

---

**МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ**

---

**Кафедра психиатрии**

**М. А. Соляник, А. В. Кидяева, Е. В. Снедков**

**ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА  
ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

**Учебное пособие**

**Санкт-Петербург  
Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова  
2014**

УДК 616.089-008(07)  
С60

**Соляник М. А.**

С60 Обследование пациента психиатрического профиля: учебное пособие / М. А. Соляник, А. В. Кидяева, Е. В. Снедков. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2014. — 32 с.

**Авторы:**

канд. мед. наук, доцент *М. А. Соляник*;

старший лаборант *А. В. Кидяева*;

д-р мед. наук, профессор *Е. В. Снедков*

**Рецензент:** начальник кафедры психиатрии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, заслуженный врач РФ, д-р мед. наук, профессор *В. К. Шамрей*.

В учебном пособии представлена система обследования пациента психиатрического профиля. Подробно рассмотрен клинический метод, представлен обзор современных параклинических методов обследования.

Учебное пособие предназначено для студентов медицинских вузов.

Утверждено  
в качестве учебного пособия  
Методическим советом ГБОУ ВПО  
СЗГМУ им. И. И. Мечникова,  
протокол № 2 от 23 мая 2014 г.

© М. А. Соляник, А. В. Кидяева, Е. В. Снедков, 2014  
© Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2014

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение .....	4
Клинический метод .....	5
Расспрос .....	5
Наблюдение за пациентом.....	10
Оценка отдельных сфер психической деятельности .....	11
Сознание.....	11
Внешний вид и особенности поведения в беседе .....	12
Восприятие .....	13
Деперсонализация.....	14
Мышление.....	14
Внимание.....	15
Память и интеллект.....	15
Эмоции и настроение.....	16
Воля .....	17
Критика в отношении заболевания.....	17
Субъективный анамнез.....	18
Объективный анамнез .....	19
Параклинические методы.....	20
Соматический и неврологический осмотр.....	20
Лабораторная диагностика .....	21
Инструментальное обследование .....	22
Патопсихологическое обследование .....	24
Заключение .....	25
Литература.....	26
Тестовые задания .....	27
Эталоны ответов.....	30

## **ВВЕДЕНИЕ**

Установление диагноза в медицине зависит от тщательно проведенного обследования пациента. С развитием современных технологий в большинстве областей медицины клинический метод уступает место инструментальному, позволяющему во многих случаях достаточно точно и быстро определить заболевание. Исключением является психиатрия, в которой основным способом выявления патологических симптомов и установления диагноза остается клинический метод.

В данном учебном пособии представлена схема обследования пациента психиатрического профиля, начинающаяся с оценки психического статуса и заканчивающаяся дополнительными методами обследования, используемыми для дифференциальной диагностики расстройства. Наибольшее внимание уделено основам проведения психиатрической беседы.

## КЛИНИЧЕСКИЙ МЕТОД

Клинический метод обследования включает в себя:

- осмотр пациента;
- расспрос пациента;
- наблюдение за пациентом;
- сбор субъективного анамнеза;
- сбор объективного анамнеза.

Клинический метод в психиатрии многие рассматривают как описательный, не достаточно точный, зависящий от субъективной оценки врачом психопатологической картины заболевания. На самом деле определение психического состояния пациента зависит не столько от «чувствования» и «видения» расстройства, которые, безусловно, присутствуют у опытного врача, сколько от правильной систематизации выявленной психопатологической симптоматики, научной обоснованности последующих суждений, сформированных в результате оценки психического статуса больного и подтвержденных дополнительными методами обследования.

При клиническом методе обследования основными диагностическими способами выявления болезненных симптомов являются неотделимые друг от друга расспрос и наблюдение. Иногда из-за состояния больного беседа с ним практически невозможна. В таких случаях врач вынужден ограничиться преимущественно наблюдением.

### Расспрос

Основным приемом обследования в психиатрии является расспрос. Он представляет собой умение задавать больному диагностически важные вопросы в наиболее приемлемой для него форме и получать сведения, необходимые для правильной квалификации состояния с последующим установлением диагноза и назначением требуемого лечения. Это продуманная и целенаправленная система исследования всех сторон психической деятельности.

Важность расспроса в психиатрии заключается в том, что многие симптомы присутствуют в виде субъективных расстройств, которые можно выявить только со слов больного.

Цель расспроса — изучение состояния пациента во время обследования.

Задачи включают в себя определение психического статуса и особенностей психопатологических расстройств, изучение индивидуальных психологических особенностей пациента и их связи с психическим статусом, обнаружение причин развития болезненного состояния.

Существует два основных способа расспроса.

При первом способе инициатива в беседе принадлежит врачу. Врач придерживается определенной схемы в последовательности выявления психопатологических расстройств, основываясь при этом на имеющихся в его распоряжении фактах. В зависимости от ответов больного содержание вопросов и их последовательность значительно не меняются. Вопросы направлены на определение и уточнение тех симптомов, которые, по мнению врача, являются наиболее важными для установления психического статуса, диагноза или каких-либо других целей, например, научных. Такой вид расспроса приемлем для обследования больных с манифестными психическими расстройствами. Он бывает незаменим в научной работе, когда требуется доскональное изучение определенного психопатологического нарушения.

При втором способе расспроса активную роль в беседе играет сам больной. Вопросы врача побуждают у пациента желание самому рассказывать о себе. Врач дает пациенту возможность выговориться, не перебивая течение его мыслей, но отмечая наиболее значимые факты, которые позже уточняются дополнительными вопросами. Данный способ расспроса предпочтителен при исследовании больных со стертыми формами психопатологических расстройств, неврозами и психопатиями, а также у больных с психосоматическими расстройствами. При таком расспросе психопатологические симптомы выявляются из всего контекста беседы, а не из отдельных высказываний больного. В этом случае врач часто получает представление и об индивидуальных особенностях личности больного.

На практике оба способа расспроса часто сочетаются. Начинают обычно со «свободного» расспроса, а затем, когда клиническая картина начинает проясняться, переходят к «систематическому».

Положительный результат расспроса связан не только с профессиональными знаниями и общей эрудицией, но и с личными качествами врача. В общении врач должен быть прост, естествен, никогда не показывать чувство превосходства, недопустимы слащавость, лицемерие, фамильярность, ирония, снисходительный тон. Во внешнем облике и словах врача должны чувствоваться уверенность и бодрость, уважение к пациенту, непредвзятое отношение к нему, искреннее участие.

Больных угнетает, оскорбляет, озлобляет недоверие врача к тому, что они ему сообщают. Недоверие часто проявляется в ответных репликах или интонациях врача, в его мимике и манере держать себя. Чаще всего такое явление встречается при стертых формах психических болезней, когда жалобы и высказывания больного не соответствуют представлениям врача о симптоматике той или иной болезни. Крайним случаем такого отношения становится представление, что больной «притворяется» с корыстными целями. Анализ врачебных ошибок свидетельствует, что при дифференцировке легких и тяжелых психических расстройств последние, как правило, диагностируются как легкие, но не наоборот. За исключением немногочисленных ситуаций, в первую очередь экспертных, когда психиатр может встретиться с аггравацией или с различными формами симуляции, в основе даже самых незначительных жалоб психически больных лежат реальные причины.

Желательно, чтобы помещение, где проводится беседа, было в достаточной степени тихим. Следует заранее позаботиться о том, чтобы беседа не прерывалась посторонним вмешательством. Чтобы создать более комфортные условия для пациента, не следует усаживать его непосредственно напротив себя, а стул, на котором сидит пациент, должен быть достаточно высок, чтобы больному не приходилось смотреть на врача снизу вверх. Во время беседы полезно дословно записывать высказывания больного, которые в наибольшей степени характеризуют его состояние. В дальнейшем в психическом статусе можно будет привести прямую речь больного.

Расспрос больного следует проводить в отсутствие его близких. Зачастую при них пациент смущается, становится более молчаливым, скрывая от них те или иные проявления болезни, особенно если родные вовлечены в его переживания. То, что больной скрывает от родных, он в их присутствии утаит и от врача.

При встрече с пациентом врач обязательно должен поздороваться и представиться. Ни в коем случае недопустимо утаивать от больного, что ему предстоит беседовать с психиатром, или откровенно обманывать, разговаривая под видом знакомого родных, представителя общественных организаций и т. п.

Следует учитывать отношение пациента к расспросу. Многие больные относятся к психиатрам с недоверием, настороженностью. Это может быть обусловлено как выраженными психопатологическими расстройствами, например, бредом, так и личностными чертами, например, ранимостью, робостью или упрямством, капризностью, склонностью к протестным реакциям. Некоторые пациенты убеждены в отсутствии необходимости осмотра психиатром, особенно при направлении их на обследование врачами других специальностей, лечение у которых оказалось безуспешным.

Врач, проводящий расспрос психически больного человека, должен обладать важной чертой характера — терпением. Беседа всегда, даже тогда, когда она непродолжительна, должна быть неторопливой.

Важнейшим элементом клинического метода является установление эмоционального контакта с пациентом. Только в том случае, если пациент чувствует себя в безопасности во время беседы и ощущает доброжелательное к себе отношение, будет возможна доверительная, откровенная беседа. Для этого полезно начинать беседу с обсуждения вещей самого общего характера, например, с общепринятых вопросов о самочувствии, сиюминутном актуальном общем состоянии пациента. Иногда полезно начать даже с соматического или неврологического обследования, особенно если в начале беседы пациент предъявляет соответствующие жалобы. Это в ряде случаев будет способствовать установлению доверительных взаимоотношений с пациентом и даст врачу возможность сориентироваться в направлении, по которому следует вести обследование. Жалобы пациента могут иметь большое значение для оценки болезненного состояния, но часто пациенты с психическими расстройствами не предъявляют никаких жалоб в связи с отсутствием критики к заболеванию. В этих случаях особенно полезно в течение нескольких минут поощрять пациента свободно говорить. В это время врач осуществляет наблюдение за тем, как говорит больной, и тем, что он при этом пытается выразить. Это помогает решить, как и о чем расспрашивать его далее.



Умение перейти от начальных нейтральных вопросов к собственному расспросу о психическом состоянии требует определенного опыта. При расспросе лучше идти от выявления более легких психических расстройств, например, характеризующих настроение, к выявлению более тяжелых, если, конечно, сам пациент сразу не заговорит о последних.

Предоставляя больному возможность рассказывать о своем заболевании, важно вместе с тем руководить его рассказом, чтобы выявить особенности расстройства.

Врач, слушая первые высказывания больного, предполагает, какие вопросы следует задать при продолжении беседы. В первую очередь необходимо определить природу симптомов, затем приступить к вопросам об их временной зависимости и факторах, усугубляющих или облегчающих их. В дальнейшем выясняют, в какой последовательности возникли симптомы; отмечают особенности их динамики, включая обострения и периоды ремиссии.

Следует стремиться к тому, чтобы врач говорил намного меньше больного. Вопросы, задаваемые врачом, должны быть сформулированы просто, кратко, ясно и обязательно разделены паузами. Каждый из них должен содержать не более одной мысли. Больной должен иметь возможность высказаться, а также время для размышления. Нельзя задавать новый вопрос, не дослушав ответ на предыдущий. Нужно стремиться использовать открытые вопросы, на которые больной сможет дать развернутый ответ. Ни в коем случае нельзя подсказывать правильный ответ, так как при повышенной внушаемости пациент нередко охотно его подтверждает. В тех случаях, когда беседа ведется в присутствии нескольких врачей, вопросы больному каждый врач должен задавать лишь после того, как заканчивает расспрос его коллега.

Необходимо избегать использования психопатологических терминов. Если больной сам, описывая свое состояние, использует какие-либо термины, необходимо уточнить у него, что именно он под ними подразумевает, попросить описать свои переживания простыми словами или привести пример, так как понимание подобных специальных слов больным может быть искаженным.

Во время беседы не следует успокаивать больного словами: «Не волнуйтесь, возьмите себя в руки, сосредоточьтесь», даже если пациент начинает плакать. Как правило, такие фразы дают прямо противоположный эффект. Лучший способ успокоить пациента и побудить его к беседе — внимательно его слушать.

Беседа с пациентом часто затрагивает такие стороны психического состояния или личной жизни, о которых больной не хочет говорить. Контекст беседы, словесные и мимические реакции больного почти всегда подсказывают врачу, что подходит момент, когда следует проявить в вопросах осторожность и деликатность. В таких случаях целесообразнее заговорить с больным на нейтральную для него тему, вводя в нее вопросы, лишь косвенно затрагивающие скрываемые факты. В других случаях можно использовать ряд последовательных вопросов, первые из которых касаются определенной темы лишь в самой общей форме и лишь последующие конкретизируют ее.

Врач, общающийся с психически больным, обязан быть чрезвычайно осторожным в высказываниях. Необходимо понимать, в каком состоянии находится пациент, что он может неправильно истолковать каждое сказанное слово, поспешный ответ, необдуманные движения.

Продолжительность расспроса колеблется в весьма широком диапазоне времени: от 10—15 минут до часа, иногда более. Первоначальный диагностический расспрос больных с симптомами манифестного психоза обычно не следует затягивать. Ведь основная цель такого расспроса — определение главных психопатологических симптомов, определяющих статус больного. Расспрос больных с пограничными состояниями почти всегда требует времени. Нужно помнить, что продолжительная беседа утомляет не только врача, но и больного. Пациент имеет право изнурять врача вопросами. Врач, если клиническая картина болезни в целом ему ясна, должен отложить выяснение психопатологических тонкостей до следующей беседы.

### **Наблюдение за пациентом**

Расспрос неотделим от наблюдения. Расспрашивая больного, врач наблюдает, а затем задает возникающие в связи с этим вопросы. Психические нарушения часто едва заметно сказываются на внешнем облике и поведении больных. Для диагностики и установления всех особенностей заболевания оценивают внешний вид больного, внимательно следят за выражением лица, интонацией голоса, улавливают малейшие изменения в манере говорить, отмечают позу, жесты, движения.

Расспрашивая больного и одновременно наблюдая за ним, прежде всего оценивают состояние его сознания, способность сконцентрировать внимание, наличие психомоторного возбуждения или заторможенности, расстройства мышления, двигательной сферы, изменения настроения. По мере определения этих «общих» расстройств выясняют существование и особенности других нарушений (бред, галлюцинации, явления психического автоматизма, навязчивые явления, импульсивные влечения, парамнезии и т. п.).

## **Оценка отдельных сфер психической деятельности**

### **Сознание**

К признакам нарушенного сознания относят:

1. Отрешенность больного от окружающего с неотчетливым, отрывочным его восприятием;
2. Дезориентировка в месте, времени, окружающем, собственной личности;
3. Определенная степень бессвязности мышления, сопровождаемая слабостью или невозможностью суждений и речевыми нарушениями;
4. Полная или частичная амнезия периода нарушенного сознания.

Для оценки состояния сознания пациента учитывают каждый из вышеперечисленных критериев.

1. Отрешенность от реального внешнего мира проявляется слабым пониманием больным происходящего вокруг, снижением концентрации внимания, способности выявлять наиболее важную информацию, вплоть до полной невозможности восприятия действительности.

В таких случаях задают вопросы, направленные на выяснение способности пациента осознавать происходящее с ним и вокруг него. При этом обращают внимание на скорость реакции больного, растерянность, длительные паузы перед ответами.

2. Для оценки ориентировки пациента используют вопросы, направленные на идентификацию самого больного (фамилия, имя, возраст, профессия). Определяют осознание им места своего пребывания, окружающей обстановки, текущего времени (время суток, день недели, число месяца, время года, год).

3. Патология мышления проявляется в разной степени при разных видах нарушенного сознания. Это может быть как неспособ-

ность ответить на сложные вопросы, при кратких, но адекватных ответах на простые. Так и глубокая степень бессвязности мышления, проявляющаяся в бессмысленном, хаотичном наборе слов, не отражающем сути вопроса. Проверить способность устанавливать взаимосвязь между внешними обстоятельствами и актуальными событиями можно, например, задав вопрос: «Вокруг Вас люди в белых халатах. Почему?».

4. Содержание болезненных переживаний пациента во время нарушенного сознания может быть недоступно исследованию. После восстановления сознания воспоминания о реальных событиях в той или иной мере утрачиваются, однако при некоторых видах помрачения сознания сохраняются воспоминания о патологических ощущениях, представлениях, испытанных пациентом в болезненный период. Вопросы в таком случае направлены на способность пациента воспроизвести реальные события, происходившие вокруг, а также описать свое состояние и возникавшие образы, мысли в период нарушенного сознания.

#### **Внешний вид и особенности поведения в беседе**

При оценке внешности врач должен обратить внимание на конституциональные особенности пациента, положение тела, состояние одежды, опрятность, особенности походки, выражение лица, выразительность мимики и жестикуляции, наличие произвольных движений, внутреннюю напряженность. Важно оценить отношение пациента к беседе с врачом, к личности врача. При доверительном, доброжелательном, заинтересованном отношении пациента, как правило, беседа будет протекать гладко и продуктивно. При враждебном, сдержанном, негативистичном отношении пациента к врачу от последнего требуется чуткое, внимательное, деликатное выявление причин такого отношения, часто требуется гибкость и необходимость подстроиться под пациента, чтобы завоевать его доверие. В ряде случаев при безразличном, холодном отношении к врачу нужно попытаться выявить темы, к которым пациент проявляет интерес, это позволит вовлечь пациента в беседу.

Необходимо обращать внимание на характер вербального поведения пациента, особенности ответов пациента на вопросы. Необходимо оценить качество, количество, темп, манеру, спонтанность речи, ее эмоциональную насыщенность, внятность, громкость, последовательность, словарный запас пациента. То, как пациент от-

---

вечает на вопросы, может прояснить намерения пациента утаить интересующую врача информацию. Так, если пациент отвечает на вопросы формально, уклончиво или грубо, раздражаясь, то можно предполагать, что какую-то информацию пациент может утаить от врача.

### **Восприятие**

Объективные признаки наличия у пациента нарушений восприятия врач может получить при внимательном наблюдении за ним. Однако уточнить их характер, отношение к ним пациента можно только при расспросе.

К особенностям поведения больных, испытывающих сенестопатии, в первую очередь относятся настойчивые обращения за помощью к специалистам соматического профиля, в связи с чем такие пациенты поступают в поле зрения психиатров, как правило, по направлению врача другого профиля после безуспешного обследования и лечения.

При наличии галлюцинаций пациент может к чему-то прислушиваться, замолкая во время разговора; что-то шептать, находясь в одиночестве; закрывать руками, ватой уши, ноздри; со страхом озираться по сторонам, отмахиваться; что-то собирать на полу или стряхивать с себя и т. п. Вопросы, касающиеся галлюцинаций, должны быть наводящими, чтобы побудить больного к активному рассказу о своих переживаниях. В случае прямых вопросов пациенты часто отказываются признавать наличие у себя этого вида психической патологии. Пациента можно подготовить к последующим вопросам, сообщив, что у некоторых людей при нервном расстройстве бывают необычные ощущения. Затем спрашивают о том, слышал ли больной какие-либо звуки или голоса, когда вокруг никого не было. В случае подозрения на наличие зрительных, вкусовых, обонятельных, тактильных или висцеральных галлюцинаций, задают соответствующие вопросы. Характер галлюцинаций уточняют, задавая дополнительные вопросы, например, слышал ли пациент один голос или несколько; казалось ли больному, что голоса разговаривали между собой о нем, упоминая его в третьем лице. Важно установить, что именно «голоса» говорят, и если слова воспринимаются как команды, то чувствует ли больной, что должен им повиноваться. Зрительные галлюцинации следует дифференцировать от зрительных иллюзий. Если пациент не испытывает галлюцинаций

непосредственно во время осмотра, то бывает трудно провести такое разграничение, поскольку оно зависит от присутствия или отсутствия реального зрительного раздражителя, который мог быть неверно интерпретирован.

### **Деперсонализация**

Больным, испытывающим деперсонализацию и дереализацию, обычно трудно их описать; пациенты, незнакомые с указанными явлениями, часто неправильно понимают заданный им по этому поводу вопрос и дают ответы, вводящие в заблуждение. Поэтому особенно важно, чтобы больной привел конкретные примеры своих переживаний. Больные, испытывающие дереализацию, часто говорят, что все объекты окружающей среды представляются им ненастоящими или безжизненными, в то время как при деперсонализации пациенты могут утверждать, что чувствуют себя неспособными ощущать эмоции.

### **Мышление**

Процесс мышления не может быть оценен непосредственно, поэтому главным объектом изучения является речь. С ее помощью определяется темп, логичность, содержание мышления. Формальные нарушения мышления могут быть выявлены с помощью определения понимания пациентом переносного смысла пословиц и поговорок.

О сверхценных и навязчивых идеях, в отличие от бредовых, больной обычно охотно рассказывает сам. Важно оценить степень насильственности различных идей в сознании больного, степень их чуждости мнению, мировоззрению и степень критического отношения пациента к указанным идеям.

Для определения наличия навязчивых идей можно задать вопрос: «Приходят ли вам в голову постоянно какие-то мысли, несмотря на то, что вы усиленно стараетесь их не допускать?» Если пациент дает утвердительный ответ, его просят привести пример. Прежде чем идентифицировать подобные явления как навязчивые мысли, врач должен удостовериться, что больной воспринимает такие мысли как свои собственные, а не внушенные кем-то или чем-то. Ритуалы в некоторых случаях замечают при внимательном наблюдении, но иногда они принимают скрытую от постороннего глаза форму. При наличии ритуалов больного просят привести конкретные примеры.

---

Бред — это единственный симптом, о котором нельзя спрашивать прямо, так как больной не осознает разницы между ним и другими убеждениями. При выявлении бредовых идей для начала просят пациента объяснить другие симптомы или описанные им ощущения. Например, если больной говорит, что жить не стоит, он может считать себя глубоко порочным, а свою карьеру погубленной, несмотря на отсутствие объективных оснований для такого мнения. Врач должен быть готов к тому, что многие больные скрывают бред. Однако если тема бреда уже раскрыта, пациент часто продолжает развивать ее без подсказки. Если врач не уверен в том, что выявленная идея является бредовой, необходимо выяснить обусловленность ее культурными традициями пациента, а также степень устойчивости идеи, для этого врач тактично пытается переубедить больного, но ни в коем случае не вступает с ним в спор.

### **Внимание**

Во время беседы врач обязательно следит за вниманием пациента. Больной может быть рассеянным, переспрашивать только что заданный врачом вопрос, отвлекаться от темы беседы на окружающие события или внутренние переживания. Специальные тесты позволяют расширить эту информацию, например, счет по Крепелину: больного просят отнять 7 от 100, затем вычесть 7 из остатка и повторять указанное действие до тех пор, пока остаток не окажется меньше семи. Регистрируют время выполнения теста, а также количество ошибок.

### **Память и интеллект**

Для оценки памяти необходимо выяснить наличие у пациента трудностей при запоминании или воспроизведении информации.

Во время обследования оценивается способность к восприятию пациентом новой информации, немедленному ее воспроизведению и запоминанию. Например, представившийся в начале беседы врач может попросить пациента повторить его имя в конце разговора. Память на недавние события оценивают, спрашивая о новостях за последние один — два дня или о событиях в жизни больного, известных врачу. Память на отдаленные события можно оценить, попросив больного вспомнить определенные моменты из его биографии либо хорошо известные факты общественной жизни, при этом важно четкое представление больным последовательности событий.

Если пациент находится в больнице, обращают внимание, насколько быстро он усваивает режим дня, запоминает имена медицинского персонала и других больных, знает где расположена его кровать, вещи.

Получить представление об интеллектуальном развитии пациента позволяет оценка общего образовательного, культурного, а в ряде случаев и профессионального уровня знаний; определяют преобладающие интересы, увлечения, уровень социального функционирования.

### **Эмоции и настроение**

Эмоциональную сферу чаще всего оценивают по невербальным признакам. К ним относят выражение лица, характер взгляда, живость мимики, голос, позу, движения. Обращают внимание на соответствие внешнего вида возрасту пациента, поведение пациента при беседе с врачом (фамильярность, безразличие, утрированная послушность), наличие эмоциональных реакций во время беседы и их адекватность содержанию разговора.

Далее пациенту задают прямые вопросы, выясняя субъективное ощущение повышения или снижения настроения, колебания настроения в течение суток. Определяют самооценку больного, наличие тревоги, страха, раздражительности и т. п.

Больного обязательно расспрашивают о соматических симптомах, осведомляясь об учащенном сердцебиении, сухости во рту, потливости, дрожи и других признаках активности вегетативной нервной системы и мышечного напряжения. Интересуются о продолжительности и качестве сна, аппетита, физиологических отправлениях. При осмотре обращают внимание на величину зрачков, на влажность кожи и слизистых, измеряют артериальное давление и пульс.

Особое внимание следует уделять пациентам с суицидальными тенденциями. К факторам риска суицида относят ощущение безнадежности, идеи самоуничтожения, мучительную бессонницу. Большое значение имеют социальная неустроенность, одиночество, осознание неизлечимости соматического заболевания. Большое значение имеет так называемый «антисуицидальный барьер» — одно или несколько обстоятельств, удерживающих больного от самоубийства. Выявление и укрепление этого барьера является одним из немногих способов предотвращения суицида. Большинство па-



---

циентов с суицидальными тенденциями нуждаются в лечении в условиях психиатрического стационара.

### **Воля**

О волевых качествах можно сделать вывод по внешнему виду пациента, опрятности, соблюдении элементарных правил гигиены, манере одеваться. Обращают внимание на поведение пациента, потребность и целенаправленность его деятельности, мотивацию того или поступка, способность контролировать проявление инстинктивных влечений (усиление, извращение аппетита, сексуальную расторможенность, чрезмерную опасливость или самоистязание и т. п.). Важно отметить наличие кататонических расстройств (манерность, негативизм, стереотипии, восковая гибкость, эхо-симптомы и т. п.). Здесь же выявляется наличие компульсивных влечений, риск возникновения импульсивных действий.

Отдельно оценивается риск потенциально опасного поведения пациента, например, наличие суицидальных или гомицидных намерений. В случае выявления риска опасного поведения проводится тщательная оценка степени риска и делаются необходимые назначения, направленные на максимально быстрое снижение риска опасного поведения.

### **Критика в отношении заболевания**

При оценке осознания больным своего психического состояния необходимо помнить о сложности этого понятия. К концу обследования психического статуса врач составляет предварительное мнение о том, в какой степени пациент осознает болезненную природу своих переживаний. Задаваемые больному вопросы касаются его мнения о природе отдельных симптомов. Здесь иногда полезно помочь пациенту связать наличие болезненных переживаний с нарушением социальной адаптации, условий жизни и т.д. Необходимо выяснить, считает ли пациент себя больным; если да, то связывает ли он свое состояние с физическим или с психическим заболеванием; считает ли он, что нуждается в лечении, выяснить мнение пациента, о причинах его госпитализаций в психиатрические стационары. Важно выявить отношение пациента как к прошлому, текущему и предстоящему лечению, готовность пациента соблюдать врачебные рекомендации, сотрудничать со всеми субъектами оказания пациенту психиатрической помощи, выяснить ожидания пациента от

планируемого лечения. Ответы на эти вопросы в дальнейшем могут повлиять и на тактику лечения.

Прежде чем завершить беседу, полезно также задать общий вопрос, например: «Вы хотели бы сообщить мне что-нибудь еще?».

### **Субъективный анамнез**

Сбор субъективного анамнеза проводится во время расспроса. При установлении того или иного расстройства одновременно выясняют давность его существования, особенности развития во времени, взаимосвязь с другими психическими нарушениями. Однако всегда следует учитывать, что больной может описывать происходившие с ним события под влиянием патологического состояния.

При сборе анамнеза важно придерживаться хронологической последовательности. Сначала выясняют наличие наследственной отягощенности психическими и соматическими заболеваниями, состояние здоровья матери больного во время беременности и течение родов, состав семьи. Устанавливают особенности физического и психического развития больного в раннем детстве и в последующие годы. Определяют особенности воспитания больного, взаимоотношения в семье, личностные качества и поведение наиболее близких родственников. Выясняют отношение больного в детстве к родным, сверстникам, успехи и увлечения в школьные годы, черты характера, его формирование.

В дальнейшем отмечают изменения характера больного в возрасте полового созревания, начало половой, а затем и семейной жизни и ее особенности; регистрируют юношеские увлечения, все моменты, связанные с получением образования, начало трудовой жизни, характер производственной работы, общественной деятельности, обращают внимание на отношения с коллегами, родными и близкими людьми, выясняя при этом круг интересов больного.

Обязательно выясняют заболевания в детские годы, наличие в это время навязчивых явлений, импульсивных влечений, ночных страхов, снохождений; наличие в течение жизни физических и психических травм, припадков; фиксируют все перенесенные хирургические вмешательства, предшествующие и текущие психические и соматические заболевания, интоксикации (в том числе злоупотребление алкоголем, наркотиками). У женщин выясняют гинекологический анамнез.

Хронические психические расстройства часто приводят к стойким изменениям личности, о выраженности которых можно судить только на основании подробного анализа жизни пациента, его преморбидного функционирования.

Наиболее тщательно определяют начало заболевания, предшествующие и непосредственно связанные с ним обстоятельства, первые признаки болезни, их развитие, дальнейшее течение. Все это важно выяснить настолько обстоятельно и точно, чтобы характер первоначальных расстройств в соответствии с их описанием можно было определить на любом последующем этапе заболевания. Важно получить информацию о предшествующих госпитализациях в психиатрические стационары, определить длительность ремиссий, расспросить о терапии, которую пациент получал на разных этапах течения заболевания.

Дополнительным материалом психиатрического обследования могут служить описания пациентом своей болезни, письма, рисунки и другие виды творчества.

### **Объективный анамнез**

Объективный анамнез собирают у близких родственников больного, коллег, соседей и других лиц, хорошо его знающих, для того, чтобы уточнить данные, сообщенные пациентом; получить дополнительные сведения; оценить личностные особенности пациента и характер их изменений за время болезни.

При сборе объективного анамнеза также тщательно выясняют наличие среди родственников психически больных, характер внутрисемейных отношений. Подробно устанавливают особенности физического и психического развития больного в детстве и юношеском возрасте, черты его характера, условия жизни и работы. Особое внимание обращают на начало болезни, ее первые признаки, наличие предшествующей психотравмирующей ситуации, изменение поведения и работоспособности больного, его отношение к родным, окружающим; перемену интересов, появление странностей в поведении; отношение самого больного к своему заболеванию.

Не менее важна попытка реконструкции заболевания в целом, описание проявлений психозов, а также особенностей поведения в ремиссии или при уменьшении интенсивности болезненных проявлений. Чаще всего из медицинских сведений можно получить

важную информацию о предшествующих обострениях, ремиссиях, лечении.

Как итог сбора анамнеза у врача должна сложиться четкая картина жизни пациента, развития его как личности, социального функционирования. Хорошо собранный анамнез психических нарушений, начала заболевания, его дальнейшего течения, выявление факторов, модифицирующих клиническую картину, данные о предшествующем лечении, вместе с полным психическим статусом больного позволяют в большинстве случаев установить верный диагноз и назначить эффективное лечение уже после первой беседы с больным.

Однако вышеизложенные приемы психиатрического обследования относятся не только к первой беседе с больным, но и к дальнейшему наблюдению за ним в процессе лечения. Врачебное наблюдение всегда дополняется наблюдениями медицинской сестры и младшего медицинского персонала. Это имеет огромное значение, так как позволяет своевременно обнаружить малейшие изменения в состоянии и поведении больного.

### **Параклинические методы**

В психиатрии дополнением к клиническому психиатрическому обследованию являются лабораторные и инструментальные методы обследования, называемые в связи с этим «параклиническими».

### **Соматический и неврологический осмотр**

Соматический и неврологический осмотры позволяют оценить физическое состояние пациента, обнаружить сопутствующие расстройства, сопровождающие психическое заболевание.

Обязательно следует выяснить причинно-следственную связь психических и биологических нарушений. Так же как соматическое заболевание при утяжелении состояния может привести к психическому расстройству, так и психическое заболевание нередко проявляется соматическими симптомами, которые бывает трудно отличить от заболеваний внутренних органов.

Важность данных исследований заключается также в том, что пациенты часто не в состоянии предъявить жалобы или адекватно оценить тяжесть своего состояния, в том числе в связи с тем, что со-

матическая патология у психически больных нередко имеет стертые симптомы.

Неврологическое обследование позволяет оценить роль травм головного мозга, инфекций, интоксикаций в развитии психических расстройств. Обнаружение неврологических нарушений (в том числе минимальных) требует не только уточнения диагноза, но и планирования соответствующего комплексного лечения.

Соматическое и неврологическое обследование необходимо проводить как при первичном, так и при последующих осмотрах. Это не только позволяет оценить динамику течения сопутствующей патологии и эффективность терапии, но и отследить возникновение возможных побочных эффектов психофармакотерапии и провести необходимую ее коррекцию.

Соматический и неврологический осмотры проводятся по всем правилам, принятым в клинической медицине.

### **Лабораторная диагностика**

Диагностические лабораторные исследования в психиатрии направлены на оценку соматического состояния больного и контроль над этим состоянием в процессе лечения, а также на выявление соматических заболеваний, сопровождающих или обуславливающих психические расстройства.

Объекты исследования и большинство методов их анализа аналогичны применяемым в других областях медицины. Лишь некоторые показатели более характерны для психиатрии, например, определение содержания в крови и моче психотропных препаратов. В ряде случаев лабораторные методы позволяют уточнить диагноз, так без серологического обследования невозможна точная диагностика сифилитических психозов или деменции, вызванной ВИЧ-инфекцией.

Значение обнаруживаемых изменений по тем или иным лабораторным тестам определяется лишь при их сопоставлении с соматическими, неврологическими и психическими расстройствами на соответствующем этапе развития болезненного процесса.

Лабораторные исследования, связанные с лечением больных, касаются не только контроля за общесоматическим состоянием с целью профилактики и купирования осложнений терапии, но и для установления эффективной лечебной дозы и индивидуальной чув-

ствительности пациента к тому или иному лекарственному средству. В психиатрической практике наибольшее распространение получило исследование содержания лития в крови при лечении аффективных расстройств.

### **Инструментальное обследование**

Поскольку основу психических расстройств составляют различные нарушения деятельности головного мозга, в психиатрии достаточно широкое применение получили инструментальные методы диагностики, позволяющие прямо или косвенно оценивать его функциональное состояние.

Однако эти методы исследования в большинстве случаев не имеют самостоятельного диагностического значения и должны рассматриваться в контексте со всеми другими диагностическими подходами, особенностями психического статуса и данными анамнеза.

**Электрэнцефалография (ЭЭГ)** — запись биоэлектрической активности головного мозга, регистрируемой с поверхности черепа.

Цель ЭЭГ — выявление или исключение признаков органического поражения головного мозга (эпилепсии, опухолей, травм головного мозга, нарушений мозгового кровообращения и метаболизма, нейродегенеративных заболеваний) для дифференциальной диагностики и уточнения природы клинических симптомов. В психиатрии ЭЭГ широко используют для объективной оценки функционального состояния тех или иных структур и систем головного мозга, для исследования нейрофизиологических механизмов психических расстройств, а также действия психотропных препаратов.

**Реоэнцефалография (РЭГ)** — основана на измерении связанных с пульсовой волной изменений полного электрического сопротивления (импеданса) головы при пропускании через электроды слабого электрического тока высокой частоты.

Цель РЭГ — выявление нарушений кровоснабжения головного мозга (особенно в бассейнах крупных и средних мозговых сосудов), а также внутричерепной гипертензии для исключения или оценки вклада «сосудистого» фактора в психопатологическую и неврологическую симптоматику.

**Ультразвуковая эхоэнцефалография (ЭхоЭГ)** основана на принципе эхолокации.

Цель — выявление грубых морфологических нарушений структуры головного мозга (субдуральные гематомы, отек головного мозга, гидроцефалия, крупные опухоли, смещение срединных структур), а также внутричерепной гипертензии.

**Компьютерная томография (КТ)** — первый метод прижизненной визуализации структуры головного мозга. Метод основан на рентгенологическом исследовании с компьютерным анализом результатов, что дает возможность уловить тонкие различия поглощения рентгеновского излучения в разных (нормальных и измененных) тканях головного мозга. С помощью компьютерной графики получают послойные изображения «срезов» головного мозга (толщиной 3–10 мм).

Цель КТ головного мозга — выявление, а также определение формы, размеров и локализации различных поражений головного мозга (посттравматических, атрофических, очагов ишемического (через сутки) и геморрагического (с первых часов) инсульта, менингиом и глиальных опухолей), смещения мозговых структур, выраженности отека головного мозга, состояния ликворосодержащих пространств для исключения возможных органических причин психопатологической симптоматики.

**Магнитно-резонансная томография (МРТ)** — в настоящее время ведущий неинвазивный метод прижизненной визуализации структуры головного мозга. Пространственное разрешение метода МРТ составляет 1–2 мм, его можно повысить путем контрастирования гадолинием.

Цель МРТ — выявление, а также определение формы, размеров и локализации различных поражений головного мозга (посттравматических, атрофических, очагов ишемического (через сутки) и геморрагического (с первых часов) инсульта, демиелинизирующих процессов, менингиом и глиальных опухолей) смещения мозговых структур, выраженности отека головного мозга, состояния ликворосодержащих пространств для исключения возможных органических причин психопатологической симптоматики.

**Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ)** — радиологический метод структурно-функциональной нейровизуализации для оценки локального метаболизма головного мозга. ПЭТ позволяет исследовать функциональное состояние нейронов. В настоящее время в связи с высокой стоимостью обследования широко не применяется в практической психиатрии.

## Патопсихологическое обследование

С целью уточнения степени и характера расстройств психической деятельности пациента, а также их динамики используют патопсихологическое исследование, представляющее собой ряд специальных экспериментально-психологических методик, проводимых клиническими психологами.

Методы исследования выбираются исходя из их диагностической эффективности. Для исследования памяти, внимания, интеллекта используются такие методы, как тест Векслера, прогрессивные матрицы Равена, тест запоминания 10 слов, счет по Крепелину. Исследование внимания также проводится с помощью таблиц Шульте и корректурной пробы.

Для оценки формальных расстройств мышления применяют следующие методы: понимание рассказов, сюжетных картин, установление последовательности событий, классификация, исключение, выделение существенных признаков, образование аналогий, определение и сравнение понятий, метод пиктограмм, подбор слов-антонимов.

Для определения личностных характеристик пациента используют специальные опросники (опросники Айзенка, ММРІ, тест Кеттела) и проективные методы (метод незаконченных предложений, метод исследования уровня притязаний, метод Роршаха, Тематический апперцептивный тест, метод исследования фрустрационной толерантности Розенцвейга, тест цветового выбора Люшера).



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данные субъективного и объективного анамнезов, результаты психиатрического, неврологического и соматического осмотров, лабораторного и других исследований вносят в историю болезни.

Написание психического статуса проводится после завершения беседы с больным. Использование психиатрических терминов в описании анамнеза и психического статуса нежелательно. Это важно для того, чтобы любой врач, обратившийся к записям в истории болезни, мог дать свою клиническую трактовку состоянию пациента, так как ошибочная оценка психопатологического феномена может быть причиной квалификационных и диагностических ошибок. Начинают описание психического статуса, как правило, с оценки сознания больного, которое выражается в ориентировке в пространстве, ситуации, времени и собственной личности. Продолжают информацией, которую врач получает в основном через наблюдение, то есть характеристикой поведения и эмоциональных проявлений. После этого переходят к фиксации информации, полученной посредством беседы.

После описания психического статуса врач излагает свое представление о больном. Здесь фиксируются результаты клинического обследования и обосновываются нозологический и синдромальный диагнозы. Синдромальный диагноз — ведущий на данный момент синдром. Нозологический диагноз — название болезни, форма, вариант, тип течения, стадия. При отсутствии сведений, достаточных для установления нозологического диагноза, может быть указан только синдромальный диагноз. В дальнейшем проводится дифференциальный диагноз с близкими по клиническим проявлениям заболеваниями. При необходимости назначаются дополнительные обследования.

В завершении определяется тактика лечения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Жариков Н. М.* Психиатрия: учебник / Н. М. Жариков, Ю. Г. Тюльпин. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: МИА, 2009. — 832 с.
2. *Иванец Н. Н.* Психиатрия и наркология: учебник / Н. Н. Иванец и др. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 832 с.
3. *Коркина М. В.* Психиатрия: учебник / М. В. Коркина, Н. Д. Лакосина, А. Е. Личко. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 576 с.
4. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т. Б. Дмитриевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 624 с.
5. *Снежневский А. В.* Общая психопатология / А. В. Снежневский. — М.: МЕДпресс-информ, 2010. — 208 с.
6. *Тиганов А. С.* Общая психопатология / А. С. Тиганов. — М.: МИА, 2008. — 128 с.

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. КЛИНИЧЕСКИЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

- А. Лабораторную диагностику
- Б. Инструментальное обследование
- В. Наблюдение за пациентом
- Г. Патопсихологическое исследование
- Д. Неврологический осмотр

2. РАССПРОС СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ:

- А. В присутствии родных пациента
- Б. Представившись врачом другой специальности
- В. Используя психопатологические термины
- Г. Предоставляя время для обдумывания вопроса
- Д. Используя преимущественно закрытые вопросы

3. КРИТЕРИЕМ ОЦЕНКИ СОЗНАНИЯ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. Критика к заболеванию
- Б. Ориентировка пациента
- В. Расстройство мышления
- Г. Амнезия болезненного периода
- Д. Отрешенность от окружающего

4. ДЛЯ ОЦЕНКИ МЫШЛЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ:

- А. Счет по Крепелину
- Б. Личностные опросники
- В. Пословицы и поговорки
- Г. Тест запоминания 10 слов
- Д. Тест Векслера

5. ПРЯМЫЕ ВОПРОСЫ ИСКЛЮЧЕНЫ В СЛУЧАЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ:

- А. Ориентировки пациента
- Б. Расстройств памяти
- В. Критики к заболеванию
- Г. Настроения пациента
- Д. Наличия бредовых идей

6. К ОЦЕНКЕ СФЕРЫ ЭМОЦИЙ ОТНОСИТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ:

- А. Сенестопатий
- Б. Сверхценных идей
- В. Кататонических расстройств
- Г. Деперсонализации
- Д. Суицидальных тенденций

7. СУБЪЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ СОБИРАЮТ:

- А. Со слов пациента
- Б. Со слов близких родственников
- В. Со слов коллег
- Г. По данным направления
- Д. По данным истории болезни

8. ПАРАКЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. Расспрос
- Б. Наблюдение
- В. Объективный анамнез
- Г. Инструментальное обследование
- Д. Субъективный анамнез

9. ЦЕЛЬ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ:

- А. Сбор объективного анамнеза
- Б. Сбор субъективного анамнеза
- В. Измерение степени расстройств психической деятельности
- Г. Наблюдение за пациентом
- Д. Определение психического статуса пациента

---

10. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ  
ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. Серологическое обследование
- Б. Реоэнцефалография
- В. Определение содержания психотропных препаратов
- Г. Патопсихологическое исследование
- Д. Неврологический осмотр

## **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

- |      |       |
|------|-------|
| 1. В | 6. Д  |
| 2. Г | 7. А  |
| 3. А | 8. Г  |
| 4. В | 9. В  |
| 5. Д | 10. Б |

Для заметок

---

**М. А. Соляник, А. В. Кидяева, Е. В. Снедков**

**ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА  
ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

**Учебное пособие**

Подписано в печать 14.10.2014 г. Формат бумаги 60×84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>.

Бумага офсетная. Гарнитура NewtonС.

Печать офсетная. Уч.-изд. л. 1,2. Усл. печ. л. 1,86.

Тираж 500 экз. Заказ № 375.

Санкт-Петербург, Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова  
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.

Отпечатано в типографии СЗГМУ им. И. И. Мечникова  
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.