» растущее растение, он рисует не один какой-либо росток, а целую серию постепенно увеличивающихся цветов в количестве 7-8. К слову «болезнь» он рисует кровать и больного на подушке, и пузырек с лекарством, и еще термометр. Такие множественные ассоциации в пиктограммах свидетельствуют об обстоятельности мышления, о склонности к детализации и наблюдаются обычно у больных эпилепсией, а также у некоторых людей, перенесших энцефалит. Эти же категории пациентов рисуют излишне тщательно и медленно, возвращаясь к прежнему рисунку и подправляя его даже тогда, когда экспериментатор уже задал им следующее слово. Такие «возвращения» и стремление к ненужной тщательности рисунков также свидетельствуют об инертности психических процессов.

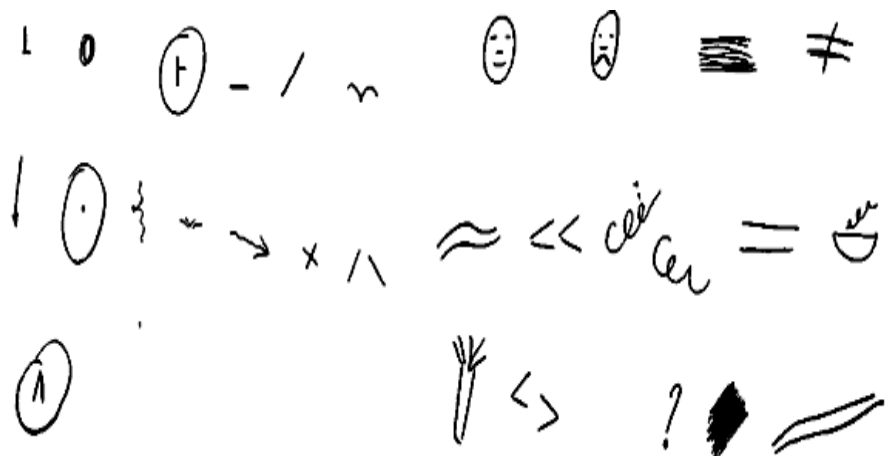
## 2. Оценка адекватности ассоциаций.

Психически здоровые люди устанавливают обычно разнообразные, но содержательные связи. Так, например, к выражению «веселый праздник» они могут нарисовать флаг или цветы, или бокал вина; к слову «разлука» – конверт или паровоз, или руку, размахивающую платочком; к слову «развитие» – диаграмму роста или растение, или младенца, или яйцо. Все эти и многие другие связи одинаково хороши, так как они действительно могут служить средством припоминания заданного слова.

Больные же шизофренией, для которых характерны структурные расстройства мышления, часто рисуют неадекватные образы и строят взаимосвязи, носящие громоздкий и вычурный характер. Например, на слово «сомнение» пациент рисует речку и объясняет это так: «Есть романс Глинки «Сомнение», а Глинка – это есть Неглинка – речка». В другом случае для запоминания слов «вкусный ужин» больной нарисовал туалетную комнату и в рассуждениях во время выполнения заданий пришел к этому так: «Вкусный ужин – это значит хорошо пахнет... запах... нарисую уборную». В этой ассоциации видна и парадоксальность. В некоторых случаях выхолощенность и бессодержательность ассоциаций больных достигают такой степени, что к разным словам больные рисуют лишь черточки, галочки.

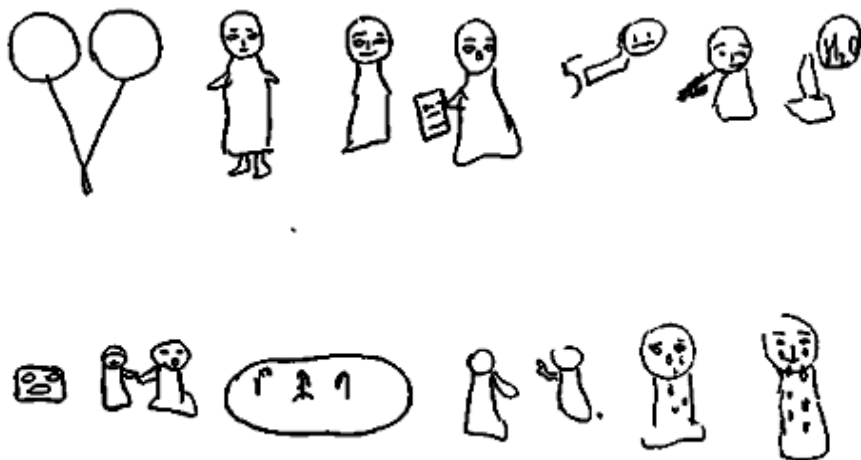
Если пациент ко всем таким эмоционально значимым словам подбирает совершенно нейтральные отвлеченно-общечеловеческие образы (например, «счастье» – солнце, «печаль» – плохая погода и т.д.), это можно оценить как проявление некоторой эмоциональной отгороженности, интравертированности или даже холодности.

Примеры выхолощенных пиктограмм, составленных больными шизофренией:



На этих пиктограммах лишь отдельные штрихи – символы имеют свои обозначения (спираль, поднимающаяся кверху на правом рисунке обозначает «счастье», а спускающаяся вниз рядом – «болезнь»). В основном же стрелки, галочки, линии, крестики и кружочки лишены объективного содержания и даже для самих больных не служат средством связи и запоминания; попытки прочесть свою пиктограмму, т.е. припомнить заданные слова, оказываются безуспешными.

Некоторые пиктограммы по внешнему виду производят впечатление простых и конкретных, но при более тщательном психологическом анализе обнаруживают признаки глубокой патологии мышления. На следующем рисунке изображена пиктограмма больной шизофренией с вербальным галлюцинозом. Ассоциации больной носят конкретный, содержательный характер, но они очень стереотипны как в содержании, так и в исполнении рисунков.



В некоторых случаях патология мышления выявляется не в рисунках, а в объяснениях больных, поэтому всегда следует очень тщательно вести протокол исследования.

Для эпилепсии и некоторых форм личностных расстройств свойственна эгоцентричность восприятия (в норме может быть небольшая доля личностной реакции, особенно на эмоционально-значимые слова, однако при указанных расстройствах она более выражена). Так, например, больной эпилепсией говорит: «Теплый ветер» я вообще запомнить не могу, так как у нас на севере теплого ветра не бывает; «вкусный ужин» – для меня на ужин годится только простокваша; «веселый праздник» – у меня праздников не бывает; «справедливость» – со мной поступают несправедливо» и т.д.

### 3. Оценка способности запоминания.

Изначально методика была создана для исследования памяти, поэтому представляет интерес сопоставление результатов исследования памяти методами «квадрат Лурия» и пиктограммы. Если испытуемый плохо заучивает 10 слов, но гораздо лучше вспоминает слова в пиктограмме, это свидетельствует об органической слабости памяти. Усвоение нового затруднено, но возможность содержательно опосредовать, логически связать материал помогает пациенту, поэтому с пиктограммой он справляется лучше.

Если же обследуемый легко усваивает 10 слов, но не может припомнить слова в пиктограмме, это свидетельствует о том, что опосредованные

связи только мешают ему припоминать. Такое соотношение наблюдается у больных шизофренией с расстройством мышления и сохранностью формальных способностей усвоения нового.

Пиктограмму следует оценивать в целом, т.е. по общему характеру выбираемых испытуемым образов, а не по отдельным ассоциациям. Так, например, абстрактные знаки и символы встречаются часто в пиктограммах совершенно здоровых людей, однако в этих случаях один или два абстрактных символа чередуется с преобладающим большинством эмоционально-насыщенных, живых и образных.

### **Исследование мышления.**

#### **1. Исключение предметов («4-ый лишний»).**

Методика предназначена для исследования процессов анализа, сравнения и обобщения и представляет собой типичный образец моделирования этих процессов в мышлении. Больной должен найти обобщающее понятие для трех предметов из четырех изображенных, и исключить, т.е. выделить один, четвертый, несоответствующий общему понятию. Для проведения опытов необходимы наборы карточек, на каждой из которых нарисовано по четыре предмета. Такие карточки-задачи могут быть градуированы по трудности от самых легких до чрезвычайно трудных. Обследуемому показывают карточки, заранее разложенные в порядке возрастающей трудности. Инструкцию дают на примере одной самой легкой карточки. Говорят: «Вот здесь на каждой карточке изображены 4 предмета. Три из них между собой сходны, их можно назвать одним названием, а четвертый к ним не подходит. Вы должны назвать предмет, который не подходит (или который надо исключить) и сказать, как можно назвать остальные три». Далее экспериментатор разбирает с больным первую карточку, вместе с ним дает обозначение трем обобщаемым предметам и объяснение тому, почему следует исключить четвертый предмет.

В протоколе записывается против номера карточки предмет, который пациент считает нужным исключить, а в соседнем столбце – объяснение испытуемого и название остальных трех.

Если ответ неправилен и экспериментатор задает наводящий вопрос, то и вопрос, и ответ также записывается. Неспособность решить простые задачи встречается крайне редко – тогда, когда больной в связи с очень глубокой степенью слабоумия или расстройством сознания не понимает инструкции. Как правило, испытуемые правильно решают первые 3-4 задачи и начинают ошибаться по мере перехода к более трудным. Сте-

пень сложности задач, на которых впервые начинает ошибаться больной, дает некоторое основание для суждения о степени его интеллектуального снижения. При исследовании этим методом детей с умственной отсталостью было выявлено, что им иногда удается правильное решение задач средней трудности, но они не могут объяснить и мотивировать свои решения, не могут сформулировать общее понятие для обозначения трех объединяемых предметов.

Конкретность мышления, непонимание абстракции обнаруживаются в том, что больные пытаются вместо задачи обобщения и выделения идти по пути практического использования и ситуационного увязывания предметов. Так, например, вместо того чтобы в задаче выделить очки, а остальное назвать измерительными приборами, испытуемый говорит, что ничего на этой карточке исключить не нужно, так как, надев на глаза очки, человек может лучше увидеть показатели весов, часов и термометра.

Некоторые больные шизофренией, правильно выполняя инструкцию и обобщая предметы, производят это обобщение по так называемым слабым признакам. Такой неправильный выбор посылок для обобщений вообще свойствен таким пациентам. Например, больной обобщает зонтик, пистолет и барабан как предметы, издающие звук, и исключает фуражку, так как она звука не издает. В данном случае процесс обобщения не нарушен – действительно, три названных предмета издают звук и этим отличаются от фуражки. Однако признак звучания крайне необычен, странный для указанных предметов. Его можно отнести к числу латентных, слабых признаков. Образцы заданий на исключение предметов представлены в приложении 3.

Методикой исключения предметов можно пользоваться и для повторных проб (при учете эффективности терапии), но для этого нужно подобрать два или три приблизительно равных по трудности набора карточек.

## **2. Существенные признаки.**

Методика выявляет логичность суждений пациента, а также его умение сохранять направленность и устойчивость способа рассуждения при решении длинного ряда однотипных задач. Для проведения исследования нужны бланки с напечатанным текстом задач (приложение 4).

Исследование можно проводить с человеком, имеющим образование не менее 5 классов. Для проведения исследований, как правило, не дается жесткая инструкция, а вместо этого экспериментатор совместно с

испытуемым решает первую задачу и дает примерно следующие объяснения: «Видите здесь ряд слов, напечатанных крупным шрифтом, а рядом с каждым таким словом (в скобках) – пять слов на выбор. Из этих пяти слов вы должны выбрать два – только два, не больше и не меньше – два слова, обозначающих неотъемлемые признаки вот этого, написанного крупным шрифтом предмета, т.е. то, без чего он не может быть. Вот, например, сад. Все те слова, которые рядом с ним в скобках написаны, имеют какое-то отношение к саду – и земля, и забор, и садовник, и собака и растения. Все это в саду бывает. Но без чего сад не может быть садом? Без земли и без растений. Без садовника или без забора сад будет, хотя быть может и плохой; но без растений и без земли сада не бывает». Также совместно решается и вторая задача, а затем пациент решает и объясняет свои решения самостоятельно.

В зависимости от того, для какой цели в большей мере экспериментатору нужна данная методика, он может действовать двумя способами: либо он только записывает высказывания и ответы больного, и обсуждает их после конца всей работы, либо он сразу обсуждает с испытуемым каждый следующий ответ, ставя ему контрольный вопрос.

Форма и пример протокола по методике «существенные признаки»:

№ задачи и вопросы экспериментатора	Ответы	Объяснения и мотивировки

В большинстве задач этой методики содержатся слова, которые провоцируют легкомысленные, бездумные ответы. Так, например, к слову «игра» многие, долго не думая, подбирают слово «карты», хотя карты вовсе не являются обязательным признаком для всякой игры. Многие пациенты не только при самостоятельной работе, но даже при контрольных вопросах и поправках со стороны экспериментатора в каждой следующей задаче сбиваются на путь таких случайных, привычных ассоциаций и отвечают бездумно. Таким больным подсказка, критическое замечание обычно помогают найти правильное решение. Таким образом, методика выявляет не критичность и ненаправленность мышления больных. В иных случаях методика выявляет резонерские, путанные рассуждения больных – аморфность и расплывчатость их мышления. Неумение выделить самые существенные признаки (т.е. слабость абстрагирования) становится

особенно заметной тогда, когда экспериментатор обсуждает с пациентом решения.

### 3. Соотношение пословиц, метафор и фраз.

Методика применяется для исследования мышления. Выявляет понимание переносного смысла, умение вычлнить главную мысль в фразе конкретного содержания, а также дифференцированность и целенаправленность суждений больных. Разработана Б.В. Зейгарник.

Для проведения исследования нужны таблички, на которых написаны тексты метафор и пословиц (6-7 таблиц) и тексты фраз (14-15). Примеры приведены ниже:

Пословицы	Фразы
Куй железо, пока горячо	1. Когда дрова горят, тогда и кашу варят
	2. Делай все вовремя
	3. Железо нужно ковать пока оно горячее и мягкое
Цыплят по осени считают	1. Цыплята вырастают к осени
	2. О деле судят по результатам
Нечего на зеркало пенять, коли рожа крива	1. Если сам некрасивый, то не вини в этом зеркало
	2. Не вини других в своих ошибках
	3. Хорошее качество зеркала зависит не от рамы, а от самого стекла
Тише едешь – дальше будешь	1. Кузнец, который работает не торопясь, часто успевает больше, чем тот, который торопится
	2. Если водитель едет на машине медленно, то не попадет в аварию и сможет уехать дальше
Не в свои сани не садись	1. Зимой ездят на санях, а летом на телеге
	2. Если не знаешь дела, не берись за него
	3. Пользуйся только своими санями
Не всё то золото, что блестит	1. Не всегда то, что нам кажется хорошим, действительно хорошо
	2. О книге не суди по переплету
	3. Не по виду суди, а по делам гляди
	4. Чистое золото ценится дорого
	5. Ржавое железо не блестит



Семь раз отмерь, а один раз отрежь	1. Материал разрезают ножницами
	2. Чтобы сделать работу лучше, нужно о ней сначала хорошо подумать
	3. Одну хорошую книгу прочесть полезнее, чем семь плохих
Лес рубят – щепки летят	1. При рубке леса всегда есть щепки
	2. За деревьями не видно леса
	3. Большое дело не бывает без потерь
Шила в мешке не утаишь	1. Шило острое и проколет мешок
	2. Ложь не скроешь
	3. Теперь обувь шьют и без шила

<b>Метафоры</b>	<b>Фразы</b>
Светлая голова	Умная голова
	У человека светлые или седые волосы
Золотая голова	Умный человек.
	Художник сделал статуэтку с позолоченной головой
Золотые руки	Умелец.
	Человек с золотыми украшениями на руках
Железный человек	Человек с сильным характером
	Статуя человека из железа
	Человек в железной броне
Ядовитый человек	Его укусила ядовитая змея
	Больной вместо лекарства выпил яд
	Злой человек
Каменное сердце	Бездушный, черствый человек
	Человек высек из камня сердце
Зубастый парень	У человека – крепкие и здоровые зубы
	Этот человек любит поспорить
	Человек, не дающий себя в обиду
Глухая степь	Безлюдное место
	Местность, где живут глухие люди

**Проведение исследования.** Экспериментатор раскладывает на столе слева от испытуемого пословицы или метафоры одну под другой, столбиком. Затем экспериментатор дает больному в перемешанном виде пачку таблиц с фразами и предлагает: «Положите рядом с каждой пословицей соответствующую ей по смыслу фразу». При этом экспериментатор предупреждает, что «не ко всем пословицам найдутся подходящие фразы, а многие фразы не подходят ни к одной пословице».

После того как обследуемый выполнил это задание, экспериментатор спрашивает его, в чем он видит сходство фраз и пословиц, в чем их общая идея.

Очень часто обилие фраз, из которых нужно выбрать правильные, провоцирует соскальзывания и неточности суждений у больных с нарушением целенаправленности и последовательности мышления. У лиц с умственной отсталостью в этом исследовании выявляется конкретность и поверхностность суждений, у больных с сосудистыми и иными органическими заболеваниями мозга – диффузность и неопределенность понятий, у больных шизофренией – соскальзывания и паралогические суждения.

Пример решения заданий у больной с диффузностью и нечеткостью суждений:

Семь раз отмерь...	Одну хорошую книгу прочесть полезнее, чем семь плохих	Здесь одна мысль – нужно делать хорошо
Куй железо...	Если уж поехал куда-нибудь, то с полдороги возвращаться поздно	Нужно делать быстро и до конца
Лучше меньше, да лучше	Чтобы сделать работу лучше, нужно о ней хорошо подумать	Здесь говорится о том, что как бы лучше все сделать

Пример более грубого расстройства мышления с его аморфностью и соскальзыванием, свойственным больным шизофренией:

Золотая голова	Человек высек на скале сердце	Потому что человек – золотая голова высек на скале сердце
Ядовитый человек	Мальчик наелся сладостей и заболел	Здесь почти что маленькая аналогия: мальчик наелся сладостей и заболел. Мальчик. Допустим он не мальчик. Юноша... Кто является виновником того, что он заболел? Ядовитый человек...

Зубастый парень	Больной вместо лекарства глотнул яду	Потому что это следствие того, что он осознал свои ошибки. Я уверен, что с ним получится это. Такие люди не умирают своей смертью. Их, знаете ли, из-за угла убивают...
Глухая ночь	У Ивана были крепкие и здоровые зубы	Потому что зубная боль, она... можно ее сравнить с ушной болью, то есть с наиболее такой, знаете, ноющей, пульсирующей, вот и именно глухая ночь способствует, знаете, переживаниям этой боли.

#### 4. Сравнение понятий.

Методика применяется для исследования мышления, процессов анализа и сравнения. Экспериментатор из имеющегося у него набора заготавливает 8-10 пар слов, подлежащих сравнению.

Примеры пар слов для сравнения:

Утро – вечер

Летчик – танкист

Трамвай – автобус

Река – птица

Поезд – самолет

Обман – ошибка

Корзина – сова

Молоко – вода

Золото – серебро

Очки – деньги

Кошка – яблоко

Дуб – береза

Сказка – песня

Ворона – воробей

Маленькая девочка – большая кукла

Корова – лошадь

Лыжи – коньки

Озеро – река

Дождь – снег

Ось – оса

Стакан – петух

Ботинок – карандаш

Ветер – соль

Сани – телега

Воробей – курица

Вечер – утро

Голод – жажда

Яблоко – вишня

Волк – луна

Методику можно использовать для исследования детей и взрослых разного образовательного уровня. Кроме того, исследование можно проводить повторно для оценки изменчивости состояния пациента.

**Инструкция.** Испытуемого просят сказать, «чем похожи и чем отличаются» эти понятия. Записывают все его ответы полностью. Экспериментатор должен настаивать на том, чтобы больной обязательно

раньше указывал сходство между понятиями, а только потом различие. Если обследуемому не сразу понятна задача, можно совместно сравнить какую-либо легкую пару слов.

Предлагая первую несравнимую пару (в данном списке река - птица), экспериментатор внимательно наблюдает за мимикой и поведением испытуемого. Если он выражает удивление, растерянность или просто молчит, затрудняясь, ему тут же дают пояснение: «встречаются такие пары объектов (или понятий), которые несравнимы, в таком случае вы и должны ответить: «Их сравнивать нельзя». Если пациент сразу начинает сравнивать эту пару – его ответ записывают, но затем все равно дают пояснение относительно «несравнимых» пар. В дальнейшем таких пояснений больше не дают, а просто регистрируют ответы по поводу каждой пары.

При оценке ответов больных следует учитывать, удастся ли им выделить существенные признаки сходства и различия понятий. Неумение выделить признаки сходства, а также существенные признаки различия свидетельствует о слабости обобщений у человека, о склонности его к конкретному мышлению.

Больные шизофренией сравнивают объекты, пользуясь очень разнообразными, необычными признаками, в то время как здоровые люди производят сравнения по банальным, «стандартным» признакам.

Второе, на что следует обратить внимание, это то, выдерживает ли испытуемый заданный ему план сравнения или мысль его «соскальзывает» куда-то в сторону, и суждения его оказываются лишенными логической последовательности.

Так, например, больной шизофренией в подостром состоянии дает следующее заумное иagramматичное сравнение дождя и снега: «Снег – это называются все микроны и заочные точки, которые могут быть под заморозками, а дождь, состоящий из воды, и оно может находиться в тесном сотрудничестве». Другая больная сравнивает дождь и снег так: «Дождик – это капли водяные, а снег – это заморозки, снег это снег, а вода есть вода, какая может быть разница – это ведь совершенно разные вещи... Снег идёт и вода идёт, снег падает, и дождь тоже падает...».

### **Исследование интеллекта.**

Для исследования интеллекта используют шкальные тесты Равена и Векслера, при помощи которых определяют индекс интеллекта. Индекс свыше 130 баллов соответствует очень высокому интеллекту, от 110 до 130 – высокому, от 100 до 110 – среднему, от 90 до 100 – низкому, от 80 до

90 – очень низкому интеллекту, от 70 до 80 – о пограничной интеллектуальной недостаточности, от 50 до 70 – умственной отсталости легкой, от 20 до 50 – средней, ниже 20 – тяжелой.

Помимо специальных тестов об уровне интеллекта можно судить по степени развития абстрактного мышления, запасу общеобразовательных и житейских знаний и понятий, а также способности обследуемого использовать имеющиеся знания в практической деятельности. Для экспресс-диагностики уровня интеллектуального развития у подростков и взрослых можно использовать специально составленную бланк-карту, содержащую задания на определение уровня общей осведомленности, развития процессов обобщения, сравнения, анализа и абстрагирования (приложение 5).

### **Исследование индивидуально-личностных особенностей.**

Для изучения индивидуально-личностных особенностей используются различные опросники и проективные методы исследования. Для определения типа темперамента чаще всего используется тест Айзенка, для диагностики типа акцентуации характера – тест Шмишека (Леонгарда) и патохарактерологический диагностический опросник (ПДО), а в целях комплексного изучения личностных особенностей – тест Лири и многофакторные опросники Кетелла и ММРІ.

Для определения наличия «алкогольных проблем», в том числе и диагностики зависимости от алкоголя рекомендуется использовать специально-разработанную анкету (Морозов Л.Т., 2005), которая позволяет заподозрить существование зависимости и при необходимости провести более целенаправленную беседу (приложение 6).

## **ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ**

### **Нейрофизиологические методы (ЭЭГ, ЭхоЭГ, МЭГ).**

**Электроэнцефалография (ЭЭГ)** позволяет изучить биоэлектрическую активность клеток мозга и ее отклонения при различных заболеваниях, а также локализацию болезненного процесса. Картина ЭЭГ обнаруживает значительные индивидуальные различия, может изменяться с возрастом, в зависимости от функционального состояния ЦНС (сон, бодрствование, умственная нагрузка) и под воздействием различных лекарственных средств. ЭЭГ высоко информативна в диагностике эпилепсии и других пароксизмальных нарушений, а также опухолей, сосудистых и травматических повреждений мозга.

**Эхоэнцефалография (ЭхоЭГ):** исследование с помощью ультразвука, позволяющее обнаружить боковое смещение структур мозга от средней линии. Информативно в диагностике опухолей, некоторых сосудистых повреждений и мозговых атрофии.

**Магнитоэнцефалография (МЭГ)** – одна из инновационных технологий. Данный метод позволяет с высокой точностью локализовать источники нейронной активности в пространстве и времени. Наряду с фундаментальными исследованиями, такими, как исследования сенсорных и моторных функций мозга и когнитивных процессов памяти, внимания, речи и т.д., МЭГ дает возможность неинвазивной локализации эпилептических очагов патологической нейронной активности и дифференциальной диагностики различных форм эпилепсии.

#### **Методы нейровизуализации (МРТ, КТ, ПЭТ).**

**Компьютерная томография (КТ).** Метод рентгенодиагностики с использованием ЭВМ, позволяющий послойно изучить плотность ткани мозга. Высоко информативен в диагностике черепно-мозговых травм, опухолей мозга, прогрессирующих дегенеративных и атрофических заболеваний ЦНС. Позволяет обнаружить атрофию мозга.

**Магнитно-резонансная томография (МРТ).** Метод основан на регистрации с помощью компьютерной техники радиочастотных импульсов, излучаемых структурами головного мозга под воздействием на них магнитного поля. По сравнению с КТ обладает более высокой разрешающей способностью, позволяет получить изображение высокого качества и безопасен в радиационном плане. Очень информативен для раннего выявления рассеянного склероза и других демиелинизирующих заболеваний нервной системы, используется в диагностике болезни Альцгеймера, болезни Пика и мультиинфарктной деменции.

**Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ).** Основана на регистрации и анализе с помощью компьютера энергии, излучаемой короткоживущими изотопами (обычно кислорода и углерода), которые вводятся в организм путем инъекции или вдыхания и входят в состав молекул различных биологически активных веществ – глюкозы, нейромедиаторов, аминокислот и др. В отличие от других инструментальных методов не только позволяет получить послойные изображения ткани мозга, но и показывает картину жизнедеятельности различных отделов мозга *in vivo*, в том числе и ее изменения после приема психотропных препаратов. С помощью ПЭТ обнаружено снижение функциональной активности лоб-

ных долей при шизофрении. Дает сведения о локализации дофаминовых рецепторов, что важно в изучении новых нейролептиков при терапии.

#### **Клинические, биохимические, токсикологические исследования крови, мочи, спинномозговой жидкости.**

Диагностические лабораторные исследования в психиатрии направлены на оценку соматического состояния больного, контроль за ним в процессе лечения, а также на выявление соматических заболеваний, обуславливающих психические расстройства. Большинство применяемых в психиатрии лабораторных методов не отличаются от таковых общесоматической медицины. Однако существует ряд специфических методов, с помощью которых можно с большой точностью поставить этиологический диагноз, определить психоактивные вещества, определить уровень психотропных препаратов в крови для контроля лечения.

#### **Генетические исследования.**

В настоящее время используются только при части расстройств, широко не внедрены в рутинную клиническую практику.

## О КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОМ ДИАГНОЗЕ

Правильно оценивать картину болезни мы можем только синтетическим путем.

Крафт-Эбинг Н.В., 1897

**Клиническая оценка** пронизывает всю работу врача, начиная с первых слов больного, с первого впечатления о нем. Возникающие на этапах клинического исследования варианты предположительных оценок по-своему задают направление дальнейшего расспроса и исследования в целом. Развернутую клиническую оценку не принято записывать в историях болезни, особенно в достаточно ясных случаях. Однако, она должна быть, прежде всего, в голове врача; её элементами могут быть вкраплены в дневниковые описания расстройств, пронизаны психопатологические феномены в эпикризах и выписках.

Клиническая оценка важнейшая часть исследования, его вершина. Это процесс и одновременно результат. Эпиграфом для этого раздела могли бы быть слова П.Б. Ганнушкина: «Главной целью преподавания любой отрасли клинической медицины является развитие у молодого врача медицинского мышления, ... покоящегося на широком биологическом основании. Среди медицинских специальностей наиболее серьезным является мышление врача-интерниста, и вот можно сказать, что психиатрическая точка зрения целиком включает в себя точку зрения врача-интерниста, оставляя еще очень большое место для целого ряда других, новых соображений, ... которые вовсе не возникают у врача-соматика» (Ганнушкин П.Б. Избранные труды по психиатрии, 1998, с. 41-42).

Обычно студенты и начинающие врачи, следуя традициям соматического подхода, **клиническую оценку подменяют «обоснованием диагноза»**, которое сводится к перечню клинических явлений, «подтверждающих» выставленный диагноз. Такого рода «обоснование – подтверждение», как правило, оказывается односторонним; оно не учитывает широких реабилитационных реалий, остающихся вне обосновывающего перечня и даже ему противоречащих; оно обеспечивает лишь первичный (предварительный) «диагноз узнавания».

Клиническая оценка – это плод мысли и действий врача, результат его интеллектуального и волевого напряжения и выбора; это **его личное решение**, и, в какой-то мере творчество. Поэтому в ней неудачны выражения типа «по мнению больного ...», «по мнению родственника...». С



мнением больного и родственника считаться, безусловно, стоит и даже может быть уместно его привести для иллюстрации внутренней картины болезни, но лейтмотивом оценки должны быть суждения врача-психиатра: доказательства, предположения и догадки. Для выражения степени уверенности в них подойдут указанные ранее слова типа: «безусловно» (несомненно, однозначно) - «очень вероятно» - «вероятно» (возможно) - «не исключено что ...» - «мало вероятно» - «можно предположить». Естественно, по мере изучения больного и осмысления его заболевания степень определенности возрастает.

### **Задачи, цели и стратегия клинической оценки.**

Основные задачи клинической оценки – опознание и квалификация феноменов, их ранжирование по клинической значимости и установление характера и силы связей между различными обстоятельствами с целью диагностики, прогноза, лечения и, в конечном счете, реабилитации. На этапах квалификации психопатологических феноменов возможны два рода ошибок (Морозов Г.В., Шумский Н.Г., 1998):

1) Квалификация подменяется описанием феномена, что превращает клиническую оценку в эпикриз.

2) Установление прямолинейных причинных связей превалирует над квалификацией того, «что происходит».

Связи же, далеко не всегда прямолинейные, могут быть:

- между самими психическими расстройствами (например, устрашающие галлюцинации обусловили вторичный бред преследования, сенестопатии – развитие ипохондрического бреда);

- между личностными особенностями и психическим расстройством (например, у истерических личностей возникает истерический невроз; шизофрения у гипертимных личностей иная, чем у шизоидных и т.д.);

- между «вредностью» в форме психотравмы, травмы черепно-мозговой и др. – и психическим расстройством. В последнем случае следует помнить правило: после этого – не вследствие этого. Связи бывают разные, их очень много.

Связи (влияния) нужно оценивать, во-первых, по их генезу: в этом смысле каждый клинический феномен может быть **следствием** какой-либо причины; может быть предрасполагающим или тормозящим **условием** для действия другой причины; далее он сам может быть **причиной** клинических, психологических и социальных обстоятельств (по-

следствий). Во-вторых, в оценке следует выражать так же количественную сторону не только расстройств, но и связей. Определять же силу связей и влияний можно также словами типа: незначительная, заметная, выраженная (значительная), сильная (существенная). Такая градация приблизительна, но лучше иметь приблизительно верное отражение, чем никаких количественных градаций.

Если для истории болезни в целом слово «схема» более-менее применимо, то схему такого сложного и многостороннего процесса (и результата) как клиническая оценка предложить труднее. Здесь лучше говорить об аспектах клинической оценки (указано в схеме истории). Все же некоторая последовательность изложения целесообразна и здесь. Это должно быть **связное изложение по типу обычного рассказа**: сначала квалифицируется и оценивается «что было», потом «что случилось» («что и отчего происходило»), далее – «что получилось», а в конце – «что будет дальше» и каким образом положение улучшить. Клиническая оценка – это не только трактовка «фотографии на сегодняшний день» («поперечный срез»), но и трактовка «кинофильма» («продольный срез») с предсказанием будущего. Главное выявить побольше связей, значимых в контексте исследования и изложить их ясно и понятно (для самого себя в том числе). В хорошей клинической оценке должны «сойтись все концы с концами» и все должно соответствовать выработанной концепции.

Клинико-оценочная работа на первом этапе в методологическом плане завершается формированием (формулировкой) так называемого **предварительного (наиболее вероятного) диагноза**: основного, выражающего причину; сопутствующего, выражающего условия; и осложненных, выражающих следствия, а нередко, одновременно и отягчившиеся условия. Это в значительной степени диагноз узнавания, то есть признание наибольшей соотнесённости случая с одним из эталонных описаний синдрома или болезни.

#### **Дифференциальный диагноз и алгоритм его проведения.**

Предварительный диагноз – это лишь начальный, хотя и более других вероятный, диагноз. Его крепость проверяется **процедурой дифференциального диагностирования**. «Все познается в сравнении», поэтому дифференцировать, значит, сравнивать, то есть находить, обозначать и оценивать с одной стороны сходства (по одним признакам), а с другой, различия (по другим признакам). При этом признаки-различия для дифференцирования важнее и специфичнее, чем признаки-сходства. Зритель-

ной основой для выбора сравниваемых заболеваний может служить таблица (круги) Крепелина-Снежневского «Относительная нозологическая специфичность психопатологических синдромов».

Таким образом, с предполагаемым основным заболеванием (с предварительным диагнозом) сравниваются (дифференцируются) все другие психические заболевания. При этом в легких случаях, когда специфические черты наиболее вероятного заболевания выступают явно, дифференциально-диагностическая процедура совершается неосознанно (интуитивно). Развернутого рассуждения – сравнения в этих случаях не требуется.

## ОТНОСИТЕЛЬНАЯ НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СПЕЦИФИЧНОСТЬ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ



Но если это и нужно, например, в педагогических целях, то вполне допустимо дифференцирование сразу с группами заболеваний: органических, симптоматических, металкольных, психогенных. Например, при предварительном диагнозе «псевдоневротическая шизофрения с обсессивно-депрессивным синдромом» можно написать, что это изучаемое расстройство не может быть каким-либо органическим заболеванием, т.к. в нем отсутствуют признаки психоорганического синдрома, а также головные боли, метеочувствительность, соответствующие изменения на глазном дне, на ЭЭГ, на рентгенограмме черепа и т.д.

В других же случаях необходимы достаточно пространные рассуждения, требующие «тонких клинических наблюдений», интуиции и соблюдения правил логики. **Без догадок и неких озарений диагностика невозможна, но она должна быть максимально обоснована рациональными методами.** При этом затруднения могут быть уже на уровне квалификации симптома. Уже на уровне симптома **могут быть неопределенные (переходные) формы:** в голове звучат собственные мысли (не голоса), яркие фантазии больной может назвать видениями; сенестопатии, усложняясь, постепенно переходят в галлюцинации общего чувства. Поскольку наше мышление дискретно, то после соответствующих процедур сравнения с книжным эталонным понятием, мы относим изучаемое психопатологическое явление к определенному классу. Это иногда можно сделать очень правильно, а иногда – лишь относительно правильно. Так можно рассудить, что хотя звучащая мысль и слуховая галлюцинация (псевдогаллюцинация) имеют нечто общее – звучание, произвольность и интрапроекция, однако, это не галлюцинация, так как феномен звучания мысли не содержит специфического (характерного) для галлюцинаций свойства – в нем нет образа.

Квалификация синдромов и болезней имеет аналогичные трудности, которые также преодолеваются применением операции сходства и различия с эталонными описаниями.

Для словесного и письменного оформления таких операций сходства и различия, т.е. для структурирования дифференциально-диагностического рассуждения можно предложить **несколько грамматических форм.** Пусть предварительным (основным) диагнозом остается прежний: псевдоневротическая шизофрения с обсессивно-депрессивным синдромом. По шкале Крепелина-Снежневского мы видим, что наиболее актуальна дифференциальная диагностика с невротической депрессией и не-

врозом навязчивых состояний, с эндогенной депрессией, а также с выше расположенными группами болезней, поскольку их неспецифическим проявлением может быть обсессивно-депрессивный синдром.

**Грамматический стереотип на этапах** дифференциально-диагностической процедуры может быть следующим (с использованием метода исключения).

**I.** Это (предварительное, наиболее вероятное) расстройство не является психогенным расстройством (это не невротическая депрессия и не невроз), так как:

Шаг 1. Хотя оно имеет общую с ними (1) обсессивную (1а) и депрессивную (1б) симптоматику ипохондрического содержания,

Шаг 2. Но оно не имеет характерных для (2) невроза симптомов: не удастся найти психотравмирующих обстоятельств или внутриспсихических конфликтов (2а); нет улучшения после пребывания на курорте вне предполагаемой психотравмирующей ситуации (2б); нет соответствия расстройства имеющимся личностным гипертипным особенностям (2в).

Шаг 3. В тоже время имеются симптомы характерные (3) для вялотекущей шизофрении. Они указаны ранее на этапе установления наиболее вероятного диагноза: постепенное начало (3а), внешняя беспричинность расстройств (3б), странноватый характер содержания обсессий (3в), аффект в форме недифференцированной угнетенности (3г), отягощенная шизофренией наследственность (3д).

**II.** Это не эндогенная депрессия или циклотимия.

Хотя оно и имеет общий (1) с аффективным психозом и циклотимией обсессивно-депрессивный синдром (1а) и внешне беспричинное начало (1б).

Но не удастся заметить (2) характерную для них синтонность аффективных реакций (2а), психологическую понятность переживаний (2б), в частности, соответствие содержания навязчивого утверждения депрессивному эмоциональному состоянию (2в).

В тоже время расстройство имеет указанные в клинической оценке особенности, характерные для шизофрении: 3а, 3б, 3в, 3г, 3д.

**III.** Это (вероятное) расстройство не является **симптоматическим**.

Хотя оно имеет общий (1) с симптоматическими расстройствами обсессивный (1а) и депрессивный (1б) синдромы,

Но в психическом статусе нет специфических (2) для симптоматических

расстройств признаков астении (2б), дезинтоксикационная терапия состояние не улучшила (2в), отсутствуют признаки соматического заболевания (2г).

В то же время расстройство имеет указанные в клинической оценке особенности, характерные для шизофрении: 3а, 3б, 3в, 3г, 3д.

IV. Это не эпилепсия, т.к. в данном случае отсутствуют характерные (2) для эпилепсии признаки пароксизмальности (2а), эпилептоидные характерологические проявления (2б), специфические изменения на ЭЭГ (2в), случаи эпилепсии у родственников (2г). В то же время имеется характерная для шизофрении симптоматика 3а, 3б, 3в, 3г, 3д.

V. Краткая дифференциация с группой органических психических расстройств была проведена ранее.

Несколько особую проблему может составить процесс дифференцирования нозологических единиц внутри групп расстройств: прогрессивного паралича и сифилиса головного мозга, атеросклероза с психическими расстройствами и инволюционного психоза. Но они имеют те же процедуры и ту же схему.

Таким образом, логический стереотип (алгоритм) дифференцирования может быть следующим:

Шаг 1. Хотя предварительно диагностированное заболевание имеет неспецифические общие признаки (1) с исключаемым, такие-то (1а), такие-то (1б) ...,

Шаг 2. Но среди имеющихся признаков нет существенных признаков сравняемого заболевания (2): таких-то (2а), таких-то (2б). Поэтому сравниваемое заболевание можно исключить.

Шаг 3. В то же время, среди имеющихся признаков есть существенные признаки предварительно диагностированного заболевания (3): 3а, 3б, 3в, 3г, 3д. Оно поэтому не исключается (считается наиболее вероятным).

При упрощенном варианте дифференцирования используется лишь стержневая вторая часть развернутого рассуждения: совокупность предварительно диагностированных признаков не есть исключаемое (сравниваемое) заболевание (не относится к нему), так как не содержит его существенных признаков – а, б, в, г.

## К МЕТОДИКЕ ДОКЛАДА

При клинических разборах и консультациях можно прочитать быстрым темпом свою историю болезни от корки до корки в той последовательности, в которой там сделаны записи. Это может быть допустимо лишь для первого в жизни доклада. В дальнейшем нужно стремиться к представлению клинического материала в предварительно переработанном виде, в форме как бы полуфабриката. При этом некоторые фрагменты можно излагать обобщенно, другие очень подробно. Часть изложенного в истории следует и совсем опустить: не имеет смысла, например, уточнять название улицы, номер дома и квартиры, где живет больной, это не имеет значения. Значение может иметь в каких условиях и с кем живет больной, в каких отношениях находится со значимыми людьми. Частое стандартное «уроженец Забайкалья» – клинического смысла не содержит. О необходимости избавлять слушателей от различного рода подсчетов, говорилось ранее. В идеале сообщаемое должно быть ясно, образно, значимо для клиники, лечения и реабилитации, достоверно.

По традиционным **правилам клинического разбора** после «доклада» (без клинической оценки или с некоторыми ее элементами) и сообщений других специалистов (психолога, невролога и других) председательствующий проводит с больным уточняющую беседу и, иногда, некоторые исследования. Далее больного спрашивают присутствующие. Если при уточняющем исследовании обнаруживаются неизвестные ранее обстоятельства, то лечащий врач (как правило, это докладчик) заносит их в историю болезни.

Обсуждение полученных сведений начинается с клинической оценки и реабилитационных соображений, высказываемых докладчиком. Далее свои соображения (и частные, и концептуальные) высказывают присутствующие. Для исключения конъюнктурных факторов в начале высказываются младшие, потом – более старшие (более авторитетные). Разбор завешается краткими комментариями председательствующего по поводу высказанных соображений (что – за, что – против) и его клинической оценкой с формулой диагноза, целесообразного на данное время, и реабилитационными рекомендациями.

Типичный **клинический разбор** имеет признаки демонстрации и обучения; главный признак **консилиума** – совещание более или менее равных, в **консультации** главное – совет более сведущего специалиста.

Между ними на уровне явлений также имеются плавные переходы. Так, клинический разбор может приближаться к консилиуму и тогда под заключением подписываются все его участники, а не согласный записывает свое иное мнение. Мнение высказавшихся на разборе записать в историю болезни лишь желательно, обязательна запись клинической оценки (заключения) и подпись председательствующего.

Доклады на клинических разборах консилиумах и консультациях содержат в себе мощный потенциал клинического роста врача, его самоуважения и врачебной доблести.



## ЭПИКРИЗ И ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

**Эпикриз** – краткое изложение истории болезни, существенно значимое для врача, который будет лечить (реабилитировать) больного в дальнейшем. Этим определяется стратегия написания эпикриза, его содержание и соотношения компонентов. В эпикризе допустимы синкретизмы (слитности) картин и трактовок: хорошо освоенные и осмысленные врачом картины должны быть «прозрачными», легко поддаваться оценкам читателя.

В эпикризе можно выразить сомнение и предположение («не представляется возможным исключить...», «в дальнейшем следует дифференцировать с ...»), но совершенно обязательно указать действенные диагностические, лечебные и реабилитационные «рекомендации». Чтобы не была потеряна добытая информация, в эпикризе следует указать все проделанные исследования, но акцентировать внимание на клинически значимых из них.

**Выписка из истории болезни** – это аспекты эпикриза (а иногда и истории болезни), востребованные для определенных учреждений и нужд. В этом смысле эпикриз – это наиболее полная выписка для другого лечебного учреждения одинакового профиля. Но в выписке для туберкулезного и других медицинских учреждений нет нужды излагать весь эпикриз, хотя это можно и сделать. Как правило, в выписке (в учреждения медицинские, правоохранительные, социального обеспечения и др.) некоторые аспекты эпикриза следует уплотнить или даже сократить, а другие усилить за счет имеющихся в истории, но не вошедших в эпикриз обстоятельств.

## ФОРМА ОЦЕНКИ НАПИСАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

	Критерии оценки (максимальный балл в каждом пункте – 10)	Балл
1 .	<b>Паспортная часть</b>	
	<p><b>Жалобы:</b> 1, 2, 3 и т.д. в порядке значимости для больного. После каждой записать ее уточнения («прояснения»). Если жалуется «на соседа», то и записать (это хорошо подойдет для оценки психического статуса).</p>	
2 .	<p><b>Анамнез жизни:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Дата и место рождения, каким по счету и сколько всего детей в семье. Личностные особенности, род занятий и судьбы отца, матери, братьев-сестер. Материальное положение семьи в детстве и потом. Общая характеристика семьи: дружная - разобщенная; организованная - неорганизованная и т.п.</li> <li>2. Наследственность: психические расстройства, припадки, алкоголизация, «тяжелые» характеры.</li> <li>3. Беременность, роды; вредности и развитие в раннем детском возрасте. Энурез. Снохождение и др.</li> <li>4. Учеба: детский сад (в т.ч. насколько помнится), что (иногда) окончил, как учился, какие были трудности и как складывались отношения с учителями, соучениками, родителями. Подростковые увлечения. Особенности пубертата.</li> <li>5. Профессиональный маршрут: кем и когда (годы) работал, профессиональный рост и снижение, отношения с начальством, с младшими по должности. Трудности - успехи. Причины увольнений. Военная служба: как перенес адаптацию к ней и ее «тяготы», в каком звании уволился. Инвалидность: группа, с какого времени, причина.</li> <li>6. Сексуальное развитие: ориентация; оволосение, поллюции, влечение, влюблялся(лась) ли, половая жизнь; сексуальная жизнь в браке; разводы - женитьба - сожительства (если не показано в п. 1).</li> <li>7. Перенесенные заболевания и травмы, их характер (иногда обстоятельства получения), последствия близкие и отдаленные. Аллергологический анамнез.</li> <li>8. Личностные особенности: самооценка памяти, сообразительности, характера (волевых и эмоциональных свойств, общительности и др.) увлечения (хобби), преобладающие интересы. Каким был и каким стал теперь.</li> <li>9. Наркологический анамнез. Толерантность, влечение, потеря количественного и ситуационного контроля, «защитные знаки» при передозировках, характер абстиненции. Клиника опьянения. Самооценка потребления.</li> </ol>	

3 .	<p><b>Анамнез болезни.</b> С какого времени считает себя больным. Что предшествовало данному заболеванию. В чем проявилось заболевание в динамике. Особенности течения. Где и когда лечился. Результаты лечения. Психическое состояние после выписки (выписок). Инвалидность. Обстоятельства последнего обострения болезни. Причины настоящей госпитализации. Динамика расстройств и характер лечения в настоящем поступлении до курации: стало лучше (незначительно, заметно, значительно) - перемен не произошло - стало хуже (незначительно, заметно, значительно).</p>	
4 .	<p><b>Психический статус</b> – описывается «на день» курации. Примечания о «пунктах» анамнеза в принципе действительны и для пунктов статуса. В статусных описаниях отражается как здоровая часть психики (личностные особенности, ситуативное состояние), так и расстройства компонентов (функций) психики. Представления о статусе отчасти складываются уже при работе над жалобами и анамнезом, но во многих «пунктах» статуса эти представления должны быть обогащены специальным расспросом по выявлению субъективных феноменов (деперсонализация, сенестопатии и др.) или феноменов, о которых исследуемый умалчивает. Специального расспроса требуют обычно и слабо выраженные расстройства, заметные лишь самому больному, например, легкое снижение памяти. В таких случаях важное значение приобретает расспрос и получаемые при расспросе самоотчеты (самооценки, самонаблюдения) больных в аспектах «было - стало» и уточняющие патопсихологические исследования.</p> <p>Психологические феномены, отражающие особенности исследуемого (память, мышление, чувства, эмоциональные реакции... и др.), особенно если они нашли отражение ранее в анамнезах и жалобах, могут быть в статусе записаны отчасти в оценочном ключе, например: «память высокого уровня, хорошо сохранена на события ближние и дальние, личные и общественные». Выявленные же при расспросе или наблюдении психопатологические отклонения и симптомы подлежат максимально детальному описанию, доказательному, многопараметровому. Например: «Находит у себя легкое снижение памяти. Стал хуже запоминать прочитанное, телефоны, имена новых знакомых, чаще забывает оставленные где-либо вещи»). Нежесткая <b>схема статуса</b> может быть следующей:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Общее впечатление, манера держаться, внешний вид, состояние одежды и прически.</li> <li>2. Сознание. Ориентировка (в месте, во времени, в собственной личности); ее четкость - нечеткость, характеристики дезориентировки (для суждений о выключении или помрачении сознания).</li> <li>3. Доступность контакту, степень и влияние на продуктивность общения. Характеристики речи. Психологические механизмы малой доступности: тоска, безразличие, загруженность болезненными переживаниями, протест, недопонимание, тугоухость и др.</li> <li>4. Восприятие. Сохранность органов чувств. Описание сенестопатий, парестезий, иллюзий, галлюцинаций, психосенсорных расстройств.</li> </ol>	

5. Память в аспектах ближнее - давнее, личное - общественное. Проявления гипо/гипермнезий, амнезий, псевдореминисценций и конфабуляций. Патопсихологическое исследование: запоминание 10 слов (квадрат Лурия), запоминание чисел.

6. Мышление: Ускорение-замедление; логичность, последовательность, целенаправленность хода мышления. Ясность и уровень суждений и умозаключений.

Расстройства течения ассоциаций: нечеткость (разрыхленность) суждений-резонерство-разорванность-бесвязность; торпидность-обстоятельность - персеверации; идеаторные автоматизмы, обрывы и наплывы мыслей.

Расстройства суждений – «продуктивные» (болезненные идеи): навязчивые, сверхценные, бредовые. Описание их в аспектах: систематизированные - несистематизированные; абстрактность (толкование-образность (чувственность); эмоциональная насыщенность - нейтральность. Тесты на основные операции мышления: бланк-карта, исключение 4-го лишнего, пиктограмма и др.

7. Внимание: адекватность (избирательность)-неадекватность его направленности. Концентрированность - расплывчатость (рассеянность, несобранность)илиистощаемость. Устойчивость, тугоподвижность-повышенная отвлекаемость. Патопсихологические исследования: счет по Крепелину, проба Шульте, корректурная проба. Симптомы: отвлекаемость, истощаемость, тугоподвижность, прикованность (к высоко значимым представлениям).

8. Интеллект. Совокупный уровень памяти, мышления и внимания. Запас сведений и умений (общекультуральных, профессиональных, школьных, житейских и бытовых). В частности, представления о прошлом, явлениях природы, политических и культурных событиях (эрудиция). Богатство - бедность воображения и аналогий. Догадливость (эвристичность мышления). Критичность: к своим сильным и слабым сторонам, к происходящему. Умение использовать «знания» с учетом ситуационных контекстов, в частности, при толковании незнакомых пословиц. Синдромы: малоумие (с указанием выраженности нарушения интеллекта), слабоумие (и его качественные варианты). Тесты те же, что для исследования памяти, мышления, внимания.

9. Эмоциональная сфера.

а) настроение (эмоциональный фон) описывается на основе наблюдений и специального расспроса об эмоциональных радикалах. Обычно приходится больному их назвать: радость, тоска (печаль), тревога, апатия, злоба (гнев), страх (боязнь). Симптомы: эйфория, депрессия, мания, апатия, тревога, страх, напряженность, растерянность (аффект, недоумения) и соответствующие радикалу синдромы.

б) эмоциональные реакции (эмоциональный компонент психических реакций): их радикал (радикалы), вегетативные и двигательные компоненты. Живость и насыщенность (экзальтация) или монотонность (блеклость, однообразие). Степень выраженности. Ситуационная смысловая адекватность (ясность) - неадекватность направленности реакций.

	<p>Симптомы: слабодушие, лабильность, торпидность аффекта, неадекватность, амбивалентность и др.</p> <p>в) эмоциональные отношения (чувства): к близким, к событиям личной и общественной жизни, к госпитализации, врачам, медперсоналу, к болезни, к своему будущему и др. Обычно видны внешне в виде эмоциональных реакций в процессе исследования анамнеза, а также при специальном расспросе. Симптомы: усиление - ослабление чувств (уплощение, эмоциональная тупость), эмоциональное оскудение, неадекватность отношений (отношения). Амбивалентность чувств.</p> <p>10. Воля. Жажда деятельности - отсутствие желаний. Способность принимать решения, рисковать, мобилизоваться для социальной адаптации и значимости. Чем занят в отделении: чтение, рукоделие, настольные игры, помощь другим больным, помощь персоналу, уход за собой. Симптомы: гипербулия - гипобулия - абулия, парабулии.</p> <p>11. Влечения – как правило, обычно скрываются больным. Патологические влечения к психоактивным веществам, другие аддикции. Возникали или нет суицидальные мысли, намерения или действия. Расспросить об условиях и мотивах. Нет ли их сейчас.</p> <p>12. Движения (моторика): замедление - ускорение. Неадекватности в форме манерности, угловатости, торпидности (вязкости) и др. Двигательные стереотипии и эхопраксии. Распределение тонуса в частях рук, в мышцах шеи. Ступор (субступор): кататонический, депрессивный, истерический.</p> <p>13. Три основных желания, настоять на формулировании.</p> <p>Планы на будущее дальние и ближние.</p> <p>14. ВКБ (внутренняя картина болезни). Считает ли свое состояние болезненным и в чем сам видит (находит) свою болезнь. Проявления страданий, понимание больным причин болезни, отношение к ней; считает стационарирование оправданным - неоправданным, нецелесообразным - несправедливым. Боязнь стигматизации со стороны соседей, коллег по работе.</p> <p>15. Реабилитационные установки.</p>	
5 .	<p><b>Клиническая оценка</b> – это процесс и результат исследования, «вершина клинической медицины». В нее должна быть уложена вся значимая информация. Она может быть по-разному структурирована, но ее естественный ход – это рассказ о том, 1) что было → 2) что случилось → 3) что получилось → 4) что нужно делать.</p> <p>Клиническое содержание этих этапов функционально, строго не фиксировано, определяется общим, например, реабилитационным контекстом и прорабатываемой гипотезой.</p>	

	<p>Содержание выражается следующими, искусственно выделяемыми из целого, клиническими предварительными аспектами (компонентами, сюжетными линиями):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Наследственность и особенности личности в динамике.</li> <li>2. Описание и обозначение симптомов, выделенных и очищенных от привходящих многочисленных фоновых обстоятельств; интеграция их в синдром(ы), которые могут быть полными (развернутыми) или рудиментарными в форме лишь некоей «окраски»: депрессивной, парафренической, онейроидной и т.п. Синдромы могут сочетаться.</li> <li>3. Выделение динамических аспектов: а) инициальный период - дебют - манифестация - исход (ремиссия и др.); б) тип течения: непрерывный - шубообразный - периодический (рекуррентный, фазный).</li> <li>4. Оценка данных имеющихся параклинических, неврологических и соматических исследований.</li> <li>5. Оценка роли выявленных факторов (генетических, личностных и психогенных, органических, резидуально-органических и экзогенных) в качествах (значениях): причина, следствие, тормозящее или способствующее условие (также оказывающее влияние на особенности симптоматики и течения).</li> <li>6. Оценка опыта предыдущего лечения психотропными и другими препаратами и методами с учетом интенсивности и длительности воздействий.</li> </ol> <p>Формирование представлений об указанных аспектах, их «проработка».</p> <p>Лишь после образно-конкретных представлений, «вчувствования» и целостного осмысления аспектов следует собственно клиническая оценка (ее ядро), т.е. изложение интегративных аспектов по этапам клинического сюжета в оценочных терминах.</p> <p>При этом доли описательно-образного и отвлеченно-оценочного элементов в каждом аспекте неодинаковы. Собственно оценочные части можно или взять в скобки, или записать в параллельном столбце, либо отдельно после образной части.</p> <p>Клиническая оценка венчается сопоставлениями с эталонными «клиническими» описаниями заболеваний, выбором наиболее соответствующего эталона и, в соответствии с этим, предварительным диагнозом. В диагнозе отмечаются самые существенные, практически значимые обстоятельства, в том числе индивидуальные. Обычно это нозология (название болезни), синдром(ы), тип течения, степень прогрессивности, личностные особенности и изменения личности. Иногда обозначаются и влияющие условия (фон, «почва»): «на органически неполноценной почве», «в климактерическом периоде». Но чаще всего фоновый диагноз(ы) записываются отдельной строкой. Рядом с фоновыми записываются сопутствующие заболевания, неврологические и другие.</p>	
--	---	--

6 .	<p><b>Дифференциальный диагноз.</b> Начинается также с самого начала исследования. Вначале это сравнение свойств симптомов и их квалификация, позже – сравнение целостных и полных клинических сущностей (болезней). Дифференциальный диагноз проводится, прежде всего, с болезнями, в клинике которых есть сходство с клиникой изучаемого «случая». Однако, учитывая учебный характер истории болезни, дифференциальный диагноз «для тренировки» следует провести со всеми группами болезней, указанными в таблице (кругах) Снежневского.</p> <p>Дифференциально-диагностические формулы отражают взгляд на проблему «слева» и «справа» и могут быть двух типов.</p> <p>1) «Этонеисключаемоезаболевание(указать), таккакимеющиесяубольногопризнаки(1,2,...–указать)дляисключаемогозаболеваниянехарактерны»;</p> <p>2) «Это не исключаемое заболевание (какое – указать), так как его имеющиеся у него характерные признаки (1, 2 5, 6, 7... – указать) у исследованного больного отсутствуют».</p> <p>Чаще всего бывает достаточно одной формулы. Двусторонние же различия в легких случаях создают впечатление избыточности доказательств; они целесообразны в трудных случаях и для тренировки навыка дифференцирования. Поэтому целесообразно перед одной из избранных формул сказать (написать) примерно следующее:</p> <p>«Несмотря на имеющуюся общую неспецифическую симптоматику (1, 23,4,...–указать)»,убольного(или«вразбираемомслучае»)нетисключаемогозаболевания(указать,какого),таккак...».Далееиспользоватьформулу1)или2).</p>	
7 .	<p><b>Окончательный диагноз:</b> основной, фоновый, сопутствующий и осложнения. В сопутствующем диагнозе на первое место ставят клинические сущности, оказавшие влияние на клиническую картину (фоновые факторы).</p>	
8 .	<p><b>План лечения и реабилитации:</b> режим, стратегия и назначение терапии.</p>	
9 .	<p><b>План реабилитации:</b> социальная помощь: трудоустройство, группа инвалидности, нормализация семейной ситуации и др. Психогигиеническая работа с родственниками.</p>	
10.	<p><b>Прогноз.</b> Реабилитационный потенциал больного (с учетом социального окружения, соматического и неврологического здоровья, личностных особенностей). Прогноз: для выздоровления, для жизни, для работоспособности.</p>	

### Критерии оценки

≤ 69 – неудовлетворительно и не зачтено

70-79 – удовлетворительно и зачтено

80 -89 – хорошо и зачтено

≥ 90 – отлично и зачтено

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## Приложение 1

### Корректурная проба

с х а в с х е в и х н а и с н х в ц в к с н а и с в х в х е н а и н е в х а к с  
в н х и в с н а в с а в с н а е к е а х в к е с в с н а и с а и с н а в х н в к  
н х и с х в х е к в х и в х е и с н е и н а и е н к х к и к х е к в к и с в х и  
х а к х н с к а и с в е к в х н а и с н х е к с и с н а к с к в х к в н а в с н  
и с н а и к а е х к и с н а и к х е х р и с н а к х е к х в и с н а и х в и к х  
с н а и с в н к х в а и с н а х е к е х с н а к с в е е в е а и с н а с н к н к  
к х к е к н в и с н к х в е х с н л и с к е с и к н а е с н к х к в и х к а к с  
а и с н а е х к в е н в х к е а и с н к а и к н в е н к в х б в е и в и с н а  
к а х в е и в н а х и е н а и к в и е а к е и в а к с в е и к с н а в а к е с в  
н к е с н к с в х и е с в х к н к в с к в е в к н и е с а в и е х е в н а и е н  
к е и в к а и с н л с н а и с х а к в н н а к с х а и е н а с н а и с в к х е в  
е в х к х с н е и с н а и с н к в а х в е к е в к в н а и с н а и с н к е в к х  
а в с н а х к а с е с н а и с е с х к в а и с н а с л в к х с н е и с х и х е к  
в и с в е н а и е н е к х а в и х н в и х к х е х н в и с н в с а е х и с н а и  
н к е х в и в н а е и с н в и а е в а е н х в х в и с н а е и е к а и в е к е х  
к е и с н е с а е и х в к е в е и с н а е а и с н к в е х и к х н к е а и с н а  
е а к а е к х е в с к х е к х н а и с н к в е в е с н а и с е к х е к н а и с н  
и с н е и с н в и е х к в х е и в н а к и с х а и е в к е в к и е х е и с н а и  
в х в к с и с н а и а н и н а к с х к и в х н и к и с н а и в е с и а к н е х с  
с н а и к в е х к в к е с в к с н х и а с н а к с х к х в х е а е с к с е а и к  
с х а в с х е в и х н л и с н х в ц в к с н а и с в х в х е н а и с н е в х а к  
в н х и в с н а в с а в с н а е к е а х в к е с в с н а и с а и с н а в х н в к  
н х и с х в х е в к х и в х е и с н е и н а и е н к х к и к х е к в к и с в х и  
х а к х н с к а и с в е к в х н а и с н х е к с и с н а к с к в х к в н а в с н  
и с н а и к а е х к и с н а и к х е х е и с н а х к е к х в и с н а и х в и к х  
с н а и с в н к х в а и с н а х е к е х с н а к с в е е в е а и с н а с н к н к  
к х к е к н в и с н к х в е х с н л и с к е с и к н а е с н к х к в и х к а к с  
а и с н а е х к в е н в х к е а и с н к а и к н в е н к в х б в е и в и s н а  
к а х в е и в и а х и е н л и к в и е л к е и в а к с в е и к с н а в а к е с в  
к н е с н к с в х и е с в х к н к в с к в е в к н и е с а в и е х е в н л и е н  
к е и в к а и с н а с н а и с х а к в н н а к с х а и е н л с н а и с в к х е в  
е в х к х с н е и с н а и с н к в а х в е к е в к в н а и с н а и с н к е в к х  
а в с н а х к а с е с н а и с е с х к в а и с н а с а в к х с н е и с х и х е к  
в и к в е н а и е н е к х а в и х н в и х к х е х н в и с н в с а е х и s н а и  
н е с х в и в н а е и с н в и а е в л е н х в х в и s н а е и е к а и в е к е х  
к е и s н е s а е и х в к е в е и s н а e a и s н к в е х и k х н k e a и s n a  
e a k a e k x e v s k x e k x n a i s n k v e v e s n a i s e k x e k n a i s n  
и s н e и s н v и e х k v х e и v н a k и s х a и e v k e v k и e х e и s н a и  
в х в k с и s н a и a н и n a k s х k и v х н и k и s н a и v e s i a k n e х s  
с н a и k v e х k v k e s v k s н х и a s н a k s х k х v х e a e s k s e a и k



Таблицы Шульте

<b>14</b>	<b>18</b>	<b>7</b>	<b>24</b>	<b>21</b>
<b>22</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>6</b>
<b>16</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>20</b>	<b>11</b>
<b>23</b>	<b>2</b>	<b>25</b>	<b>3</b>	<b>15</b>
<b>19</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	<b>12</b>	<b>4</b>

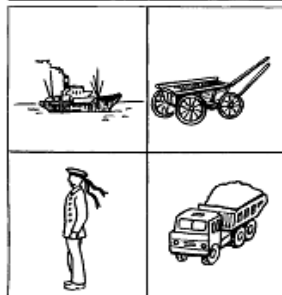
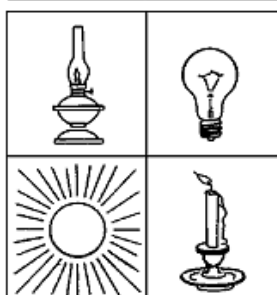
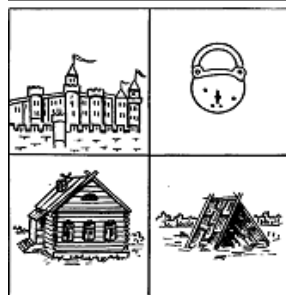
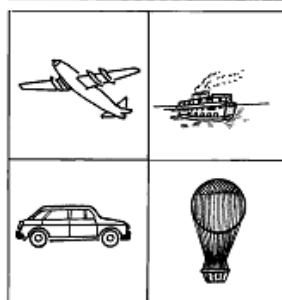
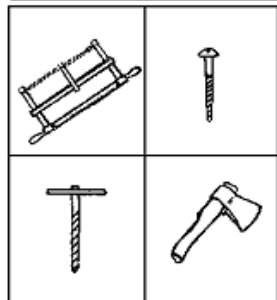
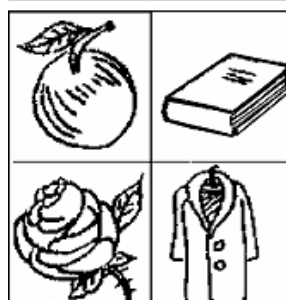
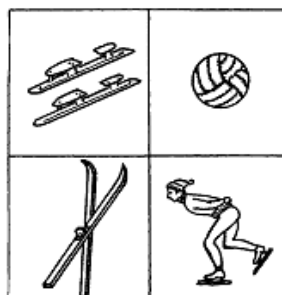
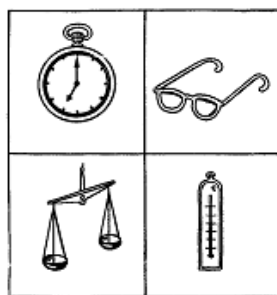
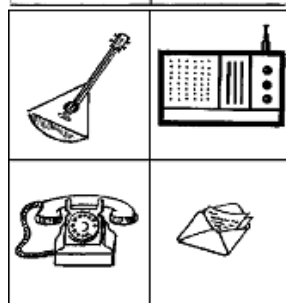
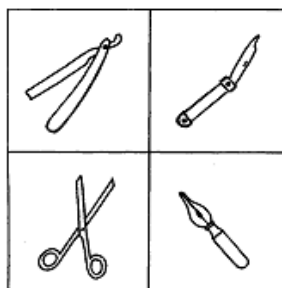
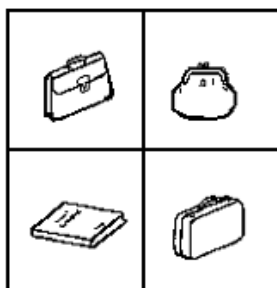
<b>22</b>	<b>25</b>	<b>7</b>	<b>21</b>	<b>11</b>
<b>6</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>23</b>
<b>17</b>	<b>12</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>18</b>
<b>1</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>9</b>	<b>24</b>
<b>19</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>14</b>	<b>8</b>

<b>5</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>23</b>	<b>2</b>
<b>16</b>	<b>25</b>	<b>7</b>	<b>24</b>	<b>13</b>
<b>11</b>	<b>3</b>	<b>20</b>	<b>4</b>	<b>18</b>
<b>8</b>	<b>10</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>1</b>
<b>21</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>17</b>	<b>6</b>

<b>9</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>23</b>	<b>20</b>
<b>14</b>	<b>25</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>21</b>	<b>7</b>	<b>19</b>	<b>13</b>
<b>18</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>16</b>	<b>4</b>
<b>8</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>22</b>

<b>21</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>20</b>
<b>6</b>	<b>15</b>	<b>17</b>	<b>3</b>	<b>18</b>
<b>19</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>25</b>	<b>13</b>
<b>24</b>	<b>2</b>	<b>22</b>	<b>10</b>	<b>5</b>
<b>9</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>23</b>	<b>16</b>

Исключение 4-го лишнего



**Существенные признаки**

1. **Сад** (растения, садовник, собака, забор, земля).
2. **Река** (берег, рыба, рыболов, тина, вода).
3. **Город** (автомобиль, здание, толпа, улица, велосипед).
4. **Сарай** (сеновал, лошади, крыша, скот, стены).
5. **Куб** (углы, чертеж, сторона, камень, дерево).
6. **Деление** (класс, делимое, карандаш, делитель, бумага).
7. **Чтение** (глаза, книга, картинка, печать, слово).
8. **Игра** (карты, игроки, штрафы, наказания, правила).
9. **Война** (самолет, пушки, сражения ружья, солдаты).

Бланк - карта

1. Ответьте на вопросы:

1. Каких писателей Вы знаете ?
2. Что такое конституция ?
3. Крупнейшие реки России ?
4. Какие города находятся на запад от Читы ?
5. Из чего делают бумагу ?
6. Чем объясняется смена дня и ночи ?
7. Какой месяц самый короткий ?
8. Какие реки впадают в ледовитый океан ?
9. Какие материки Вы знаете ?
10. Какие законы физики Вы помните ?

2. Какой будет результат ?

$$6 \times 7 = \quad 8 \times 9 = \quad 120 : 6 = \quad 15000 : 5 =$$

$$7 \times 8 = \quad 23 \times 7 = \quad 48 : 6 = \quad 120000 : 2 =$$

За сколько часов можно пройти 24 км, если за час проходить по 4 км ?

3. Назовите одним словом:

Суп, каша, гуляш, кисель –  
 Днепр, Волга, Лена, Дон –  
 Англия, Франция, Греция, Китай –  
 Поэзия, кино, музыка, живопись –  
 Физика, математика, ботаника, химия –

4. Какая разница между:

Матерью и мачехой –  
 Рекой и озером –  
 Обманом и ошибкой –  
 Птицей и самолетом –  
 Ребенком и карликом –

5. Что общего между:

Сапогами и валенками –  
 Дождем и снегом –  
 Спичками и карандашом –  
 Часами и весами –  
 Шахматами и футболом –

6. Подчеркните лишнее слово:

Петр, Семен, Федор, Иванов, Василий  
 Молоко, сметана, сыр, сало, сливки  
 Грабеж, поджог, нападение, кража, землетрясение  
 Смелый, храбрый, злой, отважный, решительный

Гнездо, нора, муравейник, курятник, берлога

7. В каком смысле употребляются эти выражения:

Золотые руки –

Светлая голова –

Белая ворона –

Как снег на голову –

Стреляный воробей –

Вставлять палки в колеса –

8. Подчеркните два слова, которые **обязательно** имеет предмет, указанный перед скобками:

**Сад** (деревья, садовник, забор, собака, земля)

**Река** (тина, берег, рыба, рыболов, вода)

**Чтение** (книга, глаза, картина, печать, слово)

**Кольцо** (округлость, алмаз, печать, диаметр, проба)

**Война** (солдаты, пушки, сражение, самолеты, оружие)

9. Вставьте в рассказ пропущенные слова:

Это был теплый, солнечный ..... Необычайно ранняя ..... уже успела растопить ....., прогнать по ..... бурные потоки талой воды, покрыть ..... свежей ярко-зеленой ..... , заставила распахнуть окна, выставить вторые .....

10. Объясните переносный смысл пословиц:

Куй железо, пока горячо –

Шило в мешке не утаишь –

Цыплят по осени считают –

Что посеешь, то и пожнешь –

Как аукнется, так и откликнется –

Семь раз отмерь, один раз отрежь –

Яблоко от яблони недалеко падает –

Лес рубят – щепки летят –

Не плюй в колодец – пригодится воды напиться

11. Подберите соответствующие пары слов (соедините чертой):

Малина - ягода

1. Покой - движение

Свет - темнота

2. Десять - число

Испуг - бегство

3. Праздность - безделье

Правильно - верно

4. Слово - фраза

Грядка - огород

5. Мечь - поджег

12. Продолжите числовые ряды:

1, 3, 5, 7, 9, .....

3, 4, 6, 9, 13, .....

1, 2, 4, 8, 16, .....

1, 2, 6, 24, .....

**Анкета–опросник**

**Инструкция.** Отметьте (подчеркните) подходящие для Вас ответы или впишите нужные.

1. Реакция на алкоголь за последние 3-5 лет изменилась: 1) доза увеличилась; 2) болеть на утро стал тяжелее; 3) само опьянение стало возбужденнее; 4) выпивки стали чаще; 5) желание выпить усилилось; 6) существенных изменений не произошло.
2. Средняя доза водки за вечер для «нормального» опьянения:  
1) \_\_\_\_ гр.; 2) но норму часто не соблюдаю последние \_\_\_\_ лет; 3) норму не знаю \_\_\_\_ лет
3. Максимально можете выпить: 1) за вечер \_\_\_\_ гр. 2) за день \_\_\_\_ гр.
4. Забывания на следующий день: 1) не бывает; 2) бывает; 3) бывает часто.
5. Рвота при переборах: 1) бывает; 2) никогда не бывает; 3) ослабела;  
4) переборов не бывает
6. Приходится ли Вам подавлять желание и мысли о выпивке: 1) нет; 2) да
7. Остановиться: 1) невозможно после \_\_\_\_ гр.; 2) удастся не всегда; 3) удастся легко.
8. Частота выпивок последние 1-2 года в среднем 1) по праздникам; 2) в месяц \_\_\_\_ раз; 3) практически ежедневно; 4) бывают эпизоды по \_\_\_\_ дней.
9. Самочувствие на следующий день после выпивок обычно бывает:  
1) тяжелое последние \_\_\_\_ лет; 2) плохое последние \_\_\_\_ лет; 3) удовлетворительное; 4) обычное.
10. Признаки плохого самочувствия на следующее утро (подчеркнуть):

отсутствие аппетита	усиление раздражительности	нежелание жить
сердцебиение	чувствительность к холоду	мысли о смерти
желание выпить	приступы судорожные	апатичность
рвота и тошнота	чувство неполноценности	рассеянность
усиление ревности	тревожность или тоскливость	потливость
дрожание рук	внутреннее беспокойство	жажда
головокружение	кошмарные сновидения	изжога
неуверенность в себе	боли в желудке или в подреберье	озноб
дрожание головы	нетвердая походка	боязнь

11. С целью облегчить состояние:  
1) опохмеляюсь; 2) опохмеляюсь иногда; 3) не опохмеляюсь.
12. Хорошее самочувствие восстанавливается: через \_\_\_\_ суток, \_\_\_\_ часов воздержания.
13. Что побуждает Вас к употреблению алкоголя НЕ в праздничные дни:  
1) приглашение товарищей; 2) неприятности на работе; 3) собственное желание; 4) скука и неуверенность; 5) плохое настроение; 6) чувство усталости; 7) нервное напряжение; 8) привычка.
14. Неприятности из-за водки: 1) недовольство близких людей; 2) порицали или предупреждали на работе; 3) приходилось уволиться; 4) попадал в мед вытрезвитель; 5) судимость; 6) развод; 7) неприятностей не было.



Компьютерная верстка – Э.О.Никифорова

Подписано в печать 1.09.2023. Бумага офсетная. Гарнитура Times New Roman  
Формат 60x84 1/16. Авт. л. 3,5 Тираж 50 Заказ № 77/2023.

Отпечатано в редакционно-издательском центре ЧГМА  
672000, Чита, ул. Горького, 39-а.