
МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Кафедра психиатрии и наркологии

В. Э. Пашковский, А. П. Савельев, А. Е. Добровольская

ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Учебно-методическое пособие

**Санкт-Петербург
Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова
2017**

УДК 616.89
ББК 54.1
П86

Психиатрическое исследование: учебно-методическое пособие / В.Э. Пашковский, А.П. Савельев, А.Е. Добровольская. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017. — 88 с.

Авторы:

профессор кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава России доктор медицинских наук, доцент *В.Э. Пашковский*;

доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава России кандидат медицинских наук *А.П. Савельев*;

доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава России кандидат медицинских наук *А.Е. Добровольская*.

Рецензент:

заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» доктор медицинских наук, доцент *С.В. Гречаный*.

В учебно-методическом пособии дан обзор современных методов психиатрического исследования больных с психическими расстройствами. Приведены схемы учебной истории болезни и доклада на клиническом разборе. Приложение содержит шкалы клинической оценки наиболее распространенных психиатрических синдромов.

Учебно-методическое пособие предназначено для студентов по направлению подготовки 31.05.01 «Лечебное дело» (уровень специалитета).

Утверждено
в качестве учебно-методического пособия
Ученым советом ФГБОУ ВО
СЗГМУ им. И.И. Мечникова
Минздрава России,
протокол № 7 от 30 июня 2017 г.

© Коллектив авторов, 2017
© Издательство СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	8
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	9
МАТЕРИАЛ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ..	10
ПОНЯТИЕ О СИМПТОМАХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	11
СИНДРОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	13
ОЦЕНКА ДИНАМИКИ СИМПТОМОВ И СИНДРОМОВ ..	15
СУБЪЕКТИВНОЕ ПОНИМАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА И ПРОБЛЕМА ИНСАЙТА.....	17
МЕТОДЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	19
Методы индивидуального исследования лиц с психическими расстройствами.....	19
Расспрос окружающих	25
Изучение документов.....	26
Оценка экспрессивных проявлений.....	29
АНАМНЕЗ ЖИЗНИ И БОЛЕЗНИ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	30
АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ (ДИНАМИЧЕСКИЙ ФАКТОР, ПАТОКИНЕЗ).....	37
ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНОГО	41
РОЛЬ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ШКАЛ И СТАНДАРТИЗОВАННЫХ ОПРОСНИКОВ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-ПСИХИАТРА	49
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ.....	49

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	54
ЛИТЕРАТУРА	55
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. План учебной истории болезни	56
ПРИЛОЖЕНИЕ 2.Схема доклада при разборе больного	61
ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Шкала Монтгомери–Асберга.....	63
ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Шкала ВPRS.....	72
ПРИЛОЖЕНИЕ 5. Шкала тревоги Спилбергера.....	76
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ	82
ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ	85

1. Направление подготовки: 31.05.01 «Лечебное дело» (уровень специалитета).

2. Дисциплина: психиатрия, медицинская психология.

3. Тема: Психиатрическое исследование.

4. Актуальность. В связи с значительным ростом непсихотических форм психических расстройств, психосоматической патологии, появлением новых лекарственных средств повышаются требования к овладению методами психиатрического исследования врачами лечебного профиля.

5. Цель: освоение умений первичной диагностики психических расстройств и расстройств поведения для их своевременного обнаружения, оказания неотложной помощи и направления специалисту в условиях общей медицинской практики.

6. Задачи:

- обучить студентов основам профессиональной деятельности врача-психиатра: диагностики, фармакотерапии, психотерапии, личностной коррекции и реабилитации пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения;

- познакомить обучающихся с современными возможностями лечения и коррекции психических расстройств и расстройств поведения;

- привить обучающимся навыки деонтологии, морально-этической и правовой культуры, необходимые для обслуживания пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения.

7. Формируемые компетенции:

- готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях рас-

познавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания (ПК-5);

- способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10).

8. Знать:

- методики сбора и анализа жалоб психически больных, данных анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований;

- основные патологические состояния, симптомы и синдромы заболеваний, нозологических форм психических расстройств в соответствии с МКБ 10-го пересмотра;

Уметь:

- собрать и проанализировать жалобы психически больных, данные анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований;

- определять у пациента основные патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ 10-го пересмотра.

Владеть:

- навыками сбора и анализа жалоб психически больных, данных анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований.

9. Контингент учащихся: студенты.

10. Продолжительность практического занятия: 2 часа.

11. Структура практического занятия:

Общие положения

Материал психиатрического исследования

Понятие о симптомах психических расстройств

Синдромы психических расстройств

Оценка динамики симптомов и синдромов

Субъективное понимание психического расстройства и проблема инсайта

Методы психиатрического исследования

-
- a) Методы индивидуального исследования лиц с психическими расстройствами
 - b) Расспрос окружающих
 - c) Изучение документов
 - d) Оценка экспрессивных проявлений

Анамнез жизни и болезни больных с психическими расстройствами

Анамнез болезни (динамический фактор, патогенез)

Психический статус больного

Роль психиатрических шкал и стандартизованных опросников в деятельности врача-психиатра

Психиатрический диагноз

ВВЕДЕНИЕ

Овладению методологией психиатрического исследования уделяется большое внимание при подготовке и усовершенствовании врачей-психиатров. Его традиции заложены в школах выдающихся отечественных психиатров С.С. Корсакова, П.Б. Ганнушкина, В.П. Осипова, В.А. Гиляровского.

Этому вопросу посвящены отдельные главы в руководствах, написанных ведущими психиатрами страны, изданы отдельные монографии. Вместе с тем за годы, прошедшие со времени выхода этих изданий, в психиатрии произошли существенные изменения. Введен в действие Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», где проведение психиатрического освидетельствования регламентируется отдельной статьей (ст. 7), опубликована Международная классификация психических и поведенческих расстройств (10-й пересмотр).

В последние годы большое внимание уделяется феноменологическому направлению в психопатологии, детально разработанному К. Ясперсом. Следует отметить, что феноменологический принцип положен в основу современных классификаций.

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Задачей психиатрического исследования является выявление патологических нарушений психики человека и определение изменений психической жизни под воздействием этих нарушений. Для решения данной задачи необходимо:

- 1) собрать жалобы и анамнестические сведения;
- 2) проверить их достоверность;
- 3) выявить симптомы и синдромы психического расстройства;
- 4) определить динамику и найти взаимосвязь между ними;
- 5) сопоставить выявленные нарушения с фактами биографии больного и свести полученные данные в клиническую целостную картину.

Те способы, которыми психиатры достигают этих частных целей, называются методами психиатрического исследования. Если в общемедицинской практике число исследовательских приемов с каждым годом возрастает, и в развитых странах практически произошел переход на инструментальную диагностику, то в психиатрии по-прежнему ведущим методом, с помощью которого проводится клиническое исследование и наблюдение, является расспрос.

В силу того, что с помощью психопатологических диагностических методов изучается психическая жизнь человека, овладение ими осуществляется в течение всей практической деятельности врача-психиатра и во многом связано с личной находчивостью, искусством понимания и сопереживания, умением «вчувствоваться» в больного, найти с ним контакт.

Овладение этими методами осуществляется на базе знания общей психопатологии, частной психиатрии, медицинской психологии.

МАТЕРИАЛ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом психиатрического исследования являются проявления психической жизни, данные во времени (анамнез) и в текущий момент (статус). К важнейшим элементам психической жизни относятся переживания. Под ними феноменология понимает все то, что присутствует или происходит в сознании больного. Именно они являются начальным и конечным пунктом психопатологического анализа и определяющим звеном в поведении человека. Больной страдает не от галлюцинаций самих по себе (при некоторых случаях вербального галлюциноза больные внешне сохраняют спокойствие и способность к работе и беседе), не от амнезии, конфабуляций и т.д., а от переживаемых страха, тоски, растерянности.

Сложность психиатрического исследования обусловлена еще и тем, что внутренние аспекты переживания (их содержания) не даны в прямом наблюдении и о них мы можем судить только по поступкам, высказываниям, соматическому сопровождению и экспрессивным проявлениям.

Действенный компонент переживаний дан в поступках. Именно поступки являются объективным элементом психической жизни и зачастую их нелепость, странность, выпадение из контекста прошлого бытия человека позволяют заподозрить психическое расстройство. Высказывания, в свою очередь, представляют содержательный компонент. Например, такие выражения, как «Со мною происходит что-то непонятное» или «Я, кажется, схожу с ума» говорят нам о растерянности или о других реакциях на внезапное начало психоза.

Соматическое сопровождение психических расстройств многообразно. Сюда относятся расстройства деятельности желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, вазомоторные расстройства и т.д.

Экспрессивный компонент выражается в мимике (радостное, скорбное или безучастное выражение лица) или в непреодолимой тяге к движениям при мании или тревоге.

Наше знание об отдельных поступках, высказываниях, соматических сдвигах, экспрессивных проявлениях еще не позволит дать ответ на вопрос — здоров или психически болен пациент. Среди множества проявлений обнаруживаются такие, которые, обладая принудительностью и постоянством, деформируют психическую жизнь человека и определяют ход его мыслей и действий. В том случае, когда эти проявления повторяются и идентифицируются как у одного, так и у многих больных, они обозначаются как симптомы.

ПОНЯТИЕ О СИМПТОМАХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Симптомы, как необходимые опорные вехи для построения психиатрического диагноза, подразделяются на субъективные и объективные; гомономные и гетерономные; первичные и вторичные; позитивные и негативные.

К **субъективным** относятся те из них, которые отражают нарушение самосознания, т. е. тех взаимоотношений, которые связывают сознание «Я» с осознанием объекта (предметным сознанием). Они касаются внутренней картины психической жизни и их выявление зависит от «психологического суждения» больного, от того, насколько достоверно он выступает в роли наблюдателя своей психики.

С заявлением больного о наличии галлюцинаций мы не можем ни согласиться, ни опровергнуть. Нам не дано осуществлять магнитофонную запись «комментирующих голосов» или обнаруживать галлюцинаторные образы на сетчатке. Но, только в результате сопоставления свойств, переживаемого данным больным феномена с тем, что наблюдалось у других наших больных или с описанными в литературе случаями, мы в состоянии сделать соответствующий вывод.

Объективные симптомы касаются внешних проявлений психики и к ним в первую очередь относятся те, которые отражают

нарушения тех или иных способностей: памяти, внимания, речи и т.д.

Разделение симптомов на субъективные и объективные весьма условно. Симптомы, которые феноменология относит к субъективным — обманы восприятия, бредовые переживания, деперсонализация и дереализация — имеют и объективное выражение (например, при галлюцинациях взгляд устремлен в одну точку, больные к чему-то прислушиваются). Но объективные симптомы (амнезии, афазии, апраксии и т.д.) даны как бы снаружи и поддаются регистрации без проникновения во внутренние переживания пациента.

К гомономным симптомам относятся такие, которые имеют место и в непатологической психической жизни, а патологическими они становятся тогда, когда достаточно велика степень их выраженности и протяженность во времени. Не является патологической даже сильная тревога матери за ребенка, задержавшегося в компании сверстников, если эта тревога проходит после его возвращения. И, напротив, она несет черты болезненности, если ничем обычным не мотивирована и длится днями и неделями.

Гетерономные симптомы не имеют аналогов в нормальных психических проявлениях и не зависят от личности больного.

Симптомы также бывают первичными и вторичными. Первичность симптомов понимается в двух аспектах: то, что непосредственно дано нашему пониманию, как некая последняя нередуцируемая инстанция, аналогичная понятию частицы в физике, и то, что непосредственно обусловлено болезненным процессом. С этой точки зрения обманы восприятия — первичные симптомы, а выступающие на их основе бредовые идеи — вторичные.

Для понимания глубины патологического процесса важным является подразделение симптомов на негативные, т. е. отражающие дефицит, выпадение психических функций и позитивные, характеризующие явления «раздражения» при прогрессирующих заболеваниях. Примером первых являются обеднение речи, аф-

фекта, ангедония, вторых — бред, галлюцинации. Выявление симптомов и их принадлежности к той или иной группе помогает переходу к следующему диагностическому этапу — синдромологическому анализу психического состояния.

СИНДРОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Определение симптомов необходимо, но недостаточно для получения картины психического расстройства. В структуре психического расстройства отдельные симптомы выступают в определенных сочетаниях. Те из них, которые объединены в группы определенными внутренними взаимосвязями, носят название синдромов.

Не следует ожидать, что в каждом отдельно взятом случае можно будет обнаружить заранее заданные жесткие группы. В реальной практике чаще можно встретить ситуации, когда в пределах одного случая одни симптомы выступают в сочетании, другие — по отдельности; или из-за остроты картины позитивная симптоматика затушевывает негативную.

Развитое клиническое мышление определяет синдромы путем «схватывания» признака, лежащего в основе группировки. Так, переживание «сделанного», «воздействующего извне» объединяет в единое целое симптомы вкладывания, отнятия, открытости мыслей, псевдогаллюцинации, бред преследования и воздействия (синдром Кандинского—Клерамбо).

Для неврастенических синдромов таким признаком является дихотомия «сверхвозбудимость — слабость». Признаки снижения и повышения настроения формируют аффективные синдромы. Формирующими признаками бредовых синдромов являются патологическое переозначивание реальных событий, установление отношений без всякого повода, генерализация множества ничем не связанных между собою событий как имеющих непосредственное отношение к больному.

В основе кататонических синдромов лежат непонятные, ничем не мотивированные аномальные двигательные нарушения — от двигательного возбуждения до ступора.

Помрачение сознания в виде нарушения ориентировки в месте, времени и собственной личности формируют делириозный, онейроидный, аментивный и сумеречного состояния синдромы. Переживания изменения «я», «внешнего мира» имеет место и при деперсонализационно- дереализационном синдроме, но при нем личность отчуждает себя от болезненных переживаний и сохраняет убежденность в сохранности реального «я» и реального внешнего мира; формирующим фактором здесь, по-видимому, является болезненное искажение самооценки.

И, наконец, в основе изменения личности и познавательной способности при психоорганическом синдроме лежит ригидность, т.е. недостаточная подвижность психических процессов, нарушение переключаемое мышления, инертность установок, нарушение абстрагирования.

Так же как и симптомы, в пределах одной клинической картины или в длиннике, синдромы вступают между собой в определенную взаимосвязь. По О.В. Кербикову, во взаимном родстве (синтропия) сосуществуют следующие группы синдромов:

- 1) амнестический — синдром слабоумия — аментивный;
- 2) аментивный — амнестический — неврастенический — синдром оглушенности — делириозный;
- 3) делириозный — аментивный — синдром галлюциноза.

По признаку антагонизма (дистропия) установлено, что амнестическому синдрому чуждо сочетание с галлюцинозом, кататоническим, гебефренным, параноидным, парафренным, истерическим; аментивный никогда не сочетается с гебефренным и истерическим. Сопоставляя общепатологические состояния и нозологические группы болезней, А.В. Снежневский выявил возможность градации тяжести расстройств психической деятельности, общей для всех болезней. Так, по степени нарастания тяжести им было выделено 9 кругов для продуктивных (позитивных) синдромов:

- 1) эмоционально-гиперестетические, астенические расстройства;
- 2) аффективные;
- 3) невротические (навязчивости, истерические, деперсонализационно-дереализационные, сенестопатические-ипохондрические);
- 4) паранойяльные синдромы и синдром вербального галлюциноза;
- 5) галлюцинаторно-параноидный синдром (синдром Кандинского—Клерамбо), парафренические, кататонические, онейроидные;
- 6) помрачения сознания (делирий, аменция, сумеречное состояние);
- 7) парамнезии;
- 8) судорожные;
- 9) психоорганические.

При этом более простые синдромы, например, астенические, видоизменяясь, включаются в структуру более сложных — например, аффективных, невротических, органических. По такому же принципу А.В. Снежневский выделил негативные расстройства:

- 1) истощаемость психической деятельности;
- 2) субъективно осознаваемая измененность;
- 3) объективно определяемые изменения личности;
- 4) дисгармония личности;
- 5) снижение энергетического потенциала;
- 6) снижение уровня личности;
- 7) регресс личности;
- 8) амнестические расстройства;
- 9) тотальное слабоумие;
- 10) психический маразм.

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ СИМПТОМОВ И СИНДРОМОВ

Психопатологические проявления, выступающие в виде симптомов и синдромов, рассматриваются как во времени, так и во взаимосвязи с психической жизнью. То патологическое видоиз-

менение психической жизни, которое как бы ни долго оно продолжалось, в идеале заканчивается возвратом к исходному ее состоянию — называется фазой.

Фазы, длящиеся от нескольких секунд до нескольких дней — называются припадками или приступами; от двух недель до нескольких месяцев — эпизодами.

Чередование фаз с аналогичной или несхожей, но объединенной единой основой симптоматикой во времени, называется периодом.

Психопатологическая динамика, которая, несмотря ни на какие изменения в отрицательную или положительную сторону не приводит к исходному, доблезненному состоянию психической жизни, а, напротив, к стойкому дефицитарному ее качеству обозначается как процесс.

Промежуточным понятием между фазой и процессом является шуб, который, имея форму приступа, приводит психическую жизнь не к исходному доблезненному состоянию, а к дальнейшему углублению психопатологических изменений.

При прогрессивном патологическом процессе происходит усложнение позитивных и негативных психопатологических синдромов. Это усложнение происходит в виде замены «малых» синдромов с ограниченным кругом проявлений (астения, мания, бред малого размаха — например, бред ущерба) на «большие», характеризующиеся сочетанием расстройств разного уровня, например, аффективных и бредовых. Усложнение клинической картины наиболее ярко прослеживается при формировании шизоаффективного психоза. В отличие от маниакально-депрессивного, проявляющегося сменой однородных маниакальной и депрессивной фаз, развернутый шизоаффективный приступ состоит из аффективных расстройств, грезоподобного и фантастического бреда, онейроидно-кататонических включений.

Обратный порядок в виде упрощения синдромов наблюдается при регрессивном ходе процесса. Стационарное состояние

характеризуется относительно длительным существованием синдромов без существенных изменений их структуры.

Особенностью клинической структуры ремиссий является полиморфизм психопатологических проявлений: жесты, гримасы, позы, выражавшие когда-то сильные эмоциональные переживания, превращаются в бессмысленную манерность. Идеи величия сосуществуют с депримированностью, гипоманиакальность с сенестопатическими расстройствами, дезорганизация речи с относительно упорядоченным и целеустремленным поведением.

Важным при синдромологическом анализе является выделение ведущего синдрома, который определяет наиболее яркие переживания, существенно видоизменяет содержание психической жизни и определяет поведение. Наряду с ведущим, в клинической картине могут наблюдаться отдельные симптомы и симптомокомплексы, значение которых будет возрастать по мере послабления интенсивности ведущего синдрома. Так, депрессивная симптоматика, первоначально затушеванная проявлениями параноидного синдрома, может в дальнейшем приобрести ведущее значение и, будучи просмотренной, привести к самоубийству.

Таким образом, при синдромологическом анализе статика определяет динамику, а динамика — статику.

СУБЪЕКТИВНОЕ ПОНИМАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА И ПРОБЛЕМА ИНСАЙТА

Касаясь вопросов психиатрической диагностики, С.С. Корсаков писал: «Само собою разумеется, что исследование душевнобольного, как и всякого другого больного, должно быть по возможности полным и объективным. Но тут мы часто встречаемся с трудностью, с которой редко приходится сталкиваться у взрослых соматических больных, именно с неосознаванием больным своего положения и нежеланием подвергнуться исследованию».

Критика своего состояния (осознание психического заболевания, инсайт) является многомерным, недостаточно изученным психопатологическим феноменом, имеющим значительную мощь в предсказании долгосрочного течения хронических психических заболеваний и терапевтической успешности.

По отношению к своему психическому расстройству больной может иметь следующие установки:

1. Полное отрицание своего заболевания характерно для больных с бредом преследования, ущерба.

Например, больная трактует факт госпитализации как действия организованной мафии, направленные на лишение семьи жилплощади. Врачи, медперсонал — агенты мафии — постоянно переговариваются об этом и всячески тормозят выписку. Заявляет, что психиатр-консультант (которого она видит впервые) является мужем одной из сотрудниц клиники и прислан для координации действий недоброжелателей. Высказывания носят характер твердого убеждения без подкрепления какими-либо доказательствами.

2. Неполное осознание своей болезни

При неполном осознании болезни признание факта симптома сочетается с отрицанием психического заболевания. Признаки психических расстройств объясняются больными «понятными» психологическими причинами (неприятности на работе, в семье, и т.д.); внешними воздействиями (рентгеновские лучи, «психотронное» оружие, инопланетяне).

3. Амбивалентность, т.е. одновременное сосуществование противоположных тенденций в оценке своего заболевания.

В период дезактуализации острой бредовой симптоматики больные формально признают ошибочность ранее высказываемых суждений. Иногда они открыто говорят, что в результате «стресса» или соматической болезни у них действительно было что-то не в порядке с психикой, но теперь «все в порядке». Однако, затем оказывается, что некоторые элементы бредовой фабулы не потеряли своей значимости. Например, одна из наших больных при поступлении в клинику переживала страх, подозрительность, высказывала суждения о том, что для лишения ее семьи

жилплощади соседями организован специальный «кооператив», просила следить за медсестрами, так как незаметно пробравшиеся преследователи могут заменить назначенные препараты на яд. Спустя месяц больная уверяла, что прежних мыслей и переживаний у нее нет, что она «сама себя накрутила», узнав из прессы о множестве квартирных афер с гибелью людей. Затем, в телефонном разговоре с мужем, долго выясняла, как идет затеянный ею ранее для освобождения от притязаний соседей обмен квартиры, волновалась, что она не дома, а в больнице высказывала опасения, что квартирный маклер «ведет нечестную игру» и т.д.

4. Частично адекватная самооценка

Признание факта своего заболевания и полное осознание прошлых переживаний, как болезненных, сочетаются с неспособностью проявить эту самооценку как средство против патологических проявлений в будущем. Такая картина имеет место у больных алкоголизмом, перенесших алкогольный делирий. Некоторые из них с юмором рассказывают, что «допились до чертиков», правильно расценивают перенесенный психоз как результат алкогольного воздействия, но отличаются слабой установкой на отказ от алкоголя.

5. Адекватная самооценка, т. е. полное осознание своих переживаний как проявлений психического расстройства и возможность самоконтроля для профилактики психических нарушений в будущем.

Итак, выявление симптомов и синдромов психических расстройств, их место в контексте психической жизни и степень их осознания реализуется специальными методами психиатрического обследования, главным из которых является расспрос.

МЕТОДЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

МЕТОДЫ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Расспрос больного по своей сути — клинический диалог между двумя партнерами — больным и врачом. Психологиче-

ски каждый участник диалога в каждый данный момент либо слушает партнера, либо говорит сам. На первый взгляд, эти процессы разъединены т.е. говорение заведомо активно, а понимание — пассивно. Но в реальном речевом общении слушающий, воспринимая и понимая языковое значение речи партнера соглашается или не соглашается с собеседником, мысленно дополняет или поправляет его, соглашается или не соглашается, готовится к ответу. И эта ответная позиция слушающего формируется на протяжении всего процесса слушания и понимания с самого его начала, иногда с первого слова говорящего.

«Всякое понимание живой речи, живого высказывания носит активно ответный характер (хотя степень этой активности бывает весьма различной); всякое понимание чревато ответом и в той или иной форме обязательно его порождает: слушающий становится говорящим».

Наличие взаимосвязи говорения и понимания особенно четко прослеживается при ее нарушении в патологических условиях. Выявление психопатологических феноменов в этих условиях достигается искусством ведения клинической беседы, одним из непревзойденных мастеров которого был В.А. Гиляровский.

Ниже приводится пример из его клинической лекции.

«Больная — студентка 27 лет. У тетки — шизофрения. Хорошо училась, окончила 7 классов, затем — педагогические курсы. Поступила в педагогический институт. В 26 лет перенесла малярию, затем брюшной тиф. По миновании лихорадки испытывала боязливость, недоверчивость к больничному персоналу, отказывалась от еды, говорила, что с ней что-то хотят сделать, ела только то, что приносили родные. Была выписана из соматического стационара, помещена в санаторий, где ей стало хуже, слышала голоса в голове, под их влиянием бросилась в пруд, заявляла, что ее хотят арестовать, куда-то ведут, казалось, что читают ее мысли, следят за ее поступками.

— Вы считаете себя больной?

-
- Нет.
- А почему Вас сюда поместили в клинику?
- Вы меня приняли.
- Для чего же мы это сделали? Для того чтобы лечить или с какими-нибудь другими целями?
- Нет, я не думаю, чтобы у вас были другие цели.
- Ну, конечно. Помните, Вы были нездоровы — малярия и тяжелый тиф. После этого развились нервные явления, от которых нужно лечиться.
- Видите ли, я себя чувствую здоровой.
- Но головные боли бывают, тоска бывает, бывает такое состояние, когда Вы себя плохо чувствуете, повторяете: «Так нельзя, так нельзя»?
- Очень, очень. Большая тоска, нежелание ...
- Жить?
- Вы предупредили меня. Потом у меня очень тяжелая обстановка в настоящее время.
- Бойтесь, что с Вами что-то сделают?
- Нет, я не боюсь, что что-нибудь сделают, а тяжело так оставаться.
- Но Вы говорили, что кто-то другой руководит Вашими поступками, какая-то сила заставляет Вас делать то, что Вы не хотите. Так бывает?
- Да, бывает.
- Почему Вы думаете, что какая-то сила руководит Вами? Вы чувствуете какие-то особые ощущения боли?
- Нет, ничего.
- В больнице Вы отказывались от еды, думали, что Вас хотят отравить, кушали только то, что родные Вам приносили?
- Я просто не думала ни о чем.
- Была боязнь, что Вас арестуют?
- Это был такой тяжелый период. Нет, не только ареста, но было очень тяжело, невыносимо, все время угрожающие явления жизни. Я слышала, что меня могут куда-нибудь увести и убить. Расстрел, вообще много тяжелого было, много нехорошего.
- Вы слышали голоса, которые Вам это говорили?

– Все время это слышала. Потом это настолько хорошо и широко всем известно; посмотрите в истории болезни».

В рассматриваемом случае сразу обнаруживается отсутствие критики больной к своему заболеванию, подозрительность, недоверчивость. На этом фоне путем искусного варьирования вопросов удалось получить сведения как о текущих переживаниях («большая тоска», «тяжело так оставаться», «нежелание жить», и т. д.), так и об имевших место ранее ощущениях воздействия, идеях преследования, галлюцинаторных голосах. Обращает на себя внимание влияние контекста времени (конец 30-х гг. XX века) на содержание переживаний («угрожающие явления жизни», «могут куда-то увести и убить», «расстрел»).

Таким образом, взаимосвязь и взаимообусловленность вопросов врача и ответов больного в процессе клинического диалога делает весьма сомнительной стандартизацию психиатрической техники. Обследование в диагностических целях с помощью опросников-тестов с заранее сформулированными вопросами — не позволяет задавать их в зависимости от ответов больного, что существенно препятствует выявлению клинических симптомов, особенно если больной находится в состоянии психоза.

Своеобразие участников клинического диалога заключается в том, что больной, имея субъективный опыт психопатологических переживаний то ли в силу аффективного фона, то ли в связи с недостаточной языковой компетенцией ограничен возможностями их толкования. Врач же при ограниченности понимания этих переживаний располагает опытом идентификации речевых высказываний, свойственным различным психопатологическим состояниям. Так, выражения типа: «Меня об этом расспрашивали», «Я устал говорить на эту тему», «В истории все написано» с определенной долей вероятности интерпретируются как признаки персекуторного бреда.

Длительные паузы с односложными ответами типа «Да», «Нет» характерны для больных с депрессивными состояниями. Использование сравнительных союзов «как», «как будто», «словно», «точно», «подобно тому как» используются больными с деперсо-

нализационными расстройствами. Например, характеризуя свое состояние, больной заявляет: «Чувствую, как будто действительность отошла от меня».

Какой-либо единой схемы расспроса не может быть в принципе. Он может быть сравним со съемками фильма, где сценарий хотя и намечен, но эпизоды снимаются непоследовательно, по нескольку раз, а затем, после просмотра, производится отбор и монтаж материала и создается цельное произведение. Все же на основании коллективного опыта многих психиатрических школ удается систематизировать некоторые правила клинической беседы, которые сводятся к следующему.

1. Оценка текущего (мгновенного) психического состояния.

Технология расспроса зависит от состояния сознания больного, от его способности концентрировать внимание, возможностей самонаблюдения. В некоторых острых состояниях понимание больным вопросов врача вообще отсутствует, поэтому ведение клинической беседы предполагает умение адаптироваться к каждому конкретному случаю.

2. Учет личности больного и его языковой компетенции.

Набор вопросов и понимание ответов во многом зависит от того, что представляет собой личность больного. Подготовленный психиатр должен знать особенности речи различных слоев общества, присущие людям разных культур. Адаптируясь к больному, он использует в одних случаях более шаблонные, в других — более гибкие, пластичные, творческие формы общения. Невозможно беседовать с наркозависимыми, не зная основных понятий, относящихся к их жаргону. Но в то же время врач всегда должен быть естественен, не переходить к фамильярному или ироничному общению, тонко улавливать возможный протест больного. В любом случае врач должен говорить меньше больного, его вопросы должны быть по возможности простыми и содержать одну мысль. Предпочтительнее задавать вопросы более общего характера, нежели суггестивные, т.е. такие, которые не требуют раздумий и предполагают ответ типа: «да — нет».

В нашей клинике обычно начинают беседу с наиболее простых вопросов, касающихся анкетных данных больного, затем выясняют, каким образом он попал в клинику или, что привело его к психиатру, обсуждаются основные проблемы больного (семейные, финансовые, вопросы занятости и т.д.). Любая подробность, которая больному кажется несущественной и упоминается им между прочим, может стать исходным пунктом для более детальных расспросов. Каждый раз, когда в ответах больного появляется намек на позитивную симптоматику, ее выявление стимулируется уже целенаправленными вопросами: «По каким признакам Вы поняли, что к Вам изменилось отношение на работе» и т.д. Суггестивные вопросы типа: «Не слышали ли Вы когда-нибудь голоса в голове?» задаются, но лишь в тех случаях, когда все другие способы получить сведения об обманах слуха исчерпаны.

3. Ролевая позиция врача.

Спокойствие и терпение являются теми качествами, которые определяют успешность клинической беседы. Всем своим обликом психиатр должен дать понять больному, что он его понимает, верит, сочувствует и на данном этапе жизни больного является единственным человеком, который может помочь. Врач не может, не имеет права, осуждать или проявлять эмоциональную неприязнь даже к тем пациентам, которые совершили насильственные действия. Следует учитывать, что некоторые больные весьма чувствительны даже к экспрессивному поведению психиатра во время расспроса и зачастую только по этим признакам, уловив ироническое отношение к бредовому переживанию, начинают испытывать к врачу недоверие и неприязнь.

Особенно недопустимо, идя на поводу у родственников, являться к больному под видом их приятеля или лица иной профессии. Как отмечал С.С. Корсаков: «Я должен решительно высказаться против такого приема. Соглашаясь на него, врач прежде всего лишает возможности произвести правильное медицинское исследование. Он не может, будучи, например, в роли адвоката, ни задавать тех вопросов, которые свободно задает врач, ни исследовать физическую сторону больного».

Все правила, перечисленные выше, применимы и к расспросу близких больного.

Особой информативностью отличается письменное изложение больным своих психотических переживаний, разумеется, по выходу больного из острого состояния.

РАСПРОС ОКРУЖАЮЩИХ

Традиционно сведения, полученные от окружающих больного, обозначаются как «объективный анамнез». К сожалению, как сведения, полученные от больного, так и сведения, полученные от других лиц, нельзя считать до конца достоверными. На достоверность сведений влияет установка окружающих по отношению к больному, их собственные представления о психических расстройствах, наличие у близких родственников психогений, обусловленных совместным проживанием с пациентом.

Иногда настойчивое стремление родственников госпитализировать больного пожилого возраста и устроить его в интернат связано не столько с обострением психического состояния, сколько с потребностью решить свои материально-бытовые проблемы. Вместе с тем, при всякого рода сомнениях достоверность устанавливается путем сопоставления сведений, полученных из разных источников. Внимательно слушая родственников и давая им выговориться, врач должен направлять беседу таким образом, чтобы услышать конкретные факты, а не личные мнения, суждения, оценки. Расспрос родственников обычно начинают с подробнейшего выяснения повода к госпитализации или амбулаторного обследования.

Задачей врача является выяснить, какие поступки, высказывания больного натолкнули окружающих на мысль обратиться за помощью к психиатру. Особенно важно подробно разузнать о начале болезни: что изменилось в отношении к близким, в поведении, в высказываниях; как он ел, спал и какие факты психической жизни особенно насторожили родственников. В дальнейшем уточняется анамнез. Некоторые авторы рекомендуют беседовать с родственниками только после знакомства с больным, информировать больного о необходи-

мости поговорить с членами семьи и заручиться его согласием и никогда не обманывать больного — ни прямо, ни косвенно. Особенно это важно в работе с больными подростками, которые видят во враче «карательного» агента родителей. Разумеется, эти рекомендации невыполнимы, если больной находится в остром психотическом состоянии и представляет опасность для себя или окружающих. Действующее психиатрическое законодательство предусматривает для больных в возрасте до 15 лет и для лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, защиту их прав и интересов законными представителями — родителями, усыновителями, опекунами, руководителями детских социальных учреждений. Все эти лица, как и дееспособные больные, имеют право на получение в доступной форме информации о характере психических расстройств и методах лечения.

ИЗУЧЕНИЕ ДОКУМЕНТОВ

Достоверность фактов психической жизни обеспечивается также изучением объективной и субъективной документации.

К первой относятся истории болезни предыдущих госпитализаций, диспансерные, амбулаторные карты, материалы гражданских и уголовных дел в судебно-экспертной практике и т.д.

Ко второй — собственные рукописные произведения больных: «научные» труды, жалобы и заявления, литературное творчество, рисунки. Изучение предыдущих историй болезни обычно начинают с медицинских сведений. В правильно составленном эпикризе в сжатой форме даны все этапы болезни. Вместе с тем, конкретное описание психических состояний в них нередко подменяется психиатрической терминологией, например: «Впервые поступил в связи с галлюцинациями, бредом преследования, речевой разорванностью и т.д.». В таких случаях история болезни просматривается целиком и основное внимание обращается на конкретное описание поведения больного перед госпитализацией и на изменения психического состояния в результате проведенного лечения. При проведении психиатрических экспертиз (медико-социальной, военной) важное значение имеют служеб-

ные характеристики. В большинстве случаев эти характеристики либо носят формальный характер, либо содержат сугубо оценочные утверждения.

По возможности следует налаживать контакты с администрацией учреждений, где работает больной и нацеливать авторов характеристик на изложение конкретных фактов поведения больного и его трудовой деятельности. При изучении судебных-уголовных и гражданских дел рекомендуется ознакомиться с их содержанием и пролистать полностью. Делается это для того, чтобы даже самый краткий медицинский документ не остался незамеченным. Затем, полезно отметить закладками те материалы, которым и эксперт намерен пользоваться при составлении акта.

В связи с тем, что процессуальное законодательство запрещает самому эксперту собирать материалы по делу, эксперт может обсудить с дознавателем или следователем возможность получения от свидетелей и потерпевших сведений, характеризующих психическое состояние подэкспертного в криминальной ситуации. Особое значение имеют материалы, собственноручно написанные больным. Несмотря на то, что признаков, бесспорно идентифицирующих текст как патологический, не существует, его сопоставление с клинической картиной помогает уточнить диагноз.

Приводим пример заявления в суд пациентки, поступившей на лечение в нашу клинику.

«В Федеральный районный суд Красногвардейского района Санкт-Петербурга от Н. заявление. Прошу возбудить уголовное дело против жильцов моего дома, квартир, прилегающих к моей, особенно квартиры 151. Прошу установить, кто в ней проживал, начиная с 1982 года. Им поручили слежку за мной и преследование после переезда из Невского района, где началось мое преследование после получения положительного решения по заявке на авторское свидетельство. Издательства были организованы специально для того, чтобы вызвать слышимость из головы, после чего началось массовое уничтожение. Заскандировали пылесосы и холодильники, дома и целые микрорайоны. Это было уничтожение за счет электросети.

С этим научились бороться с помощью изменения режимов эксплуатации, и пошло тихое уничтожение. Квартира, в которой я живу в настоящее время, была построена специально (по поводу квартиры возбуждено три гражданских дела), и моя семья переехала в нее под видом обмена.

Пока были живы родители, шло тихое уничтожение, а при прогулках по парку — очень громкое. После смерти моей матери началась открытая травля. Издевались словесно и действием, брали замки, перекладывали вещи, портили продукты, когда я стала перевязывать замки, стали приходиться через лоджию. На меня находил столбняк от непонимания происходящего. За это время уничтожающий шум усилился, шла и идет трансляция всего происходящего в моей квартире. Я заметила, что шум слабеет, когда включено радио, и перестала его включать. Впоследствии ночное уничтожение я глушила приемником, пока его не вывели из строя.

Пока я была в больнице, поселились в моей квартире, обворовали, испортили аппаратуру и поставили свой замок, о чем мною было написано заявление в милицию. Кражу и установление замка взяли на себя родственники, но я дело не прекратила. Уголовный суд направил в прокуратуру, где посоветовали обратиться в гражданский суд. Здесь пришлось дело разбить на несколько, поскольку разные ответчики, пока ждала первый суд, а с 1 января началось огушительное уничтожение путем скандирования. Скандировали над моей квартирой, а слышно было по всему району. Радио уже не помогало. 25 января я попала в больницу с переломом бедра, вернулась 5 мая. На испорченную аппаратуру смотреть не могла и стала выносить ее в другую комнату, а потом разбирать. Оказалось, что моя уничтоженная аппаратура была превращена в скандирующую и передающую.

Я разобрала два громкоговорителя, два приемника, электрофон, после чего уничтожение стало тише. Телевизор был превращен в ускоритель, экран светился даже в выключенном состоянии, разобрала и телевизор. После этого я стала выбрасывать из квартиры все мелкие пластмассовые и пластиковые предметы. Принесла в милицию — у входа вооруженная охрана. Как

я поняла, таким способом уничтожали детей, которые были посажены на прослушивание и слышали происходящее в квартире, в том числе и издевательства. Когда я ехала их больницы к родственникам и пока была у них, я слышала, как аналогичным образом уничтожают мою родственницу. Во время путешествия по Волге в 1989 году я слышала подобное уничтожение в г. Горьком»

Приведенный текст по стилю, по лексике, по синтаксическому построению является характерным для лиц с бредом преследования, с переживаниями параноидного круга. Здесь нет и намека на осознание психического расстройства, имеются прямые указания на наличие у больной обманов восприятия и обусловленного ими бреда преследования.

ОЦЕНКА ЭКСПРЕССИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ

Экспрессивными проявлениями называются выразительные средства невербальной коммуникации (мимика, голосовые модуляции, жесты, движения и т.д.). Они, с одной стороны объективны, так как доступны чувственному восприятию наблюдателя, с другой — субъективны, поскольку не поддаются однозначному толкованию и пониманию. Например, угрюмое выражение лица со сдвинутыми бровями и характерными вертикальными морщинами над переносицей, с опущенными углами рта и несколько оттопыренной нижней губой всегда оценивается как признак депрессии. Связь же между страхом и расширением зрачков не столь определена. Расширенные зрачки мы наблюдаем и при тонической фазе эпилептического припадка, и при воздействии атропина.

Очень важно при оценке экспрессивных проявлений знать, какие лекарства принимает больной и каковы их побочные действия. Так, при шизофрении такие повторяющиеся движения, как тики, тремор, движения языка в виде посасывания, усиления машущих движений рук при ходьбе, скорее объясняются нейролептическими осложнениями, чем шизофреническим процессом.

В то же время извращение мимических проявлений, их несоответствие переживаемой ситуации (парамимии) легче объяснить психическим заболеванием.

Таким образом, смысл экспрессивных проявлений лучше всего распознается в сочетании с другими признаками психического расстройства. Как и другие факты психической жизни, их следует описывать предельно конкретно. Например: «Больная 33 лет, без связи с предыдущей темой рассказала, что видела на улице котенка, расстроилась, решила, что его бросили хозяева, расплакалась. В то же время при обсуждении вопроса о болезни дочери на лице появилась улыбка».

Факты, полученные методами изучения психически больных, представляются в виде анамнеза и статуса.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ И БОЛЕЗНИ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Полное распознавание психического расстройства не может быть ограничено только констатацией симптомов и синдромов. Они распознаются и изучаются во взаимоотношениях с фактами психической жизни. К примеру, диагностический смысл нарушений внимания и памяти различен у больного, перенесшего инсульт в зрелом возрасте, и у человека с психическим недоразвитием. Поэтому важнейшим этапом психиатрического обследования является сбор биографического материала. В отличие от соматического заболевания, где систолический шум одинаково прослушивается у слепого и у зрячего, у безграмотного и у ученого — на содержание, выражение и оценку психиатрического симптома накладывают отпечаток образовательные, культуральные, религиозные, социальные, исторические факторы.

Анамнез жизни и болезни у лиц с психическими расстройствами или медицинская биография — это особым образом систематизированное жизнеописание, в котором должны быть отражены следующие аспекты:

- индивидуальные особенности больного и его окружения как прогностические факторы тех или иных психических расстройств;
- в случае процессуального заболевания — роль вторгшихся в относительно нормальную психическую жизнь патологических проявлений, видоизменивших ее протекание;
- в случае врожденных психических аномалий — их воздействие на нарушение адаптации в социальной среде;
- эффект реабилитационных мероприятий на психопатологическую симптоматику в течение времени.

Ни один из психобиологических факторов истории индивида не имеет прямого каузального значения. Однако без их учета и оценки невозможна диагностическая ориентация. Этими факторами являются наследственность, семейное окружение, социальная культура, психическое развитие, образование, особенности преморбидной личности, социальная адаптация, экзогенные вредности, динамика (патокинез) психического расстройства.

Наследственность имеет наибольшую ценность при диагностике наследственно обусловленных синдромов. Ионизирующая радиация, тяжелые инфекции и интоксикации, эндокринные нарушения, воздействия химиопрепаратов нередко ведут к возникновению хромосомных aberrаций и рождению детей с тяжелыми формами умственной отсталости. Что касается собственно психических заболеваний (шизофрения, биполярное аффективное расстройство, генуинная эпилепсия), то здесь жестких закономерностей наследования не обнаружилось — зачастую у здоровых родителей рождаются душевнобольные дети, а у душевнобольных — здоровые. В связи с принципиальными трудностями генетических исследований у человека (низкая скорость смены поколений, малочисленное потомство, и т.д.) их результаты противоречивы.

Все же многие исследователи сходятся на том, что вероятность заболевания у сына или дочери больного шизофренией составляет 5–6%. Сестры и братья пациента с этим диагнозом заболевают в 10% случаев. При изучении наследственности выясняются

следующие вопросы: не страдали ли родственники психическими заболеваниями, алкоголизмом и наркоманиями, особенности характера ближайших родственников (отзывчивый, черствый, спокойный, раздражительный и т.д.), не отмечались ли в семье случаи самоубийств.

Семейный фактор. Понимание и квалификация антиобщественных поступков, характеризующихся агрессией, вандализмом и т.д., как патологических, зависит от того, насколько нами изучены условия воспитания, взаимоотношения в семье, успеваемость в школе и т.д.

Одно дело, если эти поступки определяют поведение подростка, родившегося в асоциальной семье, получившего воспитание по типу безнадзорности и отвержения, не получившего поддержку учителей, усвоившего стиль поведения дурной дворовой компании. Совсем другое дело, если сходный по рисунку деликт совершил благополучный подросток, никогда ранее ни чего подобного не совершавший.

При сборе семейного анамнеза вначале изучается семья, в которой воспитывался больной, при этом уточняется состав семьи, семейно-бытовые условия, отношения между членами семьи, особенности воспитания (отвержение, гипоопека, перфекционизм, гипопротекция, гиперопека), отношения между братьями и сестрами. При создании своей семьи выясняется возраст больного при вступлении в брак, причины разводов, для женщин — количество беременностей, их течение, осложнения, послеродовой период, количество детей, количество аборт.

Культуральный фактор. При высказывании индивидом необычных идей и представлений следует сопоставить их с нормами, принятыми в его социальном окружении. Например, магическое мышление, высказывания о «порче», «колдовстве», «сглазе» могут и не иметь ничего общего с психопатологией, если такого рода представления приняты в социальной культуре больного и не сопровождаются другой патологической симптоматикой.

При сборе анамнеза выясняются **религиозные воззрения** в семье, отношения к традиционным религиям, сектам, верования

в чудодейственные возможности экстрасенсов, колдунов, существование инопланетян, летающих тарелок и т.д.

Развитие и образование. Учет этих факторов особенно важен для понимания объективной симптоматики проявления способностей. Схожие когнитивные нарушения, к примеру, бедный словарный запас, могут проявляться, как вследствие задержанного развития психики, обусловленного внутриутробным органическим поражением головного мозга, так и в связи с педагогической запущенностью. Их роль может проявляться и в том, что при одной и той же глубине поражения головного мозга проявления когнитивного дефекта грубее у пациентов с более низким общеобразовательным уровнем. Эти же факторы существенно влияют на возможность вербального выражения болезненных переживаний при эндо генных психозах. В одних случаях одаренные в интеллектуальном отношении больные дают чрезвычайно ценные, подробные описания, уточняющие диагностику, в других — напротив — пациенты, имевшие до болезни гуманитарный (филологический, философский, психологический) опыт, подменяют реальное описание переживаний их метафизической интерпретацией.

При изучении развития и образования собираются следующие сведения: возраст родителей к моменту рождения больного, их соматическое здоровье, особенности беременности и родов, признаки дефекта или травм мы при рождении. Младенческий период: сроки естественного и искусственного вскармливания, когда ребенок начал держать головку, сидеть, произносить первые слоги и слова, говорить фразами, обучаться навыкам опрятности; в каком возрасте произошел переход от манипулятивной игры к ролевой; с какого возраста начал посещать детские дошкольные учреждения, успешность в занятиях (рисование, складывание кубиков и разрезных картинок, заучивание стихов, овладение речью, навыка ми письма, чтения, счета).

Школьное обучение: в каком возрасте начал учиться в школе, школьная успешность, к чему обнаруживал способности, интересы и увлечения, дублирование классов и по какой причине,

особенности послешкольного обучения (ПТУ, техникум, колледж, вуз, аспирантура и т.д.), успешность профессиональной деятельности.

Пол и половое развитие. Фактор пола при психических расстройствах затрагивает три аспекта.

1-й аспект касается преобладания различных симптомов, синдромов, нозологических единиц у того или иного пола. Установлено, что у мужчин чаще встречаются симптомы: бред ревности, изобретательства, реформаторства; синдромы: гебоидный, псевдопаралитический, некоторые формы деперсонализации; нозологические единицы: ядерные формы шизофрении. У женщин выявлено преобладание случаев бреда ущерба, эротомании, нервной анорексии, пресбиофренного синдрома, шизоаффективного психоза, маниакально-депрессивного психоза, инволюционной меланхолии, болезни Альцгеймера.

2-й аспект затрагивает особенности полового развития и становления половой ориентации. Тщательный дифференциальный диагноз расстройств половой идентификации и процессуальных психических заболеваний особенно важен при решении вопроса о необходимости оперативного вмешательства по поводу изменения пола.

3-й аспект отражает особенности формирования пограничных со стояний на фоне дисгармонии половой жизни. При изучении полового развития выясняется, в каком возрасте отмечались признаки полового созревания (у женщин — начало менструаций); когда началась половая жизнь, наступил климакс; особенности половой жизни — понижение или повышение полового влечения, склонность к смене партнеров, склонность к необычным сексуальным контактам.

Личность. Несмотря на то, что единого и общепринятого определения личности не существует, большинству из них присущ один признак — индивидуальность. В одном случае — это индивидуальные особенности психических процессов, в другом — индивидуальная система отношений, в третьем — индивидуальные особенности темперамента, мотивов, потребностей и т.д. Значимость изучения личности велика как при диагно-

стике психозов, так и пограничных состояний. «Особенности каждого отдельного случая, — писал В. Маньян, — определяются религиозными и другими убеждениями больного, его образованием, социальной средой, повседневными занятиями. Строя бред, больной черпает из всех этих источников и кладет всякий раз на единую, общую для всех случаев канву неповторимый личностный отпечаток».

Нет никаких оснований утверждать наличие связи между исходным типом личности и позднейшим возникновением психоза. Но кажется очевидным, что преморбидная личность в одних случаях определяет содержательный аспект психопатологической симптоматики и ее переработку, формирует установку по отношению к психическому заболеванию, влияет на степень осознания психического заболевания (инсайт).

В других — она видоизменяется и приобретает новые качества в результате отзвучавшего патологического процесса, например, при шизофрении такими качествами являются гипоактивность, эмоциональная сглаженность, пассивность и отсутствие инициативы.

При психопатиях и неврозах особенности личности определяют клиническую картину в целом и диагностика в этих случаях основана на тщательном изучении статики, динамики и компенсации личностных расстройств.

При изучении личности прежде всего обращают внимание на ее становление во времени: выясняется, был ли больной в детстве застенчивым, боязливым и пугливым, робким, нерешительным, обидчивым или, напротив, неуправляемым, подвижным, гиперактивным, агрессивным, драчливым. Проявлялась ли с возрастом склонность к астеническим и депрессивным реакциям, навязчивостям, ипохондричности или, наоборот, наблюдалась вспыльчивость, взрывчатость. К сожалению, прямые вопросы на выявление личностных черт зачастую затруднительны как для больных, так и для их близких. Обусловлено это тем, что в языке зачастую зафиксированы только полярные пары личностных типов: «активный — пассивный», «злой — добрый», «храбрый — трусливый» и т. д. Большинство же пациентов не могут охарактере-

ризовать себя столь однозначно. Поэтому оценка личности более продуктивна при анализе конкретных фактов взаимоотношений пациента с другими людьми. Так, у родителей обычно спрашивают, предпочитал ли ребенок тихие игры шумным забавам со сверстниками, у взрослых выясняют, каким образом они реагировали на те или иные трудности во взаимоотношениях в семье или на службе. При этом определяется умение сдерживаться, проявлять терпение, возможность быстрого привыкания к новой или меняющейся обстановке, или, напротив, ригидность, затруднение контактов, трудность привыкания к новым условиям существования.

Социальная адаптация. Фундаментальной потребностью психически здорового человека является существование в понятной, объяснимой, доброжелательной, удобной обстановке. Если жизненные обстоятельства вынуждают к изменению условий жизни, то в новой обстановке личность преобразует либо себя, либо обстановку таким образом, чтобы она также стала понятной и комфортной.

Изучение социальной адаптации включает получение следующих сведений: как происходило обучение и получение профессиональных навыков, как больной относится или относился к своей работе, какие у него были взаимоотношения с начальством, сослуживцами, подчиненными, как часто он менял места работы и почему, какие были и существуют планы на будущее и как пациент видит пути их реализации, имеет ли он друзей, общие интересы с друзьями (материальные, интеллектуальные). У мужчин выясняют, служили ли они в армии и как происходило приспособление к военной службе. При изучении социального статуса важно выяснить, каковы жилищно-бытовые условия, источники дохода, есть ли финансовые затруднения. На оценку социальной адаптации накладывает отпечаток исторический период, в котором живет больной, поскольку эпохи революций, войн, экономического хаоса определенным образом воздействуют на психику. Период 1990-х годов в нашей стране из-за экономической и политической нестабильности, резкого снижения качества жизни, общественного расслоения способствовал возникновению

апатии, равнодушия к своему здоровью, депрессии у одних и ощущения бесцельности, бессодержательности, пустоты жизни у других. Без знания исторического фона невозможно оценить, к примеру, такой фактор, как незанятость общественно полезным трудом. Он имеет различную значимость в условиях безработицы и в условиях избытка рабочих мест.

Переходя к анамнезу болезни, изучаются перенесенные заболевания и вредные привычки.

Экзогенные вредности. К экзогенным вредностям относятся интоксикации, травмы, соматические заболевания. С расстройствами психики они могут находиться в следующих взаимоотношениях:

- 1) экзогенная вредность может выступать как ведущая или одна из причин психического расстройства: алкоголь — алкогольный делирий;
- 2) как причина одновременно психического и соматического расстройства: алкоголь — синдром Корсакова и алкогольный полиневрит;
- 3) сосуществовать одновременно и независимо: шизофрения и туберкулез.

С другой стороны, и психические нарушения воздействуют на физическое состояние: «расстройство деятельности сердца развивается как следствие страха перед заболеванием; будучи установлено на соматическом уровне, это расстройство дополнительно усиливает чувство страха». Для выяснения этих взаимоотношений изучаются наличие и хронология травм головного мозга, нейроинфекций, длительных, истощающих соматических заболеваний, оперативных вмешательств, употребления алкоголя и психоактивных веществ.

АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ (ДИНАМИЧЕСКИЙ ФАКТОР, ПАТОКИНЕЗ)

Выше мы уже касались вопроса динамики симптомов и синдромов. В анамнестическом описании они не вычленяются, а напротив, описываются в совокупности с фактами психической

жизни. Описание начинается с указания возраста начала психического расстройства.

Возраст больного к началу заболевания. Биологическое развитие человека неравномерно и связано с возрастными кризисами. Особенно ярко они прослеживаются в период созревания: описаны кризисы первого года жизни, 3–4 лет, 6–7 лет, кризис пубертатного периода — в возрасте 12–15 лет. Каждый период человеческой жизни (роста и созревания, зрелости, инволюции) характерен присущими только ему соматическими и психическими перестройками. Поэтому роль возрастного фактора в диагностике психических расстройств рассматривается в двух аспектах:

- возрастной фактор как диагностический критерий. Так, ранний детский аутизм диагностируется только в тех случаях, если его проявления отмечены в возрасте до 3 лет; пресенильные деменции (болезнь Альцгеймера, Пика, Крейтцфельдта — Якоба, хорея Гентингтона) манифестируют в возрасте 40–60 лет. Описана болезнь Альцгеймера с поздним началом (в возрасте после 65 лет);
- возраст как патопластический фактор. Возраст изменяет картину многих психических состояний. Например, бредовой синдром в детстве проявляется в виде бредоподобных фантазий, в старости — идеями ущерба.

Становлению психологических функций в пубертатном периоде присущи их патологические видоизменения: нарушения осознания собственного тела в период бурных эндокринных сдвигов и появления вторичных половых признаков проявляется синдромами дисморфомании и нервной анорексии; нарушения сознания «Я» (единства «Я», идентичности «Я») — синдромом бреда «чужих родителей»; нарушение формирования рефлексивной функции проявляется синдромом метафизической интоксикации.

Первые психопатологические проявления. После уточнения, в каком возрасте возникли первые психопатологические проявления, следует в первую очередь их подробно описать. Применение медицинской терминологии при этом не рекомен-

дуются, так как ее употребление несет элемент субъективной оценки и лишает других специалистов возможности высказать свою точку зрения по данному случаю. *Пример:* «Больная 20 лет, в 15-летнем возрасте возник эпизод, когда она, без каких-либо внешне видимых причин, днем, вышла на балкон обнаженной, стояла несколько минут ничего не говоря, не обращая внимание на собравшуюся во дворе толпу; затем, вернувшись в комнату, оделась, продолжала свои занятия. Узнавшим об этом случае родителям объяснений не давала. Затем, в течение пяти лет никаких странностей в поведении не наблюдалось».

Также важно установить в какой форме в дальнейшем — приступов, эпизодов, длительно протекающих фаз или шубов впервые установленные психопатологические проявления повторялись или видоизменялись. *Пример.* У больной 25 лет, перенесшей после родов кратковременный депрессивный эпизод через пять лет вновь возник приступ, в структуре которого, наряду с уже имевшими место ранее резким снижением настроения, подавленностью, бессонницей, впервые возникли мысли о том, что она «плохая мать», «виновата перед близкими», «всем в тягость», а поэтому — «жить не стоит».

Если речь идет о процессе, то следует установить его активность: выяснить, сколько было госпитализаций в первые 5 лет болезни и в последующем; путем изучения документации выявить, с каким диагнозом и с какой симптоматикой больной находился на стационарном лечении. Несколько иной подход к сбору анамнеза при врожденных психических расстройствах.

К примеру, при исследовании пациентов с психопатиями внимание акцентируется на врожденных особенностях темперамента (постоянный крик, бессонница или, наоборот, вялость, необщительность), затем исследуется формирование в течение времени патологических привычек, форм реагирования, патологических черт характера (гипертимность, эмоциональная лабильность, истероидность, шизоидность и т.д.).

Особо обращается внимание на нарушения адаптации в социальной среде и компенсаторные возможности. Сопоставляя болезненные проявления с фактами жизни больного, следует прежде всего установить, как и каким образом эти проявления изменили существование больного в семье, на службе, в учебном заведении и как они отразились во взаимоотношениях с друзьями и знакомыми.

Индивидуализация клинической картины невозможна без уяснения наибольшей уязвимости больного к определенным биологическим и социальным факторам.

К первым относятся: употребление психоактивных веществ, в том числе алкоголя, преодоление возрастных фаз (пубертатный период, климакс и т.д.), длительно текущие соматические заболевания, травмы, интоксикации, беременность, роды.

Ко вторым — общественная изоляция, нарушение опоры в семье, нарушение трудоспособности, критические фазы жизни: оставление родного дома, создание своей семьи, смена места работы и учебы. Завершается анамнез описанием эффекта от проводимой терапии и социальных реабилитационных мероприятий. При этом нужно четко указать, под влиянием каких лечебных мероприятий состояние больного улучшилось в сторону полного исчезновения симптоматики, упрощения позитивных расстройств и задержки темпа прогрессивности, какие лечебные мероприятия ухудшили клиническую картину, а какие не вызвали никаких изменений, на каких препаратах получены нежелательные побочные эффекты и как они купировались.

Перед описанием психического статуса указывается непосредственная фактологическая основа данного поступления больного в стационар. Понятия анамнез и статус дифференцированы по их представлению в соответствующей документации. В действительности основные материалы для описания текущего психического состояния врач получает, беседуя о жизни больного, о его проблемах, о его прошлом и настоящем.

ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНОГО

Психическое состояние человека не представляет чего-то неизменного даже в течение очень непродолжительного времени. При отсутствии затрагивающих личность внешних воздействий все психические функции находятся как бы в равновесии. Поэтому психически здоровому человеку очень трудно ответить на вопрос, какое у него в данный момент настроение, как ему думается, и т.д. Но обыкновенный телефонный звонок в позднее время, стук в дверь, вообще неясный и неопределенный шум вызовет тревогу, беспокойство, предчувствие чего-то недоброго. При беседе же с больным в течение очень короткого промежутка времени у него может меняться и чувственный фон переживаний, и возникать наплывы и обрывы мыслей. Психическое состояние оценивается и при взгляде на внешность больного, и при установлении контакта, и при анамнестическом расспросе и при объективном исследовании высших психических функций. В психиатрической практике очень важна подробная разработка ведущих переживаний больного и придание им феноменологической ясности. Это, на наш взгляд, намного важнее, чем поверхностное сканирование всех психических функций.

Подробное изучение психической деятельности больного начинается с оценки состояния сознания.

Сознание. При исследовании психического статуса больного перед психиатром стоит задача уловить некую психическую целостность, которая объединяет все психические функции в единую структуру. Эта целостность определяется состоянием сознания на момент исследования.

Если больной отрешен от реального мира, едва понимает происходящее вокруг него, не концентрирует внимание и действует невзирая на ситуацию, когда он дезориентирован либо в месте, либо во времени, либо в собственной личности, либо во всех этих трех измерениях сразу, когда его действия и речь лишены связности, то этих случаях констатируется психотическое нарушение сознания.

Обнаружив его, необходимо определить вид нарушения:

- оглушенность (апатичность, безучастность, аспонтанность, резкое обеднение ассоциаций);
- помрачение сознания (богатые сложные переживания с наплывом галлюцинаций, зачастую фантастического содержания лишены связности и противоречивы по содержанию);
- состояние измененного сознания (относительная упорядоченность действий при резком ограничении восприятий, не соответствующим внутренним тенденциям личности).

Принято считать, что при сопоре и коме говорить о психической жизни не приходится вовсе, а при психотических нарушениях сознания обманы восприятия, моторика проявляются иначе, чем при ясном сознании. Феноменология не знает иной дихотомии кроме как ясное или нарушенное сознание. Поэтому, если больной галлюцинирует, но даже при отсутствии критики, отличает по форме галлюцинаторные феномены от реальных восприятий, сохраняет ориентировку во внешнем мире, способен концентрировать внимание, понимать и отвечать на вопросы, то о таком больном говорят, что он находится в ясном сознании. Констатация нарушенного сознания определяет тактику врача на поиск органической причины психического расстройства. Необходимо назначить общеклинический анализ крови, мочи, провести рентгенографию черепа, эхоэнцефалографию, при необходимости — компьютерную томографию; проконсультировать больного у невропатолога, хирурга, терапевта, окулиста, ЛОР-специалиста, женщин — у гинеколога.

Внешний вид. Исследование этого компонента психического статуса начинается с определения конституциональных особенностей. К ним относятся нарушения формы черепа, лица, носа, туловища и конечностей. Вопросами взаимосвязи строения тела, характера и психоза занимался Э. Кречмер. Конкретные описания этим ученым больных сохраняют наглядность, неповтори-

мую ценность и определенным образом ориентируют наблюдательность.

Текущее психическое состояние больного отражает его мимика, поза, жестикуляция. Личностные особенности проявляются в манере одеваться, опрятности. Большое значение имеет телесный осмотр (рубцы, следы травм, самоповреждений, инъекций, состояние вен и т.д.).

Контакт. Исследуется доступность больного, насколько охотно он вступает в беседу, ограничивается ли формальными ответами («Да», «Нет», «В истории все написано», «Я много говорил по этому поводу» и т.д.) или раскрывает свои переживания.

Восприятие. Исследование обманов восприятий проводится после выявления ведущих переживаний больного (страх, преследование, злонамеренное вмешательство и т.д.). Наиболее частые вопросы при этом: «Что видится?», «Что слышится?», «Не изменился ли вкус пищи?». Если получены сведения об обманах восприятия, то их следует дифференцировать (отличить иллюзии от галлюцинаций, галлюцинации от псевдогаллюцинаций). Выясняется, существовал ли реальный объект или восприятие было мнимым, где локализован галлюцинаторный образ, нет ли чувства сделанности, при каких условиях возникают обманы восприятия. Нужно учесть, что отказ отвечать на вопросы, внезапное замолкание при беседе, настороженное выражение лица, прислушивание, присматривание, «сбрасывание» с одежды — косвенно указывают на галлюцинаторные переживания. В этих случаях следует спросить: «Что “они” говорят?», «Что “они” хотят?».

Без глубинной проработки качества галлюцинаторных образов возможны серьезные диагностические ошибки. «Бред при параноидной депрессии имеет такую структуру, что исследователь может легко обмануться и прийти к выводу о существовании галлюцинаций. Пациент, например, глубоко убежден в том, что как он «слышал», что другие люди говорили о его «грязных делах». И врач на этом основании легко проникается уверенностью в существовании слуховых обманов, особенно если до этого сложилось мнение о галлюцинаторно-параноидной картине бо-

лезни. Если пациента попросить описать отдельные детали ситуации, то оказывается, что он, может быть, только видел, как 3 человека разговаривали, стоя вместе. И, само собой разумеется, они говорили о его проступках, поскольку «это каждому известно». Так возникает бредовая убежденность. Однако после точно сформулированных вопросов выясняется, что больной слышал «только глазами».

Настроение, эмоциональное реагирование. Настроение больного оценивается как сниженное, ровное, повышенное; соответствующее и несоответствующее определенному переживанию. О настроении больного узнается из его собственных рассказов и из наблюдений за его мимикой, моторикой. Адекватность эмоций оценивается в соответствии с содержанием психической жизни: о неадекватности говорят в том случае, когда, к примеру, к сильному эмоциональному раздражителю — болезни близких — больной безучастен, но бурно реагирует на ничего не значащий с точки зрения большинства людей факт.

Неадекватности эмоций соответствует парамимика (улыбка на лице, в душе — страх, тревога). В результате исследования определяется, имеем ли мы дело с аномально преувеличенными и специфически окрашенными эмоциональными состояниями или эндогенными (витально измененными) нарушениями настроения в виде протекающих без внешне видимых причин фаз, периодов.

Влечения, воля, инстинкт. В основе волевого акта лежит переживание преодоления: воля всегда связана с выбором и решением. Действия, не связанные с выбором, но поддающиеся внутреннему контролю называются инстинктивными, не связанные с внутренним контролем — импульсивными.

О состоянии волевой сферы судят по поступкам, подробная структура которых выявляется при расспросах самого больного и его близких. Устанавливается, имеется ли логика в поступках или они необъяснимы, паралогичны. Выясняются признаки заторможенной воли (потеря интересов, отсутствие желаний, мотивов, жалобы на неспособность принимать решения, чувство пассивности и подчиненности).

При исследовании влечений выясняется, как больной ест, пьет, не повышен ли у него аппетит или не отказывается ли он от пищи вовсе. Если да, то по каким мотивам. Расспрашивают также, как больной относится к алкоголю, другим психоактивным веществам.

Если в анамнезе есть указания на сексуальные нарушения, то выясняется каковы взаимоотношения с лицами противоположного и своего пола, особенности половой жизни.

Исследуя двигательную активность при скованности больного и отказе отвечать на вопросы, проверяют симптомы кататонического ступора: придают ту или иную позу (нет ли каталепсии), просят выполнить инструкцию (нет ли негативизма); при возбуждении отмечают, хаотическое оно или целенаправленное.

Мышление и речь. Исследуются нарушения языковой структуры речевого высказывания (план выражения) и его смысловой стороны (план содержания). К структурным (формальным) относятся расстройства:

- коммуникативности. Мутизм — полное отсутствия ответов при сохранении способности разговаривать, симптом монолога — непрерывная экспрессивная речь даже в отсутствии собеседника;
- информативности. Олигофазия — бедный словарный запас и объем понятий, вязкость, обстоятельность — множество самых незначительных деталей, с отсутствием дифференцировки главного от второстепенного, резонерство — банальность, бесплодное мудрствование со склонностью к претенциозно-оценочным, широким обобщениям;
- динамики. Ускорение и замедление ассоциативных процессов, шперрунг — остановка хода мыслей, или напротив, ментизм — автоматически возникающие, быстро следующие друг за другом мысли, оцениваемые больным как внушенные со стороны.

Мышление и речь исследуют также с точки зрения их связности. На лексическом уровне встречаются беспрестанные

бессмысленные повторение одних и тех же слов и фраз (вербигерация) или словесные новообразования как в виде бессмысленных звукосочетаний, так и новые слова, являющиеся продуктом искаженной мыслительной переработки (неологизмы).

Различные логико-грамматические нарушения обозначают как речевые спутанности: аментивная (быстро сменяющееся воспроизведение прошлой жизни без их осмысления), маниакальная (преобладание ассоциаций по сходству и смежности с резким уменьшением и исчезновением ассоциаций по смыслу), хорейческая (произнесение различных, не связанных между собою слов и звуков с отсутствием членения на фразы), атактическая (логическая непоследовательность, ошибки в умозаключениях, сочетание несовместимых по смыслу представлений в сочетании с сохранностью грамматической формы).

Расстройства содержания характеризуются суждениями и умозаключениями, в которых на первом плане проявляется нарушение оценки реальных событий, переозначивание предметов и явлений при относительной сохранности формально-логических сторон мыслительного процесса. При исследовании обращают внимание на сверхценные идеи (основанные на реальных событиях, но приобретающих особую значимость), навязчивые идеи, нелепые по содержанию, но к нелепости которых больной всегда относится критически, бредовые идеи. Последние характеризуются несоответствием реальным фактам и конкретным жизненным отношениям, исключительной субъективной уверенностью, непроницаемостью для анализа с точки зрения опыта и контраргументов.

В связи с тем, что бредовое восприятие действительности всегда связано с патологическим переозначиванием предметов и явлений, больного подробно опрашивают, на основании каких признаков или фактов он пришел к соответствующему умозаключению (преследуют, ненавидят, хотят убить и т.д.).

Аутистическое мышление проявляется в оторванных от реальности, направленных вовнутрь фантазиях; магическое — в приписывании мыслям, словам и действиям какой-либо сверхъестественной силы, могущей предотвратить или вызвать какое-либо событие.

При исследовании речи обращают также внимание на ее фонологические особенности: модуляцию голоса, монотонность, заикание. В некоторых случаях эти особенности помогают судить об эмоциональном состоянии пациента.

Интеллект. В отличие от психологии, где интеллект оценивается путем тестирования когнитивных функций с вычислением суммарной оценки (IQ), в психиатрии к нему подходят как к некоей целостности, сочетающей определенный уровень знаний с умением ими пользоваться, адаптироваться в ситуации, принимать решения. И поэтому об интеллектуальных возможностях судят не только по объему общих знаний, но и по логичности поступков, соответствию их сложившейся жизненной ситуации, способности образовывать собственные суждения и умозаключения, различать главное и второстепенное.

Особо обращают внимание на критичность, преобладание понятийно-абстрактного мышления над конкретно-образным.

Предпосылки интеллекта. Память. Исследуют способность запоминать, удерживать, воспроизводить текущие и давние события, определяют, нет ли обманов памяти.

Для выявления памяти на текущие события выясняют число, месяц, год на момент обследования, когда были свидания с родными, что было подано на завтрак, обед, ужин. При сборе анамнеза спрашивают, помнит ли пациент события прошлой жизни. Если обследуется больной, перенесший травму головы, выясняется, помнит ли он события до и после травмы.

Внимание. Оценивается, насколько больной сконцентрирован на беседе, отвлекается ли на внешние раздражители, сосредоточен ли на болезненных переживаниях, склонен ли к застреванию в речи, мышлении, моторике (персеверации).

При исследовании способностей применяются также отдельные патопсихологические пробы: толкование пословиц и поговорок, запоминание 10 слов, счет по Крепелину, корректурная проба. Следует помнить, что их результаты не подменяют психиатрическое исследование соответствующих функций, а только уточняют его. На итоговую оценку патопсихологических проб накладывает отпечаток состояние сознания на момент исследования, эмоциональное состояние больного, наконец, его усталости на решение когнитивных задач.

Осознание психического заболевания. Выясняется мнение больного о причинах поступления на лечение; считает ли он, что болен, или напротив, здоров, а его положили специально; как он оценивает свое психическое здоровье в прошлом и настоящем (здесь и теперь); как он относится к лечению, считает ли медикаментозное лечение необходимым, приносящим вред, бесполезным.

Психическое состояние описывается простыми ясными фразами, по возможности без сложных грамматических конструкций, с выделением нарушений, определяющих клиническую картину заболевания. Если при исследовании определенной функции, например, сознания, врач не определяет расстройств, то просто указывает: «сознание не помрачено» или «нарушений памяти не выявлено».

В то же время описание нарушений доводится до феноменологической ясности. Оно должно быть подробным, написанным понятным языком, без употребления психиатрических терминов.

Для иллюстрации приводятся собственные высказывания больного, дословно описываются примеры структурных расстройств мышления и речи. Образцами точного, краткого и феноменологически ясного описания служат сохранившиеся записи на амбулаторном приеме П.Б. Ганнушкина. «Большая сидитвшвейцарской, согнувшись, опустивголову. Войдявприемную, сидит молча, неподвижно, уставившись в одну точку. На вопрос о здоровье отвечает: "Худо мне". Поднятые квер-

ху конечности остаются в приданном положении. Говорит шепотом, иногда выражение лица делается недовольным. Прежде чем отвечать на какой-либо вопрос, шевелит губами, затем отвечает очень тихо, сказала, что бывает тоска. На вопрос, отчего тоскует, сказала, что она больна, больна "худой болью"».

РОЛЬ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ШКАЛ И СТАНДАРТИЗОВАННЫХ ОПРОСНИКОВ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-ПСИХИАТРА

В последние годы в практику отечественного врача-психиатра все прочнее входят высоко валидные стандартизованные шкалы и опросники, с успехом применяющиеся в повседневной практике психиатров развитых стран с конца 1960-х гг. Они позволяют точно верифицировать те или иные психические расстройства, сводя субъективный фактор оценки к минимуму. Психиатрические шкалы как неотъемлемая часть работы врача-исследователя все чаще используются врачом-практиком и, будучи достаточно простыми в работе и весьма точными и чувствительными, позволяют провести оценку той либо иной стороны психической деятельности человека, оценить динамику состояния на фоне проводимой психофармакотерапии.

ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Наиболее всесторонне психиатрический диагноз осуществляется в двух аспектах: нозологическом, многоосевом.

Нозологический диагноз. Под нозологическим диагнозом понимается установление соответствия выявленных путем применения методов психиатрического исследования признаков (симптомов) и их сочетаний (синдромов) той или иной нозологической единице, включенной в классификацию психических

расстройств, официально принятой в данной стране. В ходе диагностического процесса добытые при обследовании больного психопатологические проявления оцениваются в соответствии со всем контекстом его психической жизни, культуральными особенностями окружающей его среды, а затем на основе обобщенных впечатлений врач приходит к определенному заключению.

Основные правила психиатрической диагностики четко сформулированы В.П. Осиповым. От своих учеников он требовал не увлекаться сходством симптомов, а, анализируя их по существу, преследовать в каждом отдельном случае цель, установить целостную картину, уяснить основной фон, объединяющий происхождение характеризующих заболевание признаков. «Чисто симптоматическая диагностика, пытающаяся выделить патогномичные признаки психозов слишком часто приводит к ошибкам и должна быть отвергнута. Так, нельзя ставить распознавание шизофрении на основании «окликов по имени» равно как и на условиях раздражающих головных болей, хотя и то и другое бывает при шизофрении, как и при других психозах и психотических состояниях. Следует разобраться, действительно ли мы имеем перед собою душевнобольного человека или только человека, обнаружившего реакцию на ту или иную жизненную ситуацию, реакцию, которая не вытекает из лежащего в ее основе болезненного процесса».

Эти положения В.П. Осипова актуальны до сих пор. В истории психиатрии почти за всеми проявлениями (галлюцинации, бред, пиромания, дипсомания и т.д.) хотя бы раз признавался статус нозологической единицы. Современные принципы диагностирования восходят к идеям Э. Крепелина, которые определяют нозологические единицы как «клинические картины, вызванные одинаковыми причинами, имеющие одинаковую фундаментальную психологическую форму, одинаковые развитие и течение, одинаковый исход и одинаковую мозговую патологию» (цит. по К. Ясперсу).

Впоследствии оказалось, что даже классическая нозологическая единица — «прогрессивный паралич» — не удовлетворяла этим требованиям, так как психопатологическая картина этого заболевания не представляла собой ничего специфического. «Идея нозологической единицы это, по существу, идея в кантовском смысле: понятие цели, которая не может быть достигнута, поскольку пребывает в бесконечности. В то же время эта идея указывает пути плодотворного исследования и предоставляет верные ориентиры для отдельных эмпирических анализов».

К середине века в мире существовало множество концептуальных классификаций. Для того, чтобы разобраться с принципами психиатрической диагностики в разных странах по линии ВОЗ были проведены диагностические семинары, один из которых состоялся в 1967 г. в Ленинграде. В нем приняло участие 35 руководителей психиатрических школ СССР. Всем участникам были розданы диагностические интервью. При обсуждении одного из них неквалифицированное большинство — 12 человек — диагностировали шизофрению, другие же соматогенный психоз, инволюционный психоз, реактивный психоз, невроз навязчивых состояний, циклотимическую депрессию. В дискуссии выявилось, что «психиатры не только придают различное значение тому или иному симптому, но между ними нет единства в квалификации самих симптомов».

Результаты этого и других, проведенных в разных странах семинаров, стимулировали разработку принципиально новой 10-й Международной классификации, отражающей состояние психиатрии к концу XX в. Она носит название «Классификация психических и поведенческих расстройств» и в ее основе лежит феноменологический принцип. Основное отличие этой классификации от всех предыдущих в том, что в ней не просто перечислены названия расстройств, а даны четкие правила диагностики. Например: F-23. Острые и транзиторные психические расстройства:

- острое начало (в течение 2 нед), как определяющая черта всей группы; полное выздоровление в течение 2–3 мес (временной критерий);
- наличие типичных синдромов (клинический критерий);
- наличие сочетающегося с этим состоянием острого стресса (причинный критерий).

Далее разъясняется, что под наличием типичных синдромов понимается быстро меняющаяся и разнообразная картина, которая обозначается как «полиморфная» и которая считается основной при острых психотических состояниях разными авторами из разных стран. Подчеркивается, что значительная часть острых психотических состояний возникает и без стресса. Сочетание со стрессом означает, что первые психотические симптомы возникают в течение примерно двух недель после одного или более событий, которые рассматривались бы в качестве стрессовых для большинства людей в аналогичных ситуациях и в характерной для данного человека культурной среде (культуральный критерий).

Следует отметить, что использование МКБ-10 не отрицает концептуальных классификаций, но значение ее проявляется прежде всего в высокой производимости диагностических оценок психиатрами разных стран.

Многоосевой диагноз. На современном этапе своего развития психиатрия не ограничивается только констатацией симптомов, синдромов, нозологических единиц. Принятая в настоящее время в РФ Международная классификация болезней (МКБ-10) содержит многоосевое представление психических и поведенческих расстройств:

ОСЬ I. Клинические диагнозы: психические расстройства; физические расстройства; расстройства личности.

ОСЬ II. Нетрудоспособность: самообслуживание; трудовая деятельность; деятельность в семье и дома; жизнедеятельность в широком социальном смысле.

ОСЬ III. Контекстуальные факторы (избранные Z-коды МКБ-10): проблемы, связанные с негативными событиями

детства; проблемы, связанные с образованием и воспитанием; проблемы, связанные с первичной поддержкой окружающих, включая семейные обстоятельства; проблемы, связанные с социальным окружением; проблемы, связанные с домашними и экономическими обстоятельствами; проблемы, связанные с трудовой деятельностью (или безработицей); проблемы, связанные с физической окружающей средой; проблемы, связанные с определенными психосоциальными обстоятельствами; проблемы, связанные с юридическими обстоятельствами; проблемы, связанные с семейными болезнями или инвалидностью; проблемы, связанные с образом жизни или трудностями организации жизнедеятельности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В последние годы отмечается существенный рост частоты непсихотических психических расстройств у пациентов первичного звена здравоохранения, которая достигает 20–60%. Наиболее распространены в общемедицинской сети тревожные и депрессивные расстройства, стрессовые расстройства, органические и соматогенные психические расстройства, среди которых особенно выделяются сосудистые и нейродегенеративные заболевания.

В связи с этим материал данного пособия может быть рекомендован к изучению в процессе подготовки врачей общей практики. В пособие, помимо материала из курса общей психопатологии, включены современные шкалы оценки психического состояния при психических нарушениях, наиболее часто встречающихся у врачей общей практики.

ЛИТЕРАТУРА

а) основная литература:

1. *Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г.* Психиатрия: учебник для медицинских вузов. М.: МИА, 2009. 832 с.
2. *Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Чирко В.В., Кинкулькина М.А.* Психиатрия и наркология: учебник для медицинских вузов. М.: ГЭОТАР-Мед, 2012. 832 с.

б) дополнительная литература:

1. *Тиганов А.С.* Общая психопатология. Курс лекций. М.: МИА, 2015. 184 с.
2. *Снежневский А.В.* Общая психопатология. Курс лекций. М.: МЕДпресс-информ, 2015. 208 с.
3. Психиатрия. Научно-практический справочник / под. ред. А.С. Тиганов. М.: МИА, 2016. 622 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ПЛАН УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

1. Общие сведения.

Фамилия, имя, отчество, год рождения, место рождения, национальность, образование, место работы, должность, отношение к религии, адрес больного и родственников. Дата поступления в клинику, температура тела при поступлении, наблюдение персоналом до осмотра лечащего врача (поведение, сон, принимал ли пищу), где происходила первая встреча с лечащим врачом (в кабинет пришел охотно, доставлен персоналом, вообще не пришел (причина)).

2. Жалобы больного.

3. Катамнез (при повторной госпитализации) когда выпи-сался, чем занимался, где и кем работал, какие лекарства принимал, как себя чувствовал, какие были взаимоотношения в семье, причина настоящей госпитализации (со слов больного). Указать добровольная или недобровольная госпитализация. Если недобровольная, то чем мотивирована (непосредственная опасность для себя и окружающих, беспомощность, наступление существенного вреда здоровью без психиатрической помощи).

4. Анамнез (со слов больного, родственников и по докумен-там).

Родился (где). Кто родители, их социальное положение, профессия. Какой ребенок в семье по счету.

Наследственность: нервно-психические заболевания родителей, членов семьи и родственников больного (психические расстройства, в том числе алкоголизм, наркомания, припадки; расстройства настроения, суициды: завершённые, незавершённые), особенности личности родителей: возбудимость, вспыльчивость, вялость, спонтанность.

Развитие: возраст родителей к моменту рождения, (как протекала беременность: тяжёлый токсикоз, затяжные соматические заболевания, травмы, интоксикации), срок беременности, особенности родов, помощь в родах; вес при рождении, родовые травмы, желтуха новорожденных: поведение пищевое — как сосал грудь, сколько месяцев на естественном вскармливании, вялость, капризность, сон. Заболевания в первые месяцы жизни: припадки, судороги, травмы, инфекционные.

Физическое развитие: когда начал держать головку, сидеть, ходить.

Психическое развитие: когда начал произносить первые слова, фразы, овладевать навыками опрятности; играть (манипулятивная и ролевая игра), узнавать буквы и цифры.

Овладение познавательными навыками в дошкольных учреждениях, школьная успешность, причины отставания в учебе, дублирование классов, дальнейшее образование (колледж, лицей, техникум, вуз), реализация полученных знаний, успехи в учебе и профессиональной деятельности.

Преморбидная личность: раннее детство: застенчивость — беспокойство, гиперактивность — пассивность, робость; связь формирования личности с условиями воспитания — гиперопека, гипоопека, безнадзорность, отвержение, перфекционизм: особенности поведения в среднем периоде детства и в пубертатном периоде: живость, активность, склонность к лидерству, уход в себя, склонность к импульсивности, агрессии, тревоге, анти-социальным поступкам, уходы и бродяжничество, вандализм,

наркотизация и алкоголизация, жестокое отношение к животным, сексуальные эксцессы.

Социальная адаптация: дружеские связи, трудовая деятельность, дисциплинированность, причины частой смены мест работы и учебы, адаптация к военной службе: судимости и задержания в милиции.

Семейные взаимоотношения, обстоятельства семейной жизни в браке, причины разводов, взаимоотношения с детьми. Материально-бытовые условия и источники существования. Здоровье: перенесенные заболевания, травмы, интоксикации, особенно те, которые предшествовали психическому расстройству: наблюдались ли головокружения, обмороки, судорожные припадки, снохождение, энурез.

У женщин необходимо выяснить возраст, когда начались менструации, их регулярность, болезненность, психическое самочувствие в предменструальном периоде, у пожилых женщин — когда наступил климакс.

Вредные привычки: алкоголь, наркотики (при алкоголизме и наркомании — возраст, в котором начал их употреблять, психическая и физическая зависимость, абстинентные проявления). Анамнез заболевания: в каком возрасте отмечались первые проявления психического расстройства (конкретные факты переживаний, особенностей поведения), возникли они внезапно или начались постепенно, предшествовали ли им психические травмы, в какой последовательности усложнялась или упрощалась психопатологическая симптоматика, происходили ли с годами изменения личности, нарушения познавательных способностей, снижение трудоспособности, протекали ли психопатологические явления в виде фаз с возвратом к исходному доболезненному состоянию, длительность этих фаз, сколько было госпитализаций, какие устанавливались диагнозы, проводились ли лечебные мероприятия и какой эффект от проводимой терапии, какие био-

логические и социальные факторы приводят к ухудшению психического состояния (соматические заболевания, употребление психоактивных веществ, конфликты в семье и на службе и т.д.).

5. Данные исследования:

а) физическое состояние: внешний вид больного, телосложение, со стояние костно-мышечной системы, кожных покровов, питание, признаки дизонтогенеза: косоглазие, суженность глазных щелей, строение черепа и т.д., наличие телесных повреждений, следов инъекций, склерозирование вен, состояние внутренних органов, сон, аппетит, температура, артериальное давление:

б) данные неврологического исследования;

в) психическое состояние: заинтересованность больного в беседе, его речь, мимика, ориентировка в месте, времени, собственной личности, расстройства сознания, расстройства восприятия: их признаки, расстройства памяти, расстройства интеллекта, расстройства мышления, бред: его признаки, навязчивые состояния, расстройства речи и письма, расстройства эмоциональной деятельности, расстройства волевой деятельности и двигательные нарушения, припадки. Осознание больным своего заболевания;

г) лабораторные исследования: кровь, моча, кал, биохимическое исследование крови, рентгенологические исследования, ЭЭГ, компьютерная томография.

6. Заключение: краткое резюме с обоснованием предварительного диагноза.

7. Дифференциальный диагноз и план обследования.

8. План лечения и вид надзора.

9. Ведется куратором с начала курации. В нем отражаются изменения в состоянии больного — изменения психопатологических симптомов, данные бесед с родственниками, изменения соматического состояния, отмечается, как воздействуют на больного медикаменты, какие возникают при этом побочные явле-

ния, обосновывается их отмена, смена дозировок, назначение новых медикаментов.

10. Экспертиза: медико-социальная, военная, судебно-психиатрическая, в отдельных случаях — вопросы опеки.

11. Эпикриз с обоснованием амбулаторного медикаментозного лечения и социально-психологических реабилитационных мероприятий.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

СХЕМА ДОКЛАДА ПРИ РАЗБОРЕ БОЛЬНОГО

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Возраст.
3. Социальный статус (образование, занятость в настоящее время, семейное положение).
4. Причина поступления в настоящее время (краткое, желательно с минимальным употреблением психиатрической терминологии, описание поведения непосредственно перед поступлением, например: «За неделю перед поступлением нарушился сон, усилилась подозрительность, не отвечал на вопросы, спрятал под подушкой кухонный нож» и т.д.)
5. Число госпитализаций.
6. Краткий анамнез (наследственность, развитие, школьная успеваемость, дальнейшее образование, личностные особенности, возраст, в котором началось заболевание). Предположительные причины психического расстройства (органическое поражение головного мозга, интоксикации, хроническое соматическое заболевание, психогения, без внешне видимых причин). Первые признаки заболевания, например: «За три года до настоящего поступления без внешне видимых причин снизилось настроение, испытывала ощущение, что от нее исходит неприятный запах, перестала общаться с окружающими, отказалась от приема пищи». Далее излагаются сведения о проведенном лечении, динамике заболевания в результате проведенного лечения (ремиссия, послабление продуктивной симптоматики, видоизменение симптоматики, присоединение новых психопа-

тологических феноменов, случаи обострения заболевания и их причина).

7. Психический статус: описать психопатологические проявления, имевшие место в первые дни пребывания в отделении. Описать динамику психопатологических расстройств, указать, какие психопатологические проявления сгладились или прошли, какие остались неизменными, какие появились вновь. Указать какие применялись препараты и их лечебный эффект.

8. Дополнительные исследования. Указать основные показатели лабораторных анализов (крови, мочи); заключения функциональных и рентгенологических исследований; привести заключения психолога, консультантов — терапевта, невропатолога, других специалистов.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ШКАЛА МОНТГОМЕРИ–АСБЕРГА

Шкала Монтгомери–Асберга для оценки депрессии (MADRS) — клиническая тестовая методика, разработанная в 1979 году.

Бланк опросника

1. Объективные (видимые) признаки подавленности

Проявления угнетенности, уныния, отчаяния (более выраженных, чем при обычном временном снижении настроения) в речи, в мимике и позе. Оцениваются в соответствии с глубиной снижения настроения.

- 0 = отсутствие;
- 1 =
- 2 = выглядит подавленным, но настроение легко улучшается;
- 3 =
- 4 = выглядит подавленным и несчастным большую часть времени;
- 5 =
- 6 = выглядит крайне подавленным и угнетенным все время;

2. Субъективные признаки подавленности

Сообщение пациента о депрессивном настроении независимо от того, насколько оно проявляется внешними признаками. Включает упадок духа, угнетенность или чувство беспомощности и безнадежности. Оценивается в соответствии с интенсивностью, продолжительностью и степенью того, насколько, по описанию пациента, сниженное настроение связано с внешними событиями.

- 0 = эпизодическая подавленность, связанная с внешними обстоятельствами;
- 1 =
- 2 = печальное или подавленное настроение, легко поддающееся улучшению
- 3 =
- 4 = глубокое чувство угнетенности или уныния; настроение еще подвержено влиянию внешних событий
- 5 =
- 6 = постоянное и неизменное чувство подавленности, отчаяния или угнетенности

3. Внутреннее напряжение

Чувство болезненного дискомфорта, смятения, раздражения, психического напряжения, доходящего до паники, сильного страха или душевной боли.

- 0 = спокойное состояние; только чувство внутреннего напряжения;
- 1 =
- 2 = эпизодическое чувство раздражения или болезненного дискомфорта;
- 3 =
- 4 = постоянное чувство внутреннего напряжения, периодическая паника, преодолеваемая больным с большим трудом;
- 5 =
- 6 = неослабевающий крайне выраженный страх или душевная боль; непреодолимая паника.

4. Недостаточный сон

Уменьшение продолжительности или глубины сна в сравнении с привычными для пациента характеристиками сна.

- 0 = обычный сон
- 1 =
- 2 = незначительно затрудненное засыпание или несколько укороченный, поверхностный или прерывистый сон;
- 3 =
- 4 = укороченный сон, не менее 2 часов;
- 5 =

- 6 = менее 2–3 часов сна.

5. Снижение аппетита

Утрата аппетита. Оценивается в соответствии со степенью утраты желания поесть или усилий заставить себя принять пищу.

- 0 = нормальный или повышенный аппетит;
- 1 =
- 2 = несколько сниженный аппетит;
- 3 =
- 4 = отсутствие аппетита; пища не имеет вкуса;
- 5 =
- 6 = необходимость принуждения для приема пищи.

6. Нарушение концентрации внимания

Трудности собраться с мыслями вплоть до утраты способности сконцентрироваться. Оценивается в соответствии с интенсивностью, частотой и степенью утраты способности концентрировать внимание.

- 0 = нет нарушений концентрации;
- 1 =
- 2 = эпизодически трудно собраться с мыслями;
- 3 =
- 4 = затруднения концентрации и длительного сосредоточения со снижением способности читать или поддерживать разговор;
- 5 =
- 6 = утрата способности читать или участвовать в разговоре без значительных усилий.

7. Апатия

Затруднения начать какую-либо деятельность или замедленность начала и выполнения повседневной деятельности.

- 0 = отсутствие затруднения начать какую-либо деятельность; отсутствие замедленности;
- 1 =
- 2 = затруднения начать какую-либо деятельность;
- 3 =
- 4 = затруднения начать простую повседневную деятельность, выполнение которых требует дополнительных усилий;

- 5 =
- 6 = полная апатия; неспособность выполнить что-либо без посторонней помощи.

8. Утрата способности чувствовать

Субъективное ощущение снижения интереса к окружающему или деятельности, обычно доставляющим удовольствие. Снижение способности адекватно эмоционально реагировать на внешние события или людей.

- 0 = нормальный интерес к окружающему и людям;
- 1 =
- 2 = снижение способности получать удовольствие от того, что обычно интересно;
- 3 =
- 4 = утрата интереса к окружающему; утрата чувств к друзьям и знакомым;
- 5 =
- 6 = ощущение эмоционального паралича, утраты способности испытывать гнев, печаль или удовольствие, полной или даже болезненной утраты чувств к близким и друзьям.

9. Пессимистические мысли

Идеи собственной вины, малоценности, самоуничужения, греховности или раскаяния.

- 0 = отсутствие пессимистических мыслей;
- 1 =
- 2 = эпизодические идеи неудачливости в жизни, самоуничужения или малоценности;
- 3 =
- 4 = постоянное самообвинение или конкретные, но еще рациональные, идеи виновности или греховности; нарастающая пессимистическая оценка будущего;
- 5 =
- 6 = бредовые идеи полного краха, раскаяния или неискупимого греха; абсурдное и непоколебимое самообвинение.

10. Суицидальные мысли

Чувство, что жить больше не стоит, что естественная смерть — желаемый исход; суицидальные мысли и приготовления к самоубийству.

- 0 = жизнь приносит удовольствие или воспринимается такой, какая она есть;
- 1 =
- 2 = усталость от жизни; эпизодические мысли о самоубийстве;
- 3 =
- 4 = возможно, лучше умереть; суицидальные мысли становятся привычными, а самоубийство рассматривается как возможный способ решения проблем при отсутствии конкретных суицидальных планов или намерений;
- 5 =
- 6 = конкретное планирование совершения самоубийства при первой возможности; активные приготовления к самоубийству.

При интерпретации данных баллы рассчитываются следующим образом: каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 6 в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Максимальный суммарный балл составляет 60 баллов. Сумма баллов соответствует:

- 0–15 баллов — отсутствию депрессивного эпизода;
- 16–25 баллов — малому депрессивному эпизоду;
- 26–30 баллов — умеренному депрессивному эпизоду;
- Свыше 30 баллов — большому депрессивному эпизоду.

Структурное интервью по шкале оценки депрессии Монтгомери–Асберг (SIGMA)

Я бы хотел задать Вам несколько вопросов о прошедшей неделе. Как вы себя чувствовали с прошедшего (ДЕНЬ НЕДЕЛИ)?

ЕСЛИ ПАЦИЕНТ НЕ В СТАЦИОНАРЕ: Работаете ли вы?

ЕСЛИ НЕТ: Почему нет?

1. Наблюдаемая печаль

Представляет собой отчаяние, уныние и безнадёжность (более, чем обычное ситуационное пониженное настроение) и выражается в разговоре, мимике, пантомимике и осанке. Оценивается по степени тяжести и возможности вернуться к нормальному состоянию.

Оценка основывается на обзрении поведения пациента во время интервью и информации, полученной от информаторов.

ЕСЛИ НЕОБХОДИМО, ТО СПРОСИТЕ: Как, по Вашему мнению, Вы выглядели в течение прошлой недели? Очень уныло и подавленно?

2. Высказываемая печаль

Представляет собой повторяющиеся высказывания о депрессивном настроении, независимо от того, имеет ли оно внешнее выражение (в мимике, пантомимике и т.п.) или нет. Включает пониженное настроение, чувство отчаяния, безнадёжности, безысходности и т.д. Оценивать симптом следует по его интенсивности, продолжительности и реактивности (до какой степени такое настроение зависит от происходящих в жизни пациента событий).

В течение прошедшей недели, чувствовали ли Вы себя несчастным или грустным? Была ли депрессия? Безнадёжность?

ЕСЛИ ДА: Как сильно это проявлялось?

ЕСЛИ В ДЕПРЕССИИ: Чувствуете ли Вы себя лучше, когда думаете о чём-либо другом, или если происходит что-нибудь приятное. Или же Вы чувствуете себя плохо независимо от того, что происходит вокруг? Что-то способно улучшить Ваше настроение?

ЕСЛИ ПАЦИЕНТ ПОДТВЕРЖДАЕТ ДЕПРЕССИЮ, ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ КОНТЕКСТА СПРОСИТЕ: Как долго Вы себя так чувствуете?

3. Внутреннее напряжение

Представляет собой чувство неопределённого душевного дискомфорта, раздражённости, внутреннего смятения, психическое напряжение, возрастающее до уровня паники, чувство ужаса или тоски. Оценивается по интенсивности, частоте, длительности и реактивности.

Чувствовали ли Вы себя напряжённо или раздражённо в течение прошлой недели? Что Вам помогало чувствовать себя лучше?

4. Ухудшение сна

Представляет собой укороченный или поверхностный сон (по сравнению с привычным для пациента режимом сна)

Как Вы спали в течение прошедшей недели?

Сколько часов Вы спали по сравнению с обычным режимом?

Трудно ли Вы засыпали? Как насчёт беспробудного сна?

Был ли Ваш сон беспокоен или тревожен? Просыпались ли Вы посреди ночи?

Можете ли Вы сразу снова заснуть после пробуждения?

5. Пониженный аппетит

Представляет собой чувство потери аппетита по сравнению с тем периодом, когда пациент не был болен. Оценивается по уровню утраты желаний есть или необходимости заставлять себя принимать пищу.

Каким был Ваш аппетит на прошлой неделе? (По сравнению с Вашим обычным аппетитом?)

Насколько меньше Вас интересовала еда?

Приходилось ли Вам заставлять себя есть?

Приходится ли другим людям напоминать Вам о том, чтобы Вы поели?

6. Трудности концентрации (сосредоточения)

Представляет собой трудность собраться с мыслями, достигающая степени апрозексии. Оценивается по интенсивности, частоте и уровню утраты способности к сосредоточению.

Трудно ли Вам бывало собраться с мыслями или сосредоточиться в течение прошедшей недели?

Каковы Ваши повседневные занятия? Было ли Вам трудно на них сосредоточиться?

ЕСЛИ ДА: Сравните, пожалуйста, с тем временем, когда Вы себя хорошо чувствовали.

В состоянии ли Вы читать газету или журнал? Бывало ли так плохо, что Вам иногда было трудно поддерживать разговор?

Примечание: ТАКЖЕ ИМЕЙТЕ В ВИДУ ПОВЕДЕНИЕ ВО ВРЕМЯ ОПРОСА

7. Апатичность

Представляет собой затруднения в начинании или медлительность в инициации и исполнении каких-либо повседневных дел

Трудно ли было Вам на прошлой неделе, начать что-либо делать?

Приходилось ли Вам заставлять себя что-либо делать?

ЕСЛИ ДА: Что именно делать? Чувствуете ли Вы себя хорошо, когда уже начали что-либо делать?

Делаете ли Вы повседневные дела медленнее, чем обычно?

8. Неспособность испытывать чувства

Представляет собой субъективное переживание пониженного интереса к окружающему или к занятиям, которые обычно доставляли удовольствие. Сниженная способность адекватного эмоционального реагирования на ситуацию или окружающих людей.

Уменьшился ли Ваш интерес к окружающей среде, или к вещам, которые Вам раньше нравились?

ЕСЛИ ДА: Насколько сильно это проявлялось?

Приносят ли Вам такое же удовольствие дела и вещи, так же как раньше?

ЕСЛИ НЕТ: Насколько меньше, чем обычно?

Что Вы чувствуете по отношению к Вашим друзьям? Ваши чувства притупились, или может быть, Вы вообще ничего не чувствуете при встрече с ними?

Испытываете ли Вы вообще какие-либо чувства, как например, злость, скорбь или наслаждение, по сравнению с тем, когда Вы себя нормально чувствовали?

9. Пессимистические мысли

Представляет собой мысли о виновности, крахе, неполноценности, греховности, самоупреки, угрызения совести, сожаления

Были ли Вы настроены пессимистично в течение прошедшей недели?

ЕСЛИ ДА: Насколько пессимистично Вы себя чувствовали? Что Вы думаете о будущем? На прошлой неделе, пытались возникли ли идеи самоуничужения, например, Вы чувствовали, что Вы в некоторой степени неудачник?

Винили ли Вы себя в том, что Вы что-то сделали не так или вообще не сделали в прошлом?

Чувствовали ли Вы себя виновным в чем-либо или грешником в течение прошедшей недели?

ЕСЛИ ДА: Какие мысли были у Вас на уме?

10. Суицидальные мысли

Представляют собой чувство, что жить не стоит, что естественная смерть — лучший выход, мысли о самоубийстве и пригото-

ления к самоубийству. Попытки самоубийства, сами по себе не должны влиять на оценку.

В течение прошедшей недели, были ли у Вас мысли о том, что жить не стоит, и что Вам бы лучше умереть? Были ли у Вас мысли о том, чтобы нанести себе самоповреждения или даже покончить с собой?

ЕСЛИ ДА: О чём Вы думали? Строили ли Вы планы самоубийства? Говорили ли Вы об этом кому-нибудь?

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

ШКАЛА BPRS

Краткая оценочная психиатрическая шкала (BPRS) — клиническая психиатрическая шкала для оценки степени выраженности продуктивной психопатологической симптоматики, разработанная Overall и Gorham в 1962 г.

В стандартной версии она содержит 18 психопатологических (психотических) признаков, оцениваемых в 7 градациях тяжести. BPRS широко используется в психиатрии для определения динамики интенсивности психопатологических расстройств при лечении антидепрессантами, транквилизаторами и особенно нейролептиками.

J.Overall выделяет 5 таких синдромов (факторов), объединяющих отдельные основные признаки BPRS:

- 1) тревожная депрессия (признаки 1, 2, 5, 9);
- 2) нарушения мышления (признаки 4, 8, 12, 15);
- 3) апатия, заторможенность (признаки 3, 13, 16, 18);
- 4) подозрительность, враждебность (признаки 10, 11, 14);
- 5) возбуждение — напряжение (признаки 6, 7, 17).

Оценка состояния проводится по сумме баллов всех признаков внутри каждого фактора. BPRS дает надежные результаты только при грубом отграничении аффективных (преимущественно депрессивных) состояний от шизофренических с бредовой и гебефренической симптоматикой.

Каждый пункт оценивается специалистом — врачом-психиатром от 1 (расстройство не выражено) до 7 (выражено максимально).

Оценка пунктов:

- 1) отсутствует;

- 2) весьма незначительно;
- 3) незначительно;
- 4) умеренно;
- 5) умеренно выражено;
- 6) выражено;
- 7) крайняя степень выраженности.

1. Отношение к соматическому состоянию

Степень обращенности к имеющемуся состоянию физического здоровья. Оценивайте, в какой степени физическое здоровье рассматривается пациентом в качестве проблемы, вне зависимости от того, имеются ли основания для жалоб, или нет.

2. Тревога

Чрезмерная озабоченность, опасения, тревога относительно настоящего и будущего. Оценивайте лишь высказывания больного о его субъективных переживаниях. Не следует делать выводы о наличии страха по соматическим симптомам или невротическим защитным механизмам.

3. Эмоциональный уход в себя

Недостаток эмоционального контакта с собеседником и недостаточный учет ситуации осмотра. Оценивайте лишь то, насколько больному не удастся установить эмоциональный контакт с другими лицами в ситуации общения.

4. Распад мыслительных процессов

Степень, до которой мыслительный процесс оказывается спутанным, инкогерентным или разорванным. Оценивайте лишь интеграцию вербальных выражений, а не субъективное впечатление, имеющееся у больного о своих мыслительных возможностях.

5. Чувство вины

Чрезмерная озабоченность или угрызения совести относительно прежнего поведения. Оценивайте субъективное переживание вины на основе высказываний больного и их аффективного сопровождения. Не следует делать вывод о наличии чувства вины лишь потому, что обнаруживаются депрессия, тревога или невротическая защита.

6. Напряженность

Признаки напряженности, «нервозности» и повышенной двигательной активности в моторике. Описывайте лишь двигательные признаки напряженности, а не субъективные переживания больного.

7. Манерность, вычурность поведения

Бросающиеся в глаза особенности психомоторики, необычный рисунок двигательного поведения, выделяющий определенных психически больных из группы «нормальных». Оценивайте лишь качественные отклонения картины моторики, а не просто повышенную двигательную активность.

8. Идеи величия

Повышенная самооценка, убежденность в собственной необыкновенной силе и способностях. Оценивайте лишь высказывания больных о себе или в сравнении с другими, но не поведение в ситуации беседы.

9. Депрессивное настроение

Подавленность, печаль. Оценивайте лишь степень подавленности. Не делайте выводов на основании таких сопутствующих депрессивных проявлений, как общая заторможенность и соматические симптомы.

10. Враждебность

Недоброжелательность, уничижительное, презрительное отношение, враждебность к лицам вне ситуации осмотра. Оценивайте лишь высказывания больного о своих чувствах и действиях по отношению к другим. Не следует делать выводы о враждебности на основании наличия невротической защиты, тревоги или соматических симптомов. Поведение относительно проводящего осмотр оценивается в п. 14 (снижение установки на сотрудничество с врачом).

11. Подозрительность, параноидные содержания

Убежденность (бредовая или иная) в том, что окружающие имеют или имели желание причинить вред больному или отрицательно оценивали его. Оценивайте лишь те подозрения, которые основываются на устойчивых соответствующих высказываниях,

вне зависимости от того, касаются ли они недавних или более ранних ситуаций.

12. Галлюцинации

Восприятия, не основанные на соответствующих нормальных внешних раздражителях. Оценивайте лишь такие переживания, которые, по высказываниям больного, появились в течение последних недель и которые — так, как они описывались — демонстрируют отчетливые отличия от нормального мышления и представлений.

13. Двигательная заторможенность

Снижение энергетического уровня, видимое по замедлению движений. Оценивайте лишь наблюдаемое поведение больного, а не его субъективное впечатление о своей бодрости.

14. Снижение установки на сотрудничество с врачом

Очевидное сопротивление, недовольство, предубежденность и недостаточная готовность сотрудничать с проводящим осмотр. Оценивайте лишь установку больного и его реакции на проводящего осмотр и на ситуацию осмотра. Не оценивайте высказывания, свидетельствующие об отсутствии установки на сотрудничество вне ситуации осмотра.

15. Вычурность мышления

Необычные, странные, причудливые или вычурные содержания мышления. Оценивайте лишь степень необычности, а не степень распада процесса мышления (формальные нарушения мышления учитываются в п. 4).

16. Аффективная уплощенность, притупление

Редуцированная эмоциональность, очевидный недостаток нормальных чувств и вовлеченности.

17. Возбуждение

Повышенная эмоциональность, ажитированность, повышенная амплитуда реакций.

18. Нарушения ориентировки

Спутанность или недостаточная способность к ориентировке в месте, времени или окружающих лицах.

Интерпретация результатов

Сложите оценки по всем 18 пунктам. Запишите общий балл. Спустя несколько дней терапии сделайте то же самое. Сравните значения общего балла в динамике с целью определения качества ответа на терапию

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

ШКАЛА ТРЕВОГИ СПИЛБЕРГЕРА

Инструкция

Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет.

Шкала ситуативной тревожности

Инструкция: Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет.

Суждения

№ п/п	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я внутренне скован	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4

№ п/п	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я ощущаю душевный покой	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряжения	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

Шкала личной тревожности

Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не думайте, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

Суждения

№ п/п	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
21	У меня бывает приподнятое настроение	1	2	3	4
22	Я бываю раздражительным	1	2	3	4
23	Я легко расстраиваюсь	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4
25	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4
26	Я чувствую прилив сил и желание работать	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я бываю вполне счастливым	1	2	3	4
31	Я все принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Я чувствую себя беззащитным	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я бываю доволен	1	2	3	4
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Обработка результатов включает следующие этапы:

- Определение показателей ситуативной и личностной тревожности с помощью ключа.
- На основе оценки уровня тревожности составление рекомендаций для коррекции поведения испытуемого.
- Вычисление среднегруппового показателя ситуативной тревожности (СТ) и личностной тревожности (ЛТ) и их сравнительный анализ в зависимости, например, от половой принадлежности испытуемых.

Ключ

СТ	Ответы				ЛТ	Ответы			
№№	1	2	3	4	№№	1	2	3	4
<i>Ситуативная тревожность</i>					<i>Личностная тревожность</i>				
1	4	3	2	1	21	4	3	2	1
2	4	3	2	1	22	1	2	3	4
3	1	2	3	4	23	1	2	3	4
4	1	2	3	4	24	1	2	3	4
5	4	3	2	1	25	1	2	3	4
6	1	2	3	4	26	4	3	2	1
7	1	2	3	4	27	4	3	2	1
8	4	3	2	1	28	1	2	3	4
9	1	2	3	4	29	1	2	3	4
10	4	3	2	1	30	4	3	2	1
11	4	3	2	1	31	1	2	3	4
12	1	2	3	4	32	1	2	3	4
13	1	2	3	4	33	1	2	3	4
14	1	2	3	4	34	1	2	3	4
15	4	3	2	1	35	1	2	3	4
16	4	3	2	1	36	4	3	2	1

17	1	2	3	4	37	1	2	3	4
18	1	2	3	4	38	1	2	3	4
19	4	3	2	1	39	4	3	2	1
20	4	3	2	1	40	1	2	3	4

При анализе результатов самооценки надо иметь в виду, что общий итоговый показатель по каждой из подшкал может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. При этом чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности (ситуативной или личностной).

При интерпретации показателей можно использовать следующие ориентировочные оценки тревожности:

- до 30 баллов — низкая;
- 31–44 балла — умеренная;
- 45 и более — высокая.

Личности, относимые к категории *высокотревожных*, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест выражает у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа.

Лицам с высокой оценкой тревожности следует формировать чувство уверенности и успеха. Им необходимо смещать акцент с внешней требовательности, категоричности, высокой значимости в постановке задач на содержательное осмысление деятельности и конкретное планирование по подзадам.

Для *низкотревожных* людей, напротив, требуется пробуждение активности, подчеркивание мотивационных компонентов деятельности, возбуждение заинтересованности, высвечивание чувства ответственности в решении тех или иных задач.

Состояние **реактивной (ситуационной) тревоги** возникает при попадании в стрессовую ситуацию и характеризуется субъективным дискомфортом, напряженностью, беспокойством и вегетативным возбуждением. Естественно, это состояние отличается неустойчивостью во времени и различной интенсивностью в зависимости от силы воздействия стрессовой ситуации. Таким образом, значение итогового показателя по данной подшкале позволяет оценить не только уровень актуальной тревоги испытуемого, но и определить, находится ли он под воздействием стрессовой ситуации и какова интенсивность этого воздействия на него.

Личностная тревожность представляет собой конституциональную черту, обуславливающую склонность воспринимать угрозу в широком диапазоне ситуаций. При высокой личностной тревожности каждая из этих ситуаций будет обладать стрессовым воздействием на субъекта и вызывать у него выраженную тревогу. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями.

Сопоставление результатов по обеим подшкалам дает возможность оценить индивидуальную значимость стрессовой ситуации для испытуемого. Шкала Спилбергера в силу своей относительной простоты и эффективности широко применяется в клинике с различными целями: определение выраженности тревожных переживаний, оценка состояния в динамике и др.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите все правильные ответы.

1. Для депрессивных больных характерно:

- а) астеническое мышление
- б) замедленное мышление
- в) лабиринтарное мышление
- г) аментивное мышление
- д) атактическое мышление

2. При каких состояниях встречается гипермнезия:

- а) депрессия
- б) астения
- в) тревога
- г) мания
- д) аменция

3. Смешанные состояния характеризуются сочетанием:

- а) тревоги и депрессии
- б) тревоги и мании
- в) мании и депрессии
- г) депрессии и бреда
- д) мании и бреда

4. Наиболее точное определение чувства «витальной тоски»:

- а) все соматические расстройства у депрессивных больных
- б) физическое ощущение боли и тяжести в груди при депрессии

- в) тоска, не сопровождающаяся соматическими жалобами
- г) головные боли у депрессивных больных
- д) синоним маскированной депрессии

5. При депрессии могут наблюдаться:

- а) ступор
- б) сопор
- в) обсессии
- г) парафрения
- д) ажитация

6. Нарушения мышления при шизофрении характеризуются:

- а) преобладание абстракции и символики
- б) преобладание конкретности мышления
- в) логичность
- г) обстоятельность
- д) целенаправленность

7. Ощущение чуждости мыслей, отчуждения всех психических процессов характерно для синдрома:

- а) Кандинского–Клерамбо
- б) маниакального
- в) астенического
- г) деперсонализации
- д) дереализации

8. Негативизм является типичным симптомом:

- а) простой шизофрении
- б) параноидной шизофрении
- в) кататонической шизофрении
- г) шизоаффективного расстройства
- д) шизотипического расстройства

9. Симптомы первого ранга при шизофрении по К. Шнайдеру:

- а) ипохондрический бред и сенестопатии
- б) отнятие и вкладывание мыслей

- в) апатию и абулию
- г) амбивалентность и аутизм
- д) бред преследования и отравления

10. При шизофрении наиболее часто встречаются расстройства:

- а) ориентировки
- б) памяти
- в) настроения
- г) мышления
- д) внимания

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

- 1 — б
- 2 — г
- 3 — в
- 4 — б
- 5 — а, в, д
- 6 — а
- 7 — а
- 8 — в
- 9 — б
- 10 — г

Для заметок

В. Э. Пашковский, А. П. Савельев, А. Е. Добровольская

ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Учебно-методическое пособие

Редактор *Т.В. Руксина*

Технический редактор *Е.Ю. Паллей*

Подписано в печать 24.09.2017 г.

Формат бумаги 60×84/16. Уч.-изд. л. 3,1. Усл. печ. л. 2,33.

Тираж 100 экз. Заказ № 000

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.