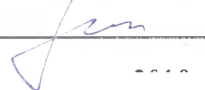


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ
Заведующий кафедрой
психиатрии, наркологии, психотерапии и
клинической психологии

Овчинников А.А.



31.05.02 Педиатрия

**МАКЕТ УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПО
ДИСЦИПЛИНЕ**

Б1.Б.38 Психиатрия

Дисциплина «Психиатрия» индекс Б1.Б.38

Направление подготовки 31.05.01 Педиатрия

Новосибирск – 2023

Макет учебной истории болезни разработали:

Фамилия И. О.	Должность	Ученая степень, ученое звание	Кафедра
1	2	3	4
Климова И.Ю.	доцент	к.м.н.	Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии
Карпушкин А.М.	ассистент		Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии

Макет учебной истории болезни рассмотрен и одобрен на заседании кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии
Протокол № 5 от 04.05.23

Пояснительная записка

Студенческая история болезни (далее – история болезни) – самостоятельная работа студента, в которой по определенной форме отражены сведения о находящемся в лечебном учреждении пациенте.

История болезни – одна из форм изучения клинической дисциплины, позволяющая обучающемуся отработать навыки общения с пациентом, провести объективное обследование пациента и дифференциальную диагностику заболевания, изучить и отразить в письменном виде методы обследования и лечения определенной патологии. История болезни также является формой контроля усвоения материала лекций, практических занятий, прохождения производственной практики.

Форма представления истории болезни (рукописная, компьютерная или др.) определяется кафедрой.

Любая информация о пациенте, полученная в процессе выполнения истории болезни, составляет врачебную тайну и не должна разглашаться ни при каких обстоятельствах.

Выполнение истории болезни является процессом, состоящим из нескольких этапов:

1. организация работы студентов и подготовка к курации пациента,
2. непосредственная курация пациента,
3. работа студентов с результатами дополнительных методов обследования пациента,
4. самостоятельная работа студента с дополнительными источниками информации,
5. оформление истории болезни,
6. самооценка в соответствии с установленными критериями оценки.

Собственно курация пациента проводится, как правило, в палате отделения лечебного учреждения. При невозможности проведения курации в палате сбор анамнеза и объективное обследование пациента проводятся в помещении, отведенном преподавателем. Время начала и окончания курации должно быть объявлено студентам преподавателем до начала курации. Студент выполняет историю болезни во время прохождения цикла по психиатрии и сдает преподавателю в установленные сроки. При подготовке истории болезни за основу принимается схема истории болезни, изложенная в настоящих методических рекомендациях. Пересмотр и актуализация методических рекомендаций производятся по мере изменения рабочей программы.

Преподаватель должен:

- ознакомить студентов с требованиями, предъявляемыми к выполнению истории болезни, особенностями обследования пациента психиатрического профиля, критериями оценки до начала курации.
- подобрать пациента для курации. Характер патологии пациентов должен соответствовать заболеваниям, изучаемым в рамках учебной дисциплины.
- должен контролировать действия студентов на протяжении курации, быстро реагировать на возникающие конфликтные ситуации между студентами и пациентами, студентами и медицинским персоналом и стремиться к их скорейшему и полному разрешению и урегулированию.

Преподаватель не должен сообщать студенту данные о диагнозе и лечении до начала непосредственной работы студента у постели больного.

Студент должен:

- иметь внешний вид, соответствующий дресс-коду образовательного и лечебного учреждения, на базе которого выполняется написание истории болезни.
- строго соблюдать принципы медицинской этики и деонтологии, врачебной тайны, соблюдать лечебно-охранительный режим лечебно-профилактического учреждения, неукоснительно выполнять требования медицинского персонала.

- выполнить и сдать преподавателю историю болезни в установленные сроки.
- осуществлять курацию в отведенное для этого время
- знать и уметь объяснить, прокомментировать любой фрагмент написанной им истории болезни.

В случае необходимости студент имеет право обратиться к преподавателю за разъяснениями.

Технические требования к оформлению студенческой истории болезни

История болезни может быть оформлена в рукописном или машинописном варианте.

В рукописном варианте история болезни оформляется на листах бумаги формата А4 (296×210 мм). Размер полей должен составлять: левого – 30 мм, правого – 10 мм, верхнего и нижнего – по 20 мм. История болезни должна быть написана разборчивым почерком. Листы должны быть скреплены.

В машинописном варианте история болезни должна быть напечатана на листах бумаги формата А4 (296×210 мм). Размер полей должен составлять: левого – 30 мм, правого – 10 мм, верхнего и нижнего – по 20 мм. Текст должен быть подготовлен в редакторе Microsoft Word. Шрифт – Times New Roman, размер – 14, межстрочный интервал – 1,5. Шрифт принтера должен быть четким, черного цвета. Выравнивание заголовков – по центру. Выравнивание основного текста – по ширине поля. Листы должны быть скреплены.

Критерии оценки

Критерии оценивания учебной истории болезни:

Оценка **«отлично»**: работа полностью отвечает требованиям и схеме оформления истории болезни. Написана грамотно, литературным языком, с использованием современной медицинской терминологии. Куратор умеет осознанно и оперативно трансформировать полученные знания при характеристике теоретических, клинко-диагностических и лечебных аспектов психиатрии.

Оценка **«хорошо»**: работа полностью отвечает требованиям и схеме оформления истории болезни. Написана грамотно, литературным языком, с использованием современной медицинской терминологии. Куратор владеет логикой изложения, выделяет главное, осознанно использует научные понятия, клинические симптомы, диагностические данные, основные методы лечения, допуская несущественные ошибки и неточности.

Оценка **«удовлетворительно»**: работа отвечает требованиям и схеме оформления истории болезни. Допущены ошибки в употреблении терминов, трактовке симптомов, методов диагностики и/или лечения.

Оценка **«неудовлетворительно»**: нарушена структура в изложении материала, допущены ошибки в употреблении терминов. Значительные ошибки в анализе и изложении клинической ситуации. Письменное оформление работы требует поправок, коррекции;

В истории болезни студент описывает фрагментарно результаты клинического обследования больного, без осмысления связей между разделами, допускает ошибки в трактовке клинической картины, диагностики и лечения пациента;

Содержание истории болезни отражает патологию курируемого больного, но при этом видна низкая степень осмысления и познания сути данной патологии;

Содержание истории болезни не отражает патологии курируемого больного.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)

Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии

Заведующий кафедрой _____
Ученое звание, степень, Ф.И.О.

История болезни

Ф.И.О. пациента _____

Возраст пациента _____

Клинический диагноз _____

Сопутствующий диагноз _____

Куратор _____
Ф.И.О. студента, группа, курс, факультет

Сокуратор _____
Ф.И.О. студента, группа, курс, факультет

Проверил _____
Ученое звание, степень, Ф.И.О. преподавателя

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

1. Фамилия, имя, отчество
2. Год рождения
3. Национальность
4. Образование
5. Семейное положение
6. Место жительства
7. Место работы, занимаемая должность
8. Дата поступления в больницу
9. Диагноз направившего лечебного учреждения

2. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

Жалобы больного и особенности поведения при приеме в психиатрическую больницу. Если больной считает себя психически здоровым, то как объясняет направление в психиатрический стационар. Хочет ли лечиться. При отсутствии жалоб у больного изложить причины поступления в стационар.

3. СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ, НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ

Данные о родителях: возраст, образование, профессия. Возраст вступления в брак, перенесенные заболевания, характерологические особенности. Живы ли родители, их занятие в настоящее время.

Данные о близких родственниках: нервные и психические заболевания, недоразвития, припадки, самоубийства, странности и особенности характера. Наличие в семье тяжелых заболеваний: туберкулез, сифилис, сосудистые заболевания, алкоголизм, наркомании. Мертворождаемость, выкидыши.

Взаимоотношения членов семьи между собой: теплые, искренние, враждебные. Конфликты, ссоры, разводы и т. д.

Воспитательные приемы в семье: наказания, попустительства, чрезмерная ласка или жестокость, несправедливость, неровное отношение к детям.

4. ЛИЧНЫЙ АНАМНЕЗ

Состояние здоровья матери в период беременности. Роды и их характер. Развитие в раннем детстве (прорезывание зубов, когда начал ходить, говорить). Перенесенные в детстве заболевания. Наличие в детстве ночного недержания мочи, ночных страхов, сногворения, снохождения, заикания, повышенной нервности, судорожных припадков, странностей в поведении.

Особенности характера в детстве: живой, подвижный, любознательный, инициативный, вялый, застенчивый, замкнутый, общительный, капризный, ласковый и т. д.

Время поступления в школу. Как учился, какие предметы давались легко, какие трудно. Общественная работа. Увлечения. Дисциплина. Характер в школьный период (общительность, замкнутость, трудолюбие, аккуратность, исполнительность, застенчивость, мечтательность). Взаимоотношения с товарищами и в семье. Изменение характера в период отрочества.

Особенности периода полового созревания. Перенесенные в этом возрасте заболевания.

Трудовая и общественная деятельность, служба в армии. Трудовая дисциплина (поощрения, взыскания), взаимоотношения с коллективом. Условия быта и изменение их в течение трудовой деятельности (питание, пребывание на воздухе, занятие спортом, физкультурой).

Характерологические особенности: общительность, замкнутость, неуживчивость, мнительность, смена настроения, слабоволие, отступление перед трудностями или их преодоление и т. д.

Время вступления в брак. Половая и семейная жизнь (половые излишества, извращения) Число беременностей, родов, аборт. Семейное положение. Количество членов семьи, их здоровье, взаимоотношение в семье. Перенесенные болезни, интоксикации (в том числе алкогольные), травмы в хронологическом порядке. Их последствия (временная нетрудоспособность, снижение работоспособности, изменение характера). Психические травмы, их характер, отношение к ним, последствия. Особенности соматических и нервно-психических реакций на различные вредности, психические травмы, особо сложные и напряженные условия. Вредные привычки.

5. АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В хронологическом порядке и последовательно отмечается появление первых признаков настоящего психического заболевания. Выяснение факторов внутренней и внешней среды, которые предшествовали началу заболевания. Если заболевание возникло повторно, указать, какое состояние было в промежутках между приступами. Сведения о лечении больного (амбулаторно, в психиатрическом стационаре, характер лечения, его результаты). Как протекало заболевание в дальнейшем.

6. ОБЪЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ

- а) Со слов родственников, сослуживцев, соседей и т. д.
- б) Со слов лиц, сопровождавших больного.

7. ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

- а) Физическое состояние: телосложение, состояние питания, кожные покровы, видимые слизистые.

Следы повреждения на теле (рубцы, ссадины на языке). Пульс, температура, артериальное давление.

Сердце: границы, тоны, ритм.

Легкие: границы, характер дыхания. Желудочно-кишечный тракт, печень, селезенка. Физиологические отправления.

- б) Неврологический статус: зрачки, их форма, величина. Реакция зрачков на свет, аккомодацию и конвергенцию. Движение глазных яблок, нистагм. Состояние других черепно-мозговых нервов. Рефлексы с верхних и нижних конечностей. Брюшные рефлексы. Рефлексы со слизистых (конъюнктивальный, глоточный). Менингеальные симптомы и другие патологические знаки. Чувствительность, Исследование мозжечковой функции. Секреторные и трофические расстройства. Ночной энурез.

- в) Психическое состояние.

При описании психического статуса желательно избегать специфических формулировок симптомов и синдромов (галлюцинации, бред, синдром Кандинского-Клерамбо и т.д.), описывать переживания больного с его слов. Обозначения симптомов и синдромов должны звучать в разделе «Обоснование диагноза», при этом в последнем не следует повторять описание психического статуса.

Внешний вид больного. Мимика — живая, бедная, скорбная. Лицо — маскообразное, выражение лица безучастное, застывшее, напряженное, неестественное, неадекватное, тики, судорожные. Подергивания, гримасничанье, манерность, вычурность и т. д. Выражение глаз — живое, тусклое, тревожное, печальное, злобное. Поза свободная, естественная, согбенная, нарочито-театральная, скованная. Движения быстрые, свободные, резкие, неуверенные, угловатые, беспорядочные, вычурные, манерные, однообразные. Общая замедленность движений, скованность, явления ступора.

Речь замедленная, ускоренная, манерная, дизартрия, олигофазия, паузы, задержки, логоклония.

Явления моторной, сенсорной, амнестической афазии. Оскудение словарного запаса, неологизмы, вычурность, витиеватость речи, склонность к детализации, ответы «мимо», персеверации.

Голос — громкий, тихий, маломодулированный, кричащий, эмоционально окрашенный, охрипший и т. д.

Особенности общения с больным. Контакт устанавливается легко, просто или с трудом, устанавливается постепенно, не устанавливается. Контакт поверхностный, формальный, не по существу и т. д.

Состояние сознания: ориентировка во времени, месте, в собственной личности, в окружающих лицах. Тип расстройства сознания (оглушение, делирий, аменция, сумеречное состояние, онейроид).

Восприятие: точность и ясность восприятия. Изменение качества восприятия: дереализация, деперсонализация, нарушение схемы тела, нарушение восприятия времени, чувство уже виденного, никогда не виденного.

Иллюзии, галлюцинации (зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, соматические, тактильные, псевдогаллюцинации). Характер галлюцинаций: индифферентный, императивные, комментирующие, одиночные, множественные, эпизодические, постоянные, простые, сложные, гипнагогические. Отношение больного к обманам восприятия: аффективное, безразличное, критическое. Объективные признаки галлюцинаций.

Мышление: темп течения мыслительного процесса: ускорение, замедление, задержка, остановка мышления, наплыв мыслей, патологическая обстоятельность мышления, разорванность, резонерство, аутистическое, паралогическое мышление; символика в мышлении, неологизмы, ответы «мимо», «отчуждение., мыслей», — «чужие мысли».

Навязчивые идеи, их содержание, отношение к ним больного.

Бредовые идеи, содержание бредовых идей (описывать со слов пациента): бред величия, богатства, могущества, изобретательства, эротический бред; бред преследования, отношения, особого значения, отравления, физического воздействия, ревности; бредовые идеи самообвинения, самоуничтожения, греховности, ущерба, ипохондрический бред. Бред резидуальный, индуцированный, трансформация бреда.

Структура бреда: паранояльный, параноидный, парафренный. (подробное описание).

Степень систематизации бреда.

Зависимость бредовых идей от аффективных нарушений и расстройства восприятия.

Синдром Кандинского-Клерамбо: ментизм, чужие мысли, эхо мыслей, узнавание, открытость мыслей, вкладывание мыслей, «управление» кем-то мыслями больного, «внутренняя тревожность», насильственное воспоминания.

Память: ослабление запоминания, сохранения, воспроизведения. Общее снижение памяти, гипомнезия, прогрессирующая и фиксационная амнезия. Амнезии: антероградная, ретроградная, тотальная. Парамнезии, криптомнезии, псевдореминисценции, конфабуляции. Синдром Корсакова.

Интеллект: соответствие уровня умственного развития возрасту, образованию, среде. Общая эрудиция. Способность пользоваться приобретенными знаниями, профессиональными навыками.

Врожденное и приобретенное слабоумие. Критическая оценка своего состояния. Психорганический синдром.

Внимание: преобладание активного или пассивного внимания. Недостаточная устойчивость внимания, отвлекаемость на внешние или внутренние раздражители. Сосредоточенность внимания на собственных переживаниях. Недостаточная способность к переключению внимания. Истощаемость внимания. Патологическая рассеянность. Уменьшение объема внимания.

Эмоции: внешние проявления эмоций (мимика, поза, жестикуляция). Преобладающее настроение: ровное, повышенное, пониженное, неустойчивое (эмоциональная лабильность), злобное, благодушное. Качественные особенности расстройства настроения: преобладание тоскливости, злобности, гневливости; повышенная веселость (маниакальное состояние, эйфория).

Возбудимость эмоций: патологическое усиление эмоциональной возбудимости, повышенная истощаемость эмоционального тонуса, раздражительность, обидчивость, плаксивость, пугливость. Понижение эмоциональной возбудимости: апатия, эмоциональная вялость, холодность.

Неадекватные эмоции. Тревога, Страх. Полярность эмоций. Амбивалентность. Паратимия.

Аффект: злоба; гнев, тоска, страх. Сила и продолжительность, аффекта. Патологический аффект.

Физиологические проявления аффекта (вазомоторные и двигательные компоненты). Навязчивые страхи.

Инстинкты и влечения: нарушение инстинкта самосохранения (страх смерти, заражения, чрезмерное беспокойство о своем здоровье;* депрессия, суицидные мысли; нанесение себе повреждений; проглатывание несъедобных предметов). Нарушение пищевого влечения (усиление аппетита, булимия; снижение аппетита, анорексия; употребление несъедобных предметов). Нарушение полового влечения (усиление,¹ ослабление, извращение полового влечения).

Воображение: активное воображение, пассивное воображение, особенности творческой деятельности. Воображение перед сном, в гипнагогическом периоде. Содержание мечтаний и фантазий. Изменение воображения с возрастом.

Воля: гипербулия, гипобулия, абулия. Поведение: психомоторное возбуждение, двигательная заторможенность, импульсивные действия, клептомания, пиромания, дромомания.

Различные виды ступора, манерность, вычурность, стереотипность поз и действий, негативизм, каталепсия, восковая гибкость, эхопраксия. Моторные расстройства речи: мутизм, персеверация, эхолалия, стереотипность речи. Судорожные припадки: большой эпилептический припадок, малые припадки, истерические припадки.

Особенности поведения больного в отделении по наблюдениям медперсонала: общительность, замкнутость, галлюцинаторное и бредовое поведение; ритуалы, навязчивые действия. Склонность к побегу, суицидные тенденции и попытки, отказ от пищи, припадки и их характеристика, ночной сон. Склонность к асоциальным поступкам (воровство, ложь, хулиганство).

Почерк — дрожащий, размашистый, бисерный, витиеватый, с пропусками букв, слогов.

Сон: спокойный, тревожный, прерывистый, бессонница, характерные особенности сновидений.

8. ЛАБОРАТОРНЫЕ И СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинический анализ крови, мочи. Реакция Вассермана, Хеддльсона. Рентгеноскопия. Рентгенография черепа. Исследование глазного дна. Электрокардиограмма. Исследование спинномозговой жидкости. Данные электроэнцефалографии. Данные психологического исследования.

9. ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

При обосновании диагноза необходимо, ориентироваться на основные критерии заболевания, выделить симптомы и обосновать синдромы, характерные для данного заболевания и имеющиеся у данного больного.

При формулировке диагноза следует указать:

- а) нозологическую форму
- б) тип течения заболевания
- в) ведущий психопатологический синдром

Ведущий психопатологический синдром является основой для определения круга психических расстройств, с которыми следует дифференцировать заболевание, выявленное у данного больного.

10. ТЕРАПИЯ.

При выборе терапии для данного больного необходимо :

- а) определить метод лечения (биологические методы, психофармакотерапия, психотерапия, лечение сопутствующих заболеваний)
- б) определить группу препаратов, необходимых для лечения данного заболевания
- в) указать с какой целью назначается тот или иной препарат («симптом-мишень»)

МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

Для изучения психического состояния больного применяются следующие методы исследования:

1. Клиническое собеседование (опрос больного и лиц, знавших его прежде);
2. Наблюдение за больным в условиях палаты, на свидании с родственниками, во время лечебно-трудовых процессов;
3. Клинический эксперимент.

Беседа с больным является одним из основных способов получения психиатром сведений о пациенте и его психических расстройствах. От правильного проведения беседы зависят во многом определение психического состояния больного, полнота и подлинность сведений, которые дает больной о своей жизни и истории заболевания.

Контакт врача с пациентом налаживается только в том случае, если больной проникается доверием к врачу, а завоевать это доверие врач может лишь хорошим отношением к больному — больной должен чувствовать доброжелательность, желание помочь, сочувствие врача.

Врач должен стать для пациента человеком, которому он может говорить все то, что не скажет другим, может доверить свои секреты, и это доверие нельзя предавать. Для больного имеет большое значение стремление врача облегчить его состояние. К сведениям, которые сообщает больной, нельзя выражать недоверия, их нужно выслушать внимательно. Наиболее приемлема нейтрально-сочувствующая позиция, т. е. следует спокойно и доброжелательно выслушивать высказывания больного, отдельными вопросами уточняя подробности. Если определенные вопросы вызывают у больного отрицательное отношение, следует переменить тему собеседования, стараясь вызвать больного на разговор об относительно-индифферентных вещах и тем самым постепенно восстановить контакт. Активно разубеждать больного в его болезненных (в том числе и бредовых) переживаниях нецелесообразно, т. к. в этом случае может быть нарушен контакт с больным.

I. Исследование ориентировки

Необходимо уточнить ориентировку больного в месте (город, больница), во времени (год, время года, месяц, число, день недели), в окружающих лицах и обстановке, в собственной личности. Одним из методов исследования является определение ориентировки на основании последовательности изложения больным анамнестических данных, особенностей контакта с врачом и окружающими лицами, характера поведения в целом. При использовании этого метода задаются косвенные вопросы: где находился и чем занимался больной непосредственно перед поступлением в больницу, кем и каким транспортом доставлен в больницу и т. д. Если этот способ оказался неэффективным, если необходимо уточнить характер и глубину нарушения ориентировки задаются прямые вопросы относительно ориентировки.

После выхода из состояния расстроенного сознания наиболее убедительным признаком является амнезия на болезненный период.

В состоянии оглушения больные, как правило, бездеятельны, беспомощны и малоподвижны. На вопросы отвечают не сразу, односложно, не понимают окружающего. По своей инициативе в контакт ни с кем не вступают.

При делириозном синдроме больные тревожны, двигательны, беспокойны, поведение их зависит от иллюзий и галлюцинаций. При настойчивых вопросах можно получить адекватные ответы. При выходе из делириозного состояния характерна островчатость воспоминаний психопатологических переживаний.

Аментивная спутанность проявляется неспособностью осмыслить ситуацию в целом,

непоследовательным поведением, хаотическими поступками, растерянностью, недоумением, бессвязным мышлением и речью. Характерна дезориентировка и в собственной личности. По выходе из аментивного состояния характерна полная амнезия болезненных переживаний.

Более сложно выявление онейроидного синдрома, так как в этом состоянии больные либо полностью неподвижны и безмолвны, либо находятся в состоянии зачарованности или в хаотическом возбуждении и недоступны. В этих случаях необходимо внимательное изучение мимики и поведения больного (страх, ужас, удивление, восторг и т. д.). Уточнению характера переживаний может помочь растормаживание больного (внутривенное введение раствора амиталя-натрия и подкожное кофеина).

При сумеречном состоянии обычно отмечается напряженный аффект страха, злобы, гнева с агрессией и разрушительными действиями. Характерна относительная кратковременность течения (часы, дни), внезапное начало, быстрое завершение и глубокая амнезия.

II. Выявление расстройств восприятия

При исследовании восприятия большое значение имеет тщательное наблюдение за поведением больного. О наличии зрительных галлюцинаций может свидетельствовать живая мимика больного, пронизанная страхом, удивлением, любопытством, внимательный пристальный взгляд больного в определенном направлении, где нет ничего, что могло бы привлечь его внимание. Больные внезапно, закрывают глаза, прячутся или вступают в борьбу с галлюцинаторными образами. Можно использовать также следующие вопросы: «Не было ли у Вас явлений, похожих на сновидения, в то время, когда Вы не спали?», «Не было ли у Вас переживаний, которые можно было бы назвать видениями? ».

При наличии зрительных галлюцинаций необходимо выявить четкость форм, яркость окраски, объемный или плоский характер образов, их проекцию.

При слуховых галлюцинациях больные к чему-то прислушиваются, говорят в пространство отдельные слова и целые фразы, беседуя с голосами. При наличии императивных галлюцинаций может быть неправильное поведение: больной делает нелепые движения, цинично бранится, упорно отказывается от еды, совершает суицидные попытки и т.д. Мимика больного обычно соответствует содержанию голосов. Для уточнения характера слуховых галлюцинаций могут быть использованы такие вопросы: «Снаружи, слышится голос или в голове?», «Мужской голос или женский?», «Знакомый или незнакомый?», «Не приказывает ли голос что-то сделать?». Целесообразно уточнить, слышится голос только больному или и всем остальным, является ли восприятие голоса естественным или кем-то подстроено. При наличии «голосов» больной может затыкать уши ватой или закрывать уши руками. Для больных с обонятельными и вкусовыми галлюцинациями характерен отказ от еды. Испытывая неприятные запахи, больные все время принохиваются, зажимают нос, стремятся открыть форточки, при наличии вкусовых обманов часто полощут рот и сплевывают о наличии тактильных галлюцинаций иногда могут свидетельствовать расчесы кожи. Если больной склонен диссимулировать - (скрывать) свои галлюцинаторные переживания, о нарушении восприятия можно узнать из его писем и рисунков.

III. Исследование мышления

При исследовании мышления необходимо стремиться дать больному возможность свободно говорить о своих болезненных переживаниях, не ограничивая его без надобности рамками поставленных вопросов. Избегая применения прямых шаблонных вопросов, направленных на выявление часто встречающихся бредовых идей преследования, отношения особого значения, целесообразнее задавать вопросы более общего значения: «Что Вас в жизни сейчас больше всего занимает?», «Не случилось ли с Вами в последнее время чего-либо необычного, труднообъяснимого?», «О чем Вы в основном сейчас думаете? ». Выбор вопросов производится с учетом индивидуальных особенностей больного, зависит от его состояния, образования, интеллектуального уровня и т. д.

Уход от вопроса, задержка ответа или молчание заставляют предполагать наличие скрываемых переживаний, «запретной темы». Необычность позы, походки, лишние движения позволяют думать о наличии бреда или навязчивостей ритуалы). Покрасневшие от частого мытья руки свидетельствуют о боязни заражения или загрязнения: При отказах от еды

можно думать о бреде отравления, идеях самоуничтожения («недостоин есть»).

Для выявления бредовых переживаний целесообразно использовать письма и рисунки больных, в которых могут отражаться детализация, символика, опасения и бредовые тенденции.

Для характеристики речевой спутанности, бессвязности необходимо привести соответствующие образцы речи больного.

IV. Исследование интеллектуально-мнестической сферы

Изучение состояния интеллектуально - мнестической сферы следует проводить уже после достижения определенного взаимопонимания с больным.

Исследование памяти включает этапы исследования памяти на отдаленное прошлое, близкое прошлое, изучение запоминания.

В процессе сбора анамнеза и в разговорах о событиях, общественной жизни проверяется долговременная память. При более подробном исследовании "долговременной" памяти предлагается назвать год рождения, год окончания школы, год вступления в брак, даты рождения и имена своих детей или близких. Предлагается вспомнить хронологическую последовательность служебных перемещений, отдельные подробности биографии ближайших родственников, даты важнейших исторических и международных событий и праздников, профессиональные термины.

Сравнение полноты воспоминаний о событиях недавних лет, месяцев и о событиях отдаленного времени (детский и юношеский возраст) помогает выявить прогрессирующую амнезию.

Особенности кратковременной памяти изучаются при пересказе книги, прочитанной за несколько часов раньше, перечислением событий текущего дня. Можно спросить больного, о чем он _ только что беседовал с родственниками, что было на завтрак, как зовут лечащего врача и т. д. При грубой фиксационной амнезии больные дезориентированы, не могут найти свою постель, палату и т. д. Оперативная память исследуется при непосредственном воспроизведении 5—6 цифр, 10 слов или фраз из 10—12 слов. При наклонности к парамнезиям больному задаются соответствующие «наводящие» вопросы в плане вымыслов или ложных воспоминаний («Где Вы были вчера?», «Куда ездили?», «У кого Вы были в гостях?»).

В процессе исследования интеллекта необходимо строить беседу с больным таким образом, чтобы выяснить соответствие знаний и опыта образованию и возрасту. Переходя к использованию специальных тестов, следует особенно заботиться об адекватности их предполагаемому на основании предшествующей беседы запасу знаний больного. При выявлении слабоумия необходимо учитывать преморбидные особенности личности (чтобы судить о наступивших изменениях) и запас знаний до болезни.

Обращается внимание на общее оскудение психики, снижение кругозора, потерю школьных и житейских навыков и знаний, снижение процессов осмысливания,

Для исследования интеллекта используются математические и логические задачи, поговорки, классификации и сравнения, исследуется способность выяснить существенное, ведущее звено в сложной цепи причинно-следственных связей (анализ, синтез, различение и сравнение, абстракция). Определяется круг представлений о явлениях природы, культурной, политической жизни, морально-правовой деятельности, сметливость, находчивость, комбинаторные способности. Богатство или бедность воображения.

V. Исследование внимания

Расстройство внимания выявляется при беседе с больным. У одного с трудом привлекается внимание, другой быстро отвлекается, не может сосредоточиться, истощается, у третьего переключение резко замедлено. Выявлению расстройства внимания способствуют такие экспериментально-психологические методы, как отсчет от 100 по 7, перечисление месяцев, в прямом и обратном порядке, обнаружение дефектов и' деталей в тестовых картинках, корректурная дробь Бурдона (зачеркивание и подчеркивание определенных букв в бланке) и др.

VI. Исследование эмоций

При исследовании эмоциональной сферы применяются следующие методы:

1. Наблюдение за внешними проявлениями эмоциональных реакций пациента;
2. Беседа с больным;
3. Исследование соматовегетативных проявлений, сопровождающих эмоциональные реакции;
4. Получение объективных сведений об эмоциональных проявлениях от родственников, сотрудников, соседей.

Наблюдение за больным дает возможность судить о его эмоциональном состоянии по выражению лица, позе, темпу речи, движений, по одежде и занятиям, отношению к трудовым процессам. Например, при пониженном настроении характерны: грустный взгляд, сведенные в переносице брови, опущенные углы рта, замедление темпа движений, тихий голос. Депрессивных больных необходимо расспросить о суицидных мыслях и намерениях, об отношении к окружающим, родственникам. С подобными больными следует беседовать бережно и сочувственно.

Повышенное настроение в типичных случаях проявляется в оживленном веселом выражении лица (блеск глаз, улыбка), громкой ускоренной речи, рифмовании яркой одежде, быстрых движениях, стремлении к Деятельности, повышенной¹ общительности. С такими больными можно говорить свободно, даже пошутить, побудить на декламацию, пение.

Эмоциональная опустошенность проявляется в безразличном отношении к своей внешности, костюму, апатичном выражении лица, отсутствии интересов к окружающему. Может наблюдаться неадекватность эмоциональных проявлений, беспричинная ненависть, агрессивность к близким родственникам. Отсутствие теплоты при рассказе о детях, чрезмерная обнаженность в ответах относительно интимной жизни могут послужить в сочетании с объективными сведениями основанием для вывода об эмоциональном оскудении.

Выявить эксплозивность, взрывчатость больного можно, наблюдая его отношение к соседями по палате и при непосредственной беседе с ним.

Эмоциональная лабильность и так называемое слабодушие может выявляться путем резкого перехода от тем разговора.

При исследовании эмоций всегда целесообразно предложить больному самому описать свое эмоциональное состояние (настроение).

Для диагностики эмоциональных расстройств важно учитывать также показатели тонуса и направленности вегетативно-обменных процессов (состояние сна, аппетита, физиологические отправления величина зрачков, влажность кожи и слизистых, изменение артериального давления, частота пульса, дыхания, уровень сахара в крови и т. д.).

VII. Исследование волевой сферы

Основным методом является наблюдение за поведением больного, его активностью, целенаправленностью и адекватностью обстановке и собственным переживаниям. Необходимо отметить эмоциональный фон, на котором разворачиваются расстройства произвольной деятельности, расспросить больного о причинах его поступков и реакций, о планах на будущее. Стремление к трудовой деятельности, к развлечениям. Чем занят в отделении — читает ли, работает ли в мастерской, играет в настольные игры, смотрит ли телевизор.

В-Случаях мутизма попытаться вступить с больным в письменный или пантомимический контакт.

У ступорозных больных выявляются признаки восковой тибкости, явления, активного и пассивного негативизма, автоматической подчиняемости, манерность, гримасничанье. В некоторых случаях показано растормаживание ступорозного больного вливанием амитал-кофеиновой смеси.

Необходимо обращать внимание на особенности речи больных (тотальный или элективный-мутизм, дизартрия, скандированная речь, манерная речь, бессвязная и

т. д.

