

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И
СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ
ГОУ ВПО «САРАТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. В.И.РАЗУМОВСКОГО РОСЗДРАВА»

КАФЕДРА ПСИХИАРИИ И НАРКОЛОГИИ

Ю.Б. Барыльник, Е.В. Колесниченко, Ю.С. Абросимова

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНОГО

Учебное пособие для студентов

Саратов, 2010 г.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

«Qui bene interrogat - bene dignoscit; qui bene dignoscit - bene curat».¹
Латинское изречение

В психиатрии так же, как это было и сто, и сто пятьдесят лет тому назад, основным по-прежнему является клинический метод, в котором, по словам П.Б.Ганнушкина (1924), главное место принадлежит расспросу. Данное положение справедливо и в настоящее время. "Основным приемом исследования психически больных служит расспрос" (А.В.Снежневский, 1983).

Расспрос больного (диагностическое интервью) позволяет выявить клинические факты, определяющие его настоящее психическое состояние, и собрать субъективный анамнез. Расспрос родственников и лиц, знающих больного, позволяет собрать объективный анамнез, который дает возможность:

- 1) уточнить высказывания больного об уже выявленных у него психопатологических расстройствах;
- 2) выявить те их них, о которых больной не говорил, и с их помощью уточнить его психический статус и субъективный анамнез;
- 3) оценить присущие больному личностные особенности и то, как они изменились за время болезни. Хорошо собранный анамнез позволяет установить достоверный диагноз болезни и индивидуальный диагноз больного.

Разумеется, для успешного исследования необходимо знание фактического материала, составляющего предмет психиатрии. Однако совершенно недостаточно заучить сведения, которые излагаются в учебных пособиях по психиатрии. Клиническое исследование, в котором главенствующая роль принадлежит расспросу, собеседованию, несомненно, предъявляет определенные требования к врачу как к человеку. Любому больному человеку совершенно необходимо, чтобы его поняли. Психически больные нуждаются в понимании больше, чем кто-либо из всех больных вообще. Для понимания больного человека, в том числе и страдающего психическими расстройствами, мало одних профессиональных знаний. Нужна еще и способность проникнуть в чужую сущность, а для этого необходима психологическая одаренность. Обязательным ее свойством должна быть высокоразвитая эмоциональность, в первую очередь эмоциональная откликаемость—эмоциональный резонанс. Именно последний дает врачу возможность почувствовать проблемы больного человека в том случае, когда доводы ума и опыта не в состоянии этого сделать. Эмоциональный резонанс играет очень важную роль в таком явлении, как сопереживание.

¹ Кто хорошо расспрашивает – хорошо диагностирует; кто хорошо диагностирует – хорошо лечит.

В беседе с психически больными недопустимы слащавость, лицемерие, фамильярность, ирония, снисходительный тон. Недопустимы обман больного и недоверие к тому, что он сообщает врачу. Неправильный расспрос, в частности, недоверие врача к тому, что ему сообщают о своем состоянии больные, — наиболее частая причина агрессивных действий больных.

Врач при расспросе больного должен проявлять доброжелательную заинтересованность. Умелый расспрос психически больного обеспечивает не только успех в получении необходимых врачу клинических фактов. Это в очень большом числе случаев одновременно оказывает и положительное психическое влияние. Сознательные психические больные всегда, а больные с психозами нередко хорошо запоминают, как с ними разговаривали. Диагностическая беседа для очень многих больных становится одновременно и началом психотерапевтического воздействия. Умение сочетать в диагностической беседе с психически больным оба эти направления всегда отличали лучших врачей.

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

История болезни — учетно-оперативный документ, составляемый в стационарных и амбулаторных медицинских учреждениях: предназначен для регистрации сведений о болезни, ее диагнозе, развитии, исходе, лечебно-профилактических мероприятиях, проведенных больному за время его лечения и наблюдения медицинским учреждением. История болезни — не только медицинский, но также — научный и юридический документ.

При написании психиатрической части истории болезни — анамнеза и психического статуса — нельзя ограничиваться исключительно психиатрической терминологией, которая дает квалификационную оценку психическим расстройствам. Дело в том, что не редки разночтения терминов в среде специалистов, а также содержание терминов с годами может претерпевать изменения. Описательный метод делает историю болезни объективным документом, ценность которого не утрачивается со временем. Поэтому за каждым обозначенным симптомом должна следовать расшифровка в виде описания того, что подразумевает под собой симптом в данном конкретном случае.

Психический статус не стоит перегружать упоминанием тех расстройств, которых нет у больного. И отмечая, что того или иного расстройства у больного нет, нельзя быть категоричным: в случае диссимуляции² ряда проявлений болезни, некоторые из них могут оказаться нераспознанными, незамеченными. Лучше писать об отсутствии того или иного расстройства, пользуясь более мягкими оборотами речи, например, *бредовых идей выявить не удаётся*.

При описании неврологического и соматического состояния допустима сжатость и фиксация преимущественно патологических симптомов.

² Диссимуляция (dissimulatio; греч. dys — отклонение, нарушение + лат. simulo — сокрытие, утаивание) — утаивание, сокрытие своего заболевания или его симптомов с целью введения в заблуждение врача или иных лиц относительно истинного состояния своего здоровья.

Ниже приведена примерная схема написания истории болезни психически больного.

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНОГО

I. Общие сведения

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Возраст
3. Домашний адрес
4. Место работы
5. Профессия, выполняемая работа или должность
6. Дата поступления в клинику

II. Жалобы

Описываются жалобы больного при поступлении в клинику, жалобы в настоящее время. Если больной не предъявляет жалоб, то те жалобы, которые предъявляют окружающие больного.

III. Наследственность

Сведения о родственниках (дед, бабушка, отец, мать, братья, сестры, дети) составляются на каждого члена семьи отдельно по линии отца и матери, отмечается здоровье соматическое и психическое, дается характеристика личности — особенности интеллекта и характера. Выясняется, не было ли психических заболеваний, сифилиса, алкоголизма, самоубийств, странностей в поведении.

IV. История жизни

1. Младенчество, детство.

Место рождения, каким ребенком родился по счету, возраст отца и матери в это время. Течение беременности, болезни матери в этот период (травмы, инфекции, интоксикации). Роды (отмечается патология – наложение щипцов, вакуум-экстрактора, интоксикации, родовые травмы). Характер вскармливания. Развитие в раннем детстве, различные варианты его задержки. Заболевания, перенесенные в раннем детском возрасте.

2. Дошкольный возраст.

Особенности поведения и характера (послушание, непоседливость и др.). Капризы, ночные страхи, недержание мочи, судороги, припадки, заикание.

3. Школьный возраст.

Со скольких лет начал учиться в школе, успеваемость, любимые предметы. Затруднения в обучении (не оставался ли на второй год). Взаимоотношения с товарищами, учителями, родителями. Участие в общественной жизни класса, школы. Отдых, его характер, продолжительность; интересы, увлечения. Занятие физкультурой, спортом.

4. Период полового созревания.

Особенности периода полового созревания. Своеобразие характера (робость, грубость, эгоизм и др.). Отношение к другому полу. У женщин – время появления менструаций, их регулярность, болезненность, продолжительность, сопутствующие явления, в частности, изменения настроения и др.

5. Юношеский и зрелый возраст.

Поведение и характер (застенчивость, самоуверенность, развязность и др.). Стиль поведения, одежды, манеры. С каких лет начал трудовую жизнь, профессия и условия труда. Обстановка на работе, отношение к труду, контакт с коллективом, конфликты на работе, реакции на конфликты. Как справлялся со своими обязанностями (активность, инициатива, утомляемость). Общественная деятельность.

Вредные привычки: курение – с каких лет. Употребление спиртных напитков, наркотиков, с каких лет, вид, дозы, продолжительность, осложнения, в частности, психические нарушения.

Перенесенные заболевания (травмы, инфекции, интоксикации), их лечение и последствия.

Семейная жизнь, домашняя обстановка, взаимоотношения между членами семьи, *vita sexualis* (активность, отклонения – aberrации, перверзии).

6. Социально-бытовые условия в настоящее время: Экономика семьи. Жилищные условия. Одежда, обувь. Питание: характер и полноценность пищи, регулярность ее приема, употребление большого количества жидкости, крепкого чая, кофе. Отдых, времяпрепровождение, его особенности.

V. История заболевания

При беседе с больным и его родственниками выясняются подробности начала заболевания, возраст больного на тот момент, первые признаки: головные боли (характер и локализация), нарушение сна (бессонница, сонливость, извращение формулы сна), аппетита, дисфункции соматической системы (сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной), повышенная утомляемость, раздражительность, ощущение перемены в себе и окружающем, немотивированные колебания настроения, диффузные страхи, растерянность, изменение взаимоотношений с окружающими, снижение работоспособности, неадекватные поступки и др. Выясняется, обращался ли больной в этот период к врачу, какое лечение было назначено, его результаты.

Затем освещаются симптомы выраженного заболевания: выясняются время появления и характер психотических симптомов: галлюцинаций, бредовых идей, эмоциональных расстройств (депрессии, мании, апатии, амбивалентности и др.), расстройства поведения (неадекватность, абулия,

кататонические симптомы и т. д.). Наличие и характер суицидальных тенденций.

Описывается течение заболевания: были ли обострения и рецидивы (если были, то в чем проявлялись, где и какое лечение проводилось), выясняется характер и уровень ремиссий, выраженность и симптомы психического дефекта.

Выявляются симптомы болезни, послужившей причиной направления в стационар и стационарирования больного. Проявления болезни в стационаре.

История развития заболевания должна быть описана до момента начала курации.

VI. Настоящее состояние больного

1. Соматическое.

Телосложение, рост, питание, кожные и слизистые покровы. Костно-мышечная система, железы.

Сердечно-сосудистая система: пульс на лучевой артерии, кровяное давление. Перкуссия сердца: границы относительной тупости сердца. Аускультация сердца: основные I и II тоны сердца, их громкость; шумы: локализация, отношение к фазам сердечного цикла, громкость.

Система внешнего дыхания: тип, ритм и частота дыхания. Перкуссия – границы легких, характер перкуторного звука. Аускультация: характер дыхательных шумов; хрипы, крепитация, шум трения плевры.

Система пищеварения: аппетит, запах изо рта, слюнотечение, тошнота, рвота. Деятельность кишечника (стул).

Губы, зубы, десны, язык. Зев, миндалины, глотка. Осмотр живота, его участие в дыхании: Видимое увеличение печени и желчного пузыря, определение верхней границы печени. Мочевыделительная система, болезненность в области почек и мочевого пузыря, характер мочеиспускания.

2. Нервная система: Симметрия лица. Реакция зрачков на свет, сравнение ее с реакцией на конвергенцию и аккомодацию. Состояние черепно-мозговых нервов. Корнеальные рефлексы. Рефлексы: сухожильные, надкостничные, поверхностные (брюшные, кремастерные). Патологические рефлексы. Чувствительность: сохранена, анестезия, гипестезия, гиперестезия, область этих расстройств. Менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц, симптом Кернига и др. Вазомоторные расстройства, дермографизм, нервные отеки. Потоотделение, слюноотделение. Трофические расстройства.

Психическое состояние

Лицо – выразительное, амимичное; выражение – тоскливое, безразличное, тупое и т. д.. Мимика – живая, бедная; внешний вид: аккуратен, небрежен в одежде, неряшлив, не следит за собой, не причесан;

неопрятен, грязен, обслуживается персоналом. Жесты – размахистые, свободные, скованные.

Контакт с больным – контактен, многоречив; избирательно вступает в контакт, контакт устанавливается с трудом, контакт формальный, на вопросы отвечает односложно; недоступен контакту.

Отношение к врачу – доверчив, откровенен, скрытен, диссимулирует.

Сознание — ориентировка во времени, окружающей обстановке и своей личности. Расстройства сознания: растерянность, оглушенность, онейроид, делирий, аменция, сумеречное состояние и др.

Критика своего состояния: имеется, формальная, частичная, полностью отсутствует.

Расстройства восприятия: иллюзии (зрительные, слуховые и др.), фотопсии, акоазмы; сенестопатии; галлюцинации (зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые и т. д.); псевдогаллюцинации (слуховые, зрительные), синдром Кандинского-Клерамбо (звучащие мысли, передача мыслей на расстоянии, открытость мыслей, чтение и отнятие мыслей). Необходимо также отметить аффективную и моторную реакцию больного на имеющиеся у него расстройства восприятий (вербальные, комментирующие, императивные).

Расстройства интеллекта: слабоумие врожденное (степени дебильности, имбецильности, идиотии) или приобретенное (лакунарное, глобарное).

Нарушения памяти: гипермнезия, гипомнезия, амнезия, парамнезия (псевдореминисценции, конфабуляции). Корсаковский синдром.

Расстройства мышления: в течении представлений — порхающее, замедленное, обстоятельное, разорванное и т. д.; по содержанию — навязчивые, сверхценные, бредовые (толкования, преследования, отношения, значения самообвинения, ипохондрические и др.) идеи.

Расстройства эмоций: депрессивное, маниакальное состояние, апатия, эйфория, дисфория, эмоциональная лабильность, раздражительная слабость, слабодушие и др.

Волевые расстройства: гипербулия, гипобулия, абулия, парабулия – кататонические симптомы – ступор, возбуждение, манерность, негативизм, эхолоалия, эхопраксия и др.

Поведение – правильное, соответствующее болезненным переживаниям, неадекватное, асоциальное; нарушение взаимоотношений с окружающими, несоблюдение режима, участие в жизни отделения, работа в трудотерапевтических мастерских, проведение досуга.

Нарушение внимания: истощаемость, отвлекаемость, рассеянность, патологическая прикованность.

Расстройства влечений: пищевого – повышение, снижение аппетита, отказ от пищи, извращение – поедание несъедобного; самосохранения – самоистязание, самоуродование, самоубийство (тенденции, попытки); полового – гиперэротизм, гипоэротизм, перверзии в акте или объекте.

Трудоспособность: сохранена, нарушена.

Особенности сна: бессонница, сонливость, агрипния.

VII. Параклинические методы исследования

Лабораторные данные: общие анализы крови, мочи; биохимические – сахар крови (сахарная кривая), холестерин крови. Протромбиновый индекс. Исследование спинномозговой жидкости.

Рентгенологическое исследование, в частности черепа. Исследование глазного дна.

Электрофизиологические методы исследования: электроэнцефалография, электроэнцефалоскопия; электрокардиография.

Психологические: запоминание 6 цифр. Пересказ литературного отрывка, исключение предметов и понятий, задачи на обобщение, различие, переносный смысл пословиц; ассоциативный эксперимент, корректурная проба. Проба почерка.

VIII. Установление синдромов по данным клинического обследования

Из признаков, выявленных при опросе больного и его родственников, а также при наблюдении больного в стационаре или амбулатории, выделяется ведущий синдром, характеризующий патогенетические особенности заболевания и служащий основанием для построения диагноза.

IX. Диагноз и его обоснование.

Обоснование диагноза строится на основании тщательного анализа жалоб больного, отграничении жалоб, свойственных больному психическим заболеванием от жалоб, связанных с состоянием внутренних органов, периферической нервной системы и т. д.

Внимательное изучение анамнеза позволяет выявить динамику симптомов, смену одних симптомов другими, становление ведущего синдрома; а также дает возможность определить характер течения заболевания (острый, хронический, ремитирующий, периодический, циклический и т. д.) и установить степень и быстроту нарастания дефекта личности.

Клинический анализ соматического, неврологического и психического статуса больного с выделением ведущего синдрома является завершающим этапом в построении клинического диагноза больного.

Диагноз подкрепляется данными параклинического исследования, также подвергающимся клиническому анализу с выделением основных особенностей, свойственных предположительно установленному психическому заболеванию и второстепенных, связанных с каким-либо сопутствующими заболеваниями внутренних органов или нервной системы.

Х. Лечение

При назначении лечения больному следует руководствоваться: данными об этиологии и патогенезе заболевания – в случае если этиология и патогенез болезни известны, должна назначаться этиопатогенетическая терапия (антибиотики при воспалительных заболеваниях, противосифилитическое лечение в случаях последствий сифилиса, дегидратационная и рассасывающая терапия при травмах головного мозга и т. д.); данными о ведущем синдроме, что требует назначения соответствующих психотропных средств: антидепрессантов (амитриптилин, флуоксетин, милнаципран, сертралин, пароксетин и др.); антипсихотических препаратов (аминазин, хлорпротиксен, трифтазин, галоперидол и др.); малых транквилизаторов (мепробамат, триоксазин, седуксен, элениум и др.).

Каждому больному, в связи с характером заболевания и ведущими патогенетическими его механизмами, а также учитывая токсическое влияние психотропных препаратов, назначается общеукрепляющее лечение, в том числе массивная витаминотерапия.

Непременным элементом лечения каждого больного является психотерапия (разубеждение в беседе, аутогенная тренировка, гипнотерапия – в зависимости от характера заболевания).

Назначая лечение больному, составляем его перспективный план, в ряде случаев подразделяя терапию на ряд этапов в связи с состоянием больного и, как правило, комплексируя ее. Так например, первый этап – снятие (устранение) возбуждения, второй – общеукрепляющее лечение, третий – применение психотропных средств и т. д. План лечения записывается в истории болезни. При изменении состояния больного в некоторых случаях меняется план лечения, что также находит отражение в документации.

На основе представлений о патогенезе заболевания и его клинических проявлений составляются рекомендации относительно режима больного и его физической активности, решается вопрос о целесообразности его участия в трудовых процессах (направление в мастерскую трудотерапии) и выбирается адекватная форма трудотерапии, а также диета.

ХІ. Основы наблюдения за больным

Наблюдение за больным должно проводиться ежедневно, причем, отмечаются изменения в психическом состоянии больного, в его поведении. Данные настоящего наблюдения сравниваются с ранее выявленной у него клинической картиной, делаются выводы об изменении в течение заболевания, эффективности проводимой терапии. Решается вопрос о необходимости дополнительных параклинических исследований, изменений в тактике подхода к больному и характере (форме) психотерапии.

В дневнике кратко и ясно описываются все изменения в психическом состоянии больного, приводятся данные объективного наблюдения, с целью подтверждения и иллюстрации в некоторых случаях производится запись высказываний больного.

ХII. Эпикриз

В эпикризе приводятся краткие сведения о динамике психического и соматического состояния больного за время пребывания в стационаре, отмечается влияние терапевтических мероприятий (каждого в отдельности). Дается оценка состояния больного на данный период.

ХIII. Рекомендации больному, выписываемому из стационара

При выписке больного ему и родственникам даются соответствующие рекомендации. Наиболее существенные из них отмечаются в обменной карте, направляемой в поликлинику.

Определяется характер поддерживающей терапии: устанавливаются дозы психотропного препарата, который больному необходимо принимать в домашних условиях, особенно в случае неполного выхода из психического заболевания в целях вторичной профилактики. Рекомендуются характер и регулярность соматического обследования.

Устанавливается режим труда: через какой срок, приблизительно, и в каком объеме может быть начата трудовая деятельность, даются рекомендации о смене работы, о возможности работы у станка, на высоте, у огня и т. д. Даются рекомендации о физической активности в быту, о характере режима и питания.

Рекомендации больному при выписке из стационара являются основанием для лечебно-профилактической работы врача поликлиники. Однако врач поликлиники вносит изменения в план амбулаторного лечения в зависимости от течения заболевания у больного.

ПРИМЕРНЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮ

Жалобы больного

1. На что Вы жалуетесь?
2. Что случилось с Вами?
3. Что (ещё) беспокоит?
4. Что Вас привело в больницу?
5. Как Вы себя чувствуете?
6. Есть ещё какие-нибудь жалобы?

Анамнез

Наследственность и семейный анамнез

1. Сколько человек в семье?
2. У Вас есть дети? Сколько?
3. Дети здоровы?
4. Ваши родители живы, умерли?
5. От чего они умерли? В каком возрасте?
6. У Вас есть братья, сёстры?
7. Они здоровы?
8. В Вашей семье кто-нибудь (был) серьёзно болен?
9. В Вашей семье были (есть) больные эпилепсией (шизофренией, другими психическими расстройствами)?
10. У Вас в семье были (есть) душевнобольные или покончившие жизнь самоубийством?
11. В Вашей семье ещё кто-нибудь имеет подобные жалобы?

История жизни и развития заболевания

1. Каким по счету ребёнком Вы были в семье?
2. Сколько лет было Вашим родителям, когда Вы родились?
3. Не было у Вашей матери самопроизвольных выкидышей?
4. Как протекали беременность и роды у Вашей матери?
5. Как Вы развивались в детском возрасте (прорезывание зубов, начало стояния и ходьбы, развитие речи)?
6. Не было ли детских ночных страхов (сноговорения, снохождения, ночного недержания мочи, судорожных явлений, заикания)?
7. В каком возрасте Вы пошли в школу?
8. Какая была успеваемость в школе?
9. Были ли друзья в школе? Сколько?
10. Вы легко заводите друзей?
11. С какого возраста Вы начали работать?
12. Где и кем?
13. Сколько лет Вы работаете на данном предприятии (по данной профессии)?
14. Почему поменяли работу?
15. Какие санитарные условия и производственные вредности у Вас на работе?
16. Работа ночная (дневная, сменная)?
17. Какие у Вас жилищные условия? Кто проживает вместе с Вами?

Перенесённые болезни и вредные привычки

1. Какими болезнями Вы болели в прошлом?
2. Какие болезни Вы перенесли в детстве?

3. Вы болели венерическими болезнями (сифилис, гонорея)?
4. У Вас не было инфекционных заболеваний (туберкулез, менингит, энцефалит)?
5. Не было ли у Вас черепно-мозговых травм?
6. У Вас есть повышенная чувствительность к каким-нибудь лекарствам?
7. Вы курите? Сколько сигарет в течение дня Вы выкуриваете?
8. У Вас есть пристрастие к спиртным напиткам (наркотикам, какому-нибудь лекарству)?
9. Как часто Вы употребляете спиртные напитки? Какие?
10. Возникает ли у Вас похмелье?
11. Много ли Вам нужно выпить, чтобы захмелеть?

Характер больного (до начала психического заболевания)

1. Каким Вы были по характеру в детстве (общительным или замкнутым, смелым или робким, энергичным или спокойным)?
2. Какие у Вас были отношения с родителями, товарищами и учителями в школе?
3. Каким Вы были по характеру в зрелом возрасте?

История настоящего заболевания

1. Когда появились первые признаки психического заболевания?
2. Как давно Вы болеете?
3. Вы лечились по поводу своей болезни?
4. В чём состояло лечение?
5. Наступало ли улучшение после лечения?
6. Болезнь нарастала постепенно или наступали периоды улучшения?
7. С чем Вы связываете начало заболевания и его обострения?

Описание психического статуса

Расстройства восприятия

1. Не было ли у Вас переживаний, которые можно было бы назвать видениями?
2. Вы видите их глазами или «внутренним взором»?
3. Вы можете указать место, где Вы их видите?
4. Вы видите образы перед собой или боковым зрением?
5. Они издают какие-либо звуки, говорят что-нибудь?
6. Не случилось ли Вам слышать человеческий голос в комнате, когда там не было людей?
7. Слышите ли Вы какие-то внутренние голоса, голоса извне, когда Вы находитесь один (одна)?
8. Вы говорите, что эти голоса разговаривают с Вами. Можете ли Вы сказать, что они говорят?

9. Вы узнаете, чей это голос?
10. Что они заставляют Вас делать?
11. Чувствуете ли Вы какие-нибудь необычные запахи?
12. Чувствуете ли Вы, что обычная пища изменила свой вкус?
13. Ощущаете ли Вы прикосновения, дотрагивания, поглаживания и другие ощущения на коже, когда рядом с Вами никого нет?
14. Нет ли у Вас ощущения, что кто-то специально создаёт у Вас голоса, видения или запахи?
15. Бывает ли у Вас ощущение, что всё вокруг изменилось, стало странным, предметы кажутся Вам искажёнными (незнакомыми, расположенными на более дальнем или более близком расстоянии)?
16. Не ощущали ли Вы временного уменьшения (увеличения) своего тела или частей тела?
17. Всё ли Вас устраивает в Вашей внешности? Хотелось бы Вам что-то изменить?
18. У Вас есть физические недостатки?

Расстройства эмоций

1. Какое у Вас настроение?
2. Есть ли у Вас ощущение страха?
3. Вы легко поддаётесь переменам настроения?
4. У Вас часто бывает плохое настроение?
5. Вас легко вывести из себя?
6. Вы говорите, что у Вас плохое настроение. Вы чувствуете, что сделали что-то не так?

Двигательно-волевые расстройства

1. Вам трудно вставать по утрам?
2. Вам трудно приступить к какому-либо делу?
3. Как Вы представляете своё будущее?
4. Бывают ли у Вас мысли, что жить не стоит?
5. Было ли у Вас желание заснуть и не проснуться?

Расстройства памяти

1. У Вас есть какие-нибудь нарушения памяти?
2. У Вас хорошая (плохая) память?
3. Вы хорошо запоминаете прочитанное (заучиваете наизусть)?
4. Вы помните моё имя?
5. Если Вы не возражаете, я бы хотел (а) предложить Вам несколько простых тестов, чтобы посмотреть, как Вы с ними справитесь.
6. Вы можете сказать, сколько времени находитесь в больнице?
7. Какое сегодня число?

8. Где Вы сейчас находитесь?
9. Кто эти люди, находящиеся вокруг Вас?
10. Что Вы сегодня ели на завтрак?

Расстройства сознания

1. Не было ли у Вас когда-нибудь видений, похожих на сновидения, в то время, когда Вы не спали?
2. Вам нравилось такое состояние?
3. Вы были участником этих снов или видели это со стороны?
4. Где Вы находитесь?
5. Какой сегодня день недели? Какое время года?
6. Вы считаете себя больным человеком?
7. У Вас бывают приступы (припадки) с потерей сознания (кратковременной потерей сознания)?
8. Страдаете ли Вы эпилептическими припадками?
9. Как часто они возникают, сопровождаются ли судорогами?
10. Во время припадков у Вас бывает непроизвольное мочеиспускание (стул, пена изо рта)? Вы прикусываете язык?

Расстройства мышления

1. Не бывает ли у Вас ощущения, что Ваши мысли путаются, наплывают, обрываются?
2. Не ощущаете ли Вы внезапно возникающей пустоты в голове?
3. Бывают ли такие состояния, когда Вы перестаёте узнавать слова при чтении, плохо понимаете значение длинных фраз?
4. Беспокоят ли Вас неприятные (навязчивые) мысли или побуждения?
5. Бывают ли у Вас мысли о том, что Вы можете сказать или сделать что-то против своей воли, ударить кого-нибудь, выкрикнуть какую-нибудь непристойность?
6. Есть ли у Вас воспоминания или сны, от которых Вы хотите, но не можете отделаться?
7. Чего или кого Вы боитесь?
8. Вы боитесь темноты (высоты, полётов на самолёте, толпы, открытых пространств, небольших ограниченных пространств, острых предметов, смерти, одиночества, тяжёлого заболевания)?
9. Возникает ли у Вас чувство неловкости в толпе?
10. Не возникает ли у Вас сомнений в правильности и законченности совершенных действий?
11. Не кажется ли Вам, что за Вами следят?
12. Вы чувствуете, что Ваша жизнь в опасности, что имеется заговор против Вас?
13. Не кажется ли Вам, что Вас хотят отравить, ограбить?

14. Есть ли у Вас чувство, что на Вас кто-то воздействует? Кто? С какой целью?
15. Не подозреваете ли вы Вашу жену (Вашего супруга) в измене?
16. Вы считаете себя необычным человеком?
17. Не обладаете ли Вы необычными способностями?
18. Вы обвиняете себя или окружающих в чём-либо?
19. Не думаете ли Вы, что больны неизлечимой болезнью?
20. Нет ли у Вас ощущения, что всё происходящее вокруг кем-то подстроено? Что Вы постоянно находитесь в центре внимания окружающих? Что Ваши родственники – чужие Вам люди, но подделываются под родных? Что врачи - переодетые актёры?

ИНСТРУКЦИЯ ДЛЯ СОСТАВЛЕНИЯ РАЗДЕЛА «НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ» В ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Сведения о наследственности должны быть как можно полнее и достовернее. Т.к. признаки одного и того же заболевания у разных лиц одной семьи могут иметь различную степень выраженности, важно тщательное изучение заболевания с описанием характерных особенностей. Поэтому, при наличии сведений о перенесённом психическом заболевании кем-либо из родственников надо, по возможности, указать его степень родства пациенту, год рождения, возраст начала заболевания, особенности клиники, течения и детали терапевтического вмешательства.

Составление генеалогической схемы (семейной таблицы) обязательно для всех больных.

Родословную начинаю составлять с определённого члена семьи, чаще больного, который называется пробандом. Лица одного с пробандом поколения располагаются по одной горизонтальной линии, каждое предшествующее поколение также располагается по горизонтальной линии выше пробанда, а каждое последующее – ниже пробанда. Лица мужского пола обозначаются квадратом, кружком обозначаются лица женского пола; идущая книзу линия ведёт к детям, которые располагаются в возрастном порядке: старшие – слева, младшие – справа. Для удобства составления родословной сначала можно вычертить родственные связи, касающиеся матери пробанда (материнская линия), затем чертят отцовскую линию. При составлении родословных линий иногда не обозначают ту линию, где нет исследуемого признака, и чертят линию с наличием патологического признака.

На рисунке 1. приводится таблица условных обозначений при составлении родословных.

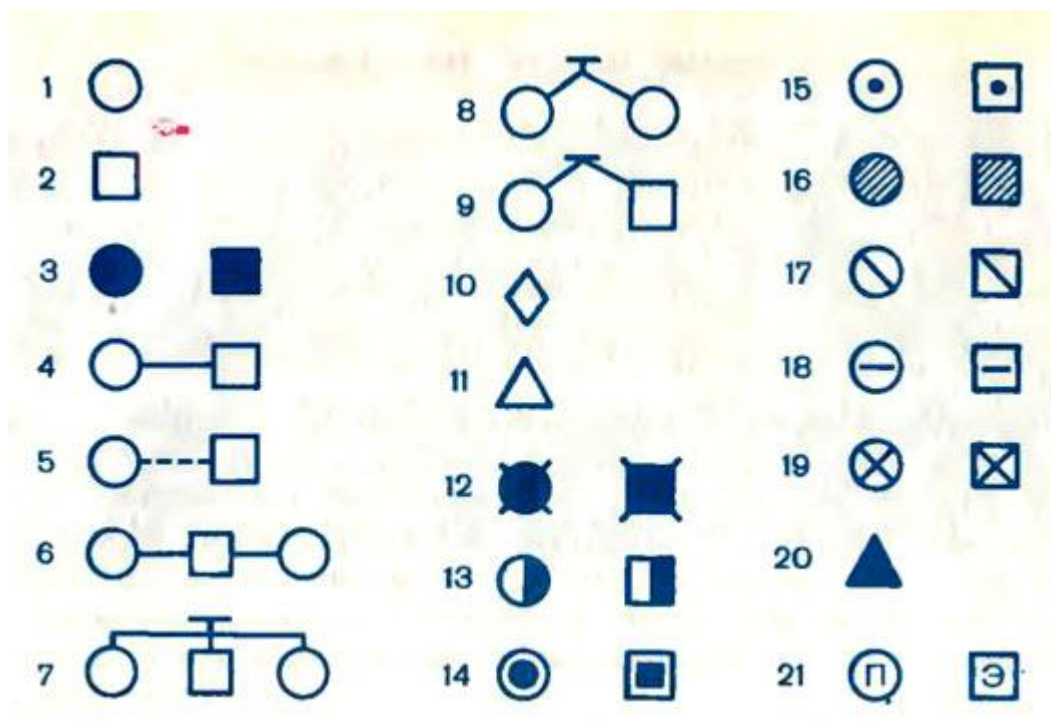


Рис. 1. Условные обозначения при составлении родословных. 1 — женский пол; 2 — мужской пол; 3 — больные; 4 — супруги; 5 — внебрачная связь; 6 — дважды женатый; 7 — дети; 8 — монозиготные близнецы; 9 — дизиготные близнецы; 10 — интерсекс; 11 — пол не выяснен; 12 — ребенок с уродствами; 13 — больной с абортивной формой заболевания; 14 — пробанд; 15 — фенотипически здоровый носитель рецессивного признака; 16 — предполагаемый носитель рецессивного признака; 17 — непроверенные данные об аномалии; 18 — умер в раннем детстве; 19 — умер в возрасте до года; 20 — выкидыш, мертворожденный; 21 — условные буквенные обозначения

ПРИМЕРЫ ОПИСАНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Ниже приведены выдержки из историй болезней психически больных, почерпнутые из руководств классиков психиатрии.

Пример 1. Описание больного, сделанное французским психиатром В. Маньяном (V. Magnan, 1897). Современники в один голос отзывались о нем как о воплощении гуманности, человеке, целиком отдавшем себя служению душевнобольным, исповедующего принцип, согласно которому в этом деле нет мелочей: все в равной мере важно, если помогает лечению и облегчает трудное существование несчастных. Его клинические иллюстрации и по сей день являются эталоном изложения материала по психопатологии.

Н... 45-ти лет поступил в приемное отделение 17 сентября 1886 г после инцидента, вызванного им в публичном месте, где он представлял перед зрителями батальные сцены.

Это внебрачный ребенок, чей отец, по его словам, должен быть значительным лицом, поскольку, навещая сына у кормилицы, приезжал в карете, запряженной двумя лошадьми. Воспитанный в приюте, он получил ремесло сапожника и принялся кочевать в поисках работы по Франции, живя в разъездах и скорее — бродяжничая, не находя себе постоянного места работы и жительства. Он кое-как выучился читать и писать. Лет пять назад он задержался на какое-то время на одной обувной фабрике, где рабочие быстро начали злоупотреблять его простодушием. Хозяева однажды посоветовали ему отправиться в Лурд — и попить там «святой» воды, сказав, что она ему поможет. Не понимая, что над ним потешаются, он воспользовался удобным случаем и отправился в Лурд, посетил известный грот, где, дрожа от волнения, выпил несколько стаканов «чудотворной» воды. На следующий же день вода «начала действовать»: он чувствует, что становится человеком искусства, начинает сочинять стихи. Целиком сосредоточенный теперь на собственной персоне и творчестве, он снова начинает вести бродячую жизнь и вконец нищает. Ему неоткуда ждать помощи — его осеняет мысль использовать талант, открывшийся ему в Лурде. Он испрашивает разрешение спеть в кафе деревни, ему позволяют в течение двух часов выступать на улицах — в первый день он собирает 6 франков. Это его дебют. После него он составляет программу спектакля, исполняет вперемежку отрывки из опер и мелодрам, которые слышал прежде, и снова идет пешком по стране, умудряясь зарабатывать на жизнь этим способом. По ходу представления он изображает орангутанга, корчит «обезьяны рожки», исполняет народные и солдатские песни. Он неплохой и, во всяком случае, уверенный в себе актер, голос его звучит нежно в любовных куплетах и сурово — в трагических монологах: то патетичный, то лукавый, он умеет вызывать и смех и слезы. Но особенно удаются ему батальные сцены из былых сражений; он падает на бегу, как солдат, сраженный пулей во время атаки; манера представления его предельно наивная, а все поведение совершенно гротескное. Остановившись в какой-нибудь деревне, он, прежде всего, представляется местным властям, обговаривает с ними условия, затем обегает улицы, стуча кастаньетами и звеня привязанными к палке колокольчиками. Собираются прохожие — он объявляет им о начале зрелища. Жестами и громкими криками он представляет им шум боя, сражения Революции, генералов Марсо, Дезе, изображает переход через Аркольский мост, ропот солдат, грохот пушек и, когда на каком-нибудь перекрестке бежит, падает, поднимается и снова опрокидывается навзничь и издает громкие вопли, подражая, как ему кажется, Марсо, раненному в сердце и умирающему за Родину, публика аплодирует ему и вознаграждает его, кидая ему монеты. Воодушевление его таково, что он весь покрывается потом. Чтоб укрепить

дух, он прибегает к алкоголю. Все это он изложил письменно сам, на большом листе бумаги, украшенном затейливыми виньетками. Он пишет здесь об актерском периоде своей жизни и особенно подчеркивает, что стал артистом после того, как выпил «святой» воды в Лурде. В этом он видит аналогию между своей судьбой и Жанной д'Арк, которая тоже имела мать-крестьянку и, молясь у фонтана, как и он, напилась из него. Устный рассказ его замечателен своей непоследовательностью, история его жизни все время перемежается цитированием невпопад, распеванием песен и куплетов; отдельные сцены он разыгрывает в лицах: показывает, например, как дрался с кем-то на дуэли.

С момента поступления в отделение он исписал гору бумаги, сочиняя стихи, прозу и рисуя. Он готовится стать со временем художником.

Он пишет еще одно послание, в котором жалуется, что администрации больницы до сих пор не хватило ума воспользоваться его талантам. Он бы развеселил больных, посетители бы хорошо платили ему и позволили собрать достаточную сумму денег. Иногда он называет себя пророком, но эта версия у него менее постоянна — через минуту он уже забывает о своей пророческой миссии. Он занят в сапожной мастерской больницы, где собирает кусочки кожи и строит из них некое подобие кафедрального собора. У него всегда при себе карандаш и бумага — он записывает то, что ему идет на ум, изучает типажи и походя делает зарисовки будущих спектаклей.

Пример 2. Анамнез психически больной, описанный крупным московским психиатром Пападопулосом Т.Ф.

Больная П-ая А. М., 1948 года рождения. Психозов в роду не было. Отец нервный, возбудим, груб, но в то же время мог, рыдая, просить прощения за грубость. Рано разошелся с женой, не проявлял интереса к судьбе дочери. Мать — геолог. Энергичная, замкнутая. Вся жизнь наблюдались колебания настроения в связи с месячными. С годами замкнутость усилилась, появилось недоверие к людям. Больная родилась в срок, после затяжных родов. Вскармливалась грудью. Ходить начала с года. Фразовая речь с двух лет. В дошкольном возрасте болела детскими инфекциями, дизентерией с длительным нарушением питания, гриппом с осложнением на почки. В двухлетнем возрасте после испуга появилось заикание. Заикание прошло после трехмесячного лечения у логопеда, но в дальнейшем при волнении речь была с задержками.

По характеру до школы и в младших классах была тихой, робела в новом коллективе. В детский сад согласилась идти после того, как бабушка устроилась туда работать. В школе была очень дисциплинированной и

прилежной. Учеба давалась легко, но тщательно готовилась к каждому уроку. Задания всегда были выучены, но на уроках держалась неуверенно. Волновалась при ответах, говорила тихо, терялась и путалась при волнении. Была очень впечатлительной и ранимой. Мать отмечает, что при обычном общении была живой, находчивой. Но даже при небольшом волнении становилась заторможенной, с замедленными реакциями. В школе имела подруг, к ним была привязана, но откровенной с ними не была, чаще слушала их рассказы. Любила, когда у нее собирались одноклассники. К матери была привязана, все о себе рассказывала. Мать считает, что дочь отличалась недостаточной самостоятельностью и потребностью в опоре. Особенно это проявлялось в новом коллективе. Дома много занималась, читала. Дополнительно занималась музыкой, изучала английский язык.

Менструации с 13 лет, долгое время были нерегулярные. В 8-м классе (15 лет) стала хуже учиться. Временами выглядела вялой, усталой. Говорила, что не хочет идти в школу, приходя, ложилась отдыхать, читала при этом книгу. В эти периоды не хотела встречаться с подругами. Экзамены за 8-й класс, тем не менее, сдала на отлично.

В конце того же года (1963) сдала экзамены и перешла учиться в другую школу. Перед началом учебного года перенесла грипп с высокой температурой, бредом. Жаловалась на головную боль. Было подозрение на энцефалит. В дальнейшем много лежала, жаловалась на слабость. Внешне была бледной, плохо ела, отказывалась выходить на улицу, не объясняла причину.

Неохотно пошла в новую школу. Держалась понуро, сторонилась учеников. Приходя домой, плакала. Говорила, что не может привыкнуть к новым ученикам, не понимает объяснений. Садилась заниматься, тут же бросала учебники. Говорила, что не может усвоить прочитанного. Винула себя в том, что сменила школу. Мать перевела больную в прежнюю школу, но состояние не изменилось. Дома продолжала плакать, говорила, что она ничего не понимает. Ученики ее сторонятся, так как считают ее "изменницей". С раздражением кричала на мать, запиралась надолго в ванной, в другое время лежала, ничем не занималась. Ела мало, ночью плохо спала, плакала.

4/X 1963 г. была помещена в детский городской психоневрологический диспансер. В стационаре, где настроение оставалось сниженным, была вялой, пассивной, много лежала в постели, часто плакала. Больной себя не считала, винула себя в лени, в обломовщине, говорила, что у нее отсутствует воля. Просила мать о выписке. Наряду с этим говорила, что не может сосредоточиться, не воспринимает учебный материал. Временами возникают ощущения, что мысли исчезают, голова становится пустой.

Лечили инсулином.

Улучшение наступило через 2 мес. Стала бодрее, активнее, выровнялось настроение. Временами отмечалось приподнятое настроение. 28/X 1963 г. была выписана.

После выписки в течение некоторого времени настроение было повышенным. Дома была возбужденной, шумной, много говорила, смеялась, рассказывала о больнице, но продолжала считать, что психического заболевания у нее не было, что врачи оставили ее в больнице по знакомству. Активно взялась за учебу. Такое состояние продолжалось приблизительно в течение 1 мес. В дальнейшем настроение выровнялось, но мать отмечает, что больная значительно изменилась по характеру, особенно в отношении к матери. Стала держаться отгороженно, в ее присутствии становилась раздражительной, угрюмой, придиралась к мелочам. Наряду с этим стала вялой, пассивной. Избегала своих подруг, просила никого не приглашать домой, говорила, что шум, посторонние разговоры ее утомляют. Приходила домой, ложилась и читала книжки. За уроки садилась после напоминания. Стала более медлительной и инертной. Чтобы она не опаздывала в школу, мать должна была ее "подталкивать". Стала следить за своей одеждой. Одевалась подчеркнуто скромно, во все черное. Неохотно выходила из дома. Говорила, что на улице ее утомляет вид толпы. В присутствии посторонних терялась, выглядела рассеянной, иногда, прежде чем ответить, терла лоб, как бы пытаясь сосредоточиться. Говорила, что люди ее утомляют и раздражают.

В 1964 г. (16 лет) семья переехала в новую квартиру. Отнеслась к этому крайне отрицательно. После переезда отношение к матери еще больше ухудшилось. В течение 2 лет постоянно использовала всякий случай, чтобы подчеркнуть, что в новом месте ей неудобно, тесно. Все ей не нравилось, придиралась к мелочам, перестала убирать свою постель, говорила, что ей далеко ездить в школу и она не может тратить столько времени. Отказывалась мыть посуду. Заявила, что не будет убирать квартиру, так как эта квартира не ее. Мать много раз пыталась спокойно объяснить, что нуждается в ее помощи. Она также спокойным тоном отвечала, что квартира не ее и ей она не нужна. Могла сидеть без дела и наблюдать, как мать после работы проводила уборку. Нередко проявляла бездушие к больной бабушке.

Стала хуже учиться, не выполняла отдельные задания и довольно равнодушно относилась к плохим отметкам. На уроках была пассивной. Иногда во время уроков громко делала бестактные замечания. Так, преподаватель истории сказал, что не любит людей, которые много болтают. Последовал вопрос больной: "Разве вы не любите себя?". В школе стала одинокой, рассталась с подругами.

В 1965 г. (17 лет) поехала с теткой в Ленинград. В первый же день больная захотела отправиться в город. Когда тетка ей не разрешила, то та в знак протеста вообще отказалась выходить из дома и в течение нескольких дней молча пролежала в комнате.

В тот же период у больной появилось недовольство своей внешностью. Говорила, что у нее сутулость, школьный сколиоз. Утверждала, что из-за скошенной фигуры развилась кособокость. Одежда висит неровно. Рассматривала себя в зеркале. Стала заниматься спортом в секции.

В 1966 г. (18 лет) окончила 11 классов на 4 и 5. Сама выбрала геологоразведочный институт. Сдала экзамены, но не прошла по конкурсу. В течение нескольких дней плакала, лежала в постели и винила мать, что она недостаточно ей помогала. Затем села заниматься, подготовилась и сдала на вечерний факультет того же института. Одновременно поступила на работу в качестве чертежницы.

С 1 сентября 1966 г. стала учиться и работать. Утром вставала с трудом, ходила с недовольным видом, дома много лежала, говорила, что устает. В конце сентября у матери больной была обнаружена опухоль груди, и она была стационарирована в онкологический институт. Больная стала тревожной, ездила к родственникам, спрашивала, что с матерью, что с ней будет. Не верила объяснениям, ходила сама к врачам проверять, какой у матери диагноз.

3/X 1966 г. заболела гриппом. Сидела дома с понурым видом, была подавлена, говорила, что она прогульщица, ее уволят с работы, так как она “задерживает” работу. Говорила, что у нее два пути: либо в тюрьму, либо в сумасшедший дом. В день получения зарплаты сказала, что все сотрудники сторонятся ее и переговариваются.

19/X вернулась с почты и сказала, что около нее было два переодетых милиционера, которые говорили, что она не работает. Сидела, держалась руками за голову, повторяла, что ничего не может делать, плохо понимает. В магазине не могла сообразить, что надо купить. Затем сказала, что видит из окна милиционера, который арестует ее как тунеядку. В последние дни у больной нарастала тревога — то суетилась, говорила о предстоящем аресте, порывалась идти на работу, так как ей надо отработать деньги, то лежала, отвернувшись к стене, говорила, что “сдурела”, “ничего не соображает”. Раздражали посторонние звуки, требовала выключить радио. Временами вскакивала, говорила, что мать умирает.

23/X ясно услышала, как к дому подъехала машина, как “следователи” говорили о том, что весь дом оцепили, что ее надо выселить из Москвы как тунеядку, а все имущество конфисковать. Больная в страхе прибежала к

матери. Говорила, что вся семья из-за нее погибнет. В таком состоянии 27/X 1966 г. была стационарирована.

При поступлении больная подавлена, выражение лица грустное. Движения вялые, замедленные, отвечает неохотно. Голос тихий, монотонный, ответы односложные. Говорит, что она здорова, просто у неё “состояние лени”; на работе ничего не делала, дома лежала “как собака”. Понимает, что ее привезли в больницу, кругом врачи и больные, но врачам она не доверяет, знает, что на нее заведено дело, будет суд, ее выселят как тунеядку. Сказала, что за окном услышала мужской голос, который сказал, что она “дрянь”, надо выселить ее из квартиры.

Рассказала, что плохо соображает, в голове мало мыслей, мысли текут медленно. Нет аппетита и весь организм истощился, “мозг обессахарен”. Иногда во время беседы тревога усиливалась. Считала, что она во всем виновата, из-за нее теперь может погибнуть мать, она еще может спасти ее, если уедет из Москвы. Просила отпустить ее из отделения, подбежала к окну, старалась залезть на подоконник. Бесперывно слышала снаружи голоса. Голос следователя обвинял больную в том, что она не работает, незаконно получает зарплату, что ее надо отравить, а мать ее выселить из Москвы и расстрелять. Голос повторял одни и те же слова. Кроме того, временами слышала голос матери, который просил ее простить. Слышала, как мать под охраной собак привезли в это здание. Голос матери доносится то из окна, то с верхнего этажа. Во время беседы спрашивала у врача, слышит ли он разговоры, настойчиво повторяла, что надо прислушаться, голоса тихие, неотчетливые. Убеждена, что все больные слышали эти голоса и вечерами обсуждали. Ночью не спала, вскакивала с постели. Слышала, как в отделение приехал следователь и громко сказал, чтобы ее никуда не отпускали. На следующий день тревожно говорила врачу, что следствие уже окончено, будет суд, ее все осуждают, все ее называют “тунеядкой”. В страхе говорила, что ей осталось жить 48 ч. После этого она будет отравлена, а мать расстреляна, один раз слышала из-за окна предупредительный выстрел.

Поведение в отделении было довольно однообразным. Молча сидела на диване. На лице угрюмое выражение, прислушивалась. На обращение сразу не откликалась. Затем настойчиво спрашивала, слышит ли врач разговоры за окном. Вновь прислушивалась и снова спрашивала: “Сейчас слышали?”. Очень неохотно рассказывала о содержании этих посторонних разговоров. В общих фразах сообщала, что ей грозит смерть, все осуждают ее поведение на работе. Иногда резко вскакивала и громко кричала: “Мама, спасайся!”. Затем крайне неохотно поясняла, что слышала, как привезли мать и мучили ее. Ночью спала плохо, поздно засыпала. В отдельные ночи слышала, как во время обхода врач говорил, что ее надо отравить.

18/XI стала менее напряженной, уменьшилась тревога, но оставалась угрюмой, подавленной и молчаливой. При настойчивых расспросах удалось установить, что голоса снаружи стали тише, в последние дни прекратились. Стала чаще повторять, что здесь все больные знают о ее преступлении и между собой переговариваются. Раньше, когда она слышала голос снаружи, она не обращала внимания на разговоры больных.

В начале января 1967 г. состояние улучшилось. Внешне стала заметно активнее и живее. Прогуливалась по отделению, выходила на прогулку. Стала переговариваться с соседкой по палате, читала журналы, решала кроссворды. Стала конспектировать учебник химии для вуза. Однако при обращении врача к ней сразу мрачнела, отвечала тихо, односложно, коротко повторяла что она- "тунейдка", с работы ее все равно уволят так как она непригодна. В феврале 1967 г. стала активно обращаться с просьбой о выписке. Убежденно повторяла, что полностью здорова должна идти работать, не имеет права больше находиться без дела. Свою болезнь трактовала следующим образом: вследствие неправильного воспитания она оказалась непригодной для работы с заданиями не справлялась, прогуливала, тем не менее получала зарплату Прокуратура установила за ней наблюдение (есть специальные следователи, которые днем следят за гуляющей молодежью) Мать используя свои знакомства, привезла ее в больницу. Здесь от лекарств возникла, болезнь, были галлюцинации, теперь галлюцинации прошли; надо выписываться. Она не знает, будет ли милиция ее преследовать, это покажет будущее. Допускает, что оставят в покое как "невменяемую", но спокойнее будет поселиться у тетки.

Выписана 20/III, назначили поддерживающую терапию мелипрамином (25 мг), стелазинном (5 мг).

Дома пробыла 11 мес. Первое время принимала ежедневно 25 мг. мелипрамина и 5 мг стелазина, приезжала, на консультацию к врачу. Далее настроение было повышенным. Оставила учебу работала копировщицей. От приема лекарств отказалась Была оживлена, болтлива. Безответственно относилась к работе, опаздывала вела себя развязно. Могла среди рабочего дня уйти, однажды шуточно обрызгала водой чертеж сотрудницы. Вечерами ходила на танцы. Следила за своей внешностью, наряжалась. Грубила матери В мае 1967 г. поехала в дом отдыха, там легко заводила новые знакомства, иногда выпивала. Вернувшись из дома отдыха сменила место работы. В рабочие часы уходила, бродила по магазинам опаздывала после обеденного перерыва. Начала курить На работе могла сесть на стол с сигаретой в руке. Через месяц была уволена На новом месте устроилась лаборанткой, также не выдержала испытательного срока из-за безответственного отношения Сменила несколько мест работы. Нигде не удерживалась. Настояла, чтобы дома жила подруга, сама домой возвращалась поздно. С октября 1967 г. продолжила занятия в институте.

Начала вновь заниматься на I курсе. Стремилась модно одеваться, у матери требовала новые платья. В институт ходила ежедневно, но дома невозможно было заставить ее заниматься. Примерно с ноября 1967 г настроение стало ровнее, меньше внимания уделяла своей внешности. К концу года стала чаще жаловаться на усталость. В январе 1968 г появилось беспокойство перед экзаменами, не хотелось заниматься, понизился аппетит. Зимнюю сессию сдала с трудом. Ухудшение состояния наступило в конце января. Снизилось настроение. Стала упрекать мать, что неправильно ее воспитала, что она не сможет обеспечить себя, ухаживать за матерью. Жаловалась на усталость. Ночами не спала, говорила, что ее заберут, посадят за то что она год назад на заводе незаконно получала деньги. Повторяла что утром должны приехать, открыть ключом дверь и арестовать ее.

В таком состоянии была стационарирована в больницу в феврале 1968 г., где пробыла 2 года 5 мес.

При поступлении подавлена, угрюма, напряжена. Молча смотрит на врача, сама вопросов не задает, отвечает односложно. Заявила, что здорова, в больницу ее привезли напрасно, все это устроила мать. В действительности она преступница и это врачу известно. Она не работала, даром получала зарплату, теперь ее должны арестовать. К дому подъезжала специальная машина. Дома слышала, как с улицы мужской голос сказал: “Все равно мы ее арестуем”. Когда шла по улице, замечала, что посторонние на нее смотрят, слышала реплики о предстоящем аресте. Просит не назначать ей лекарств. Ей можно помочь, если сразу отпустить, чтобы она бежала из Москвы.

В первые дни в отделении тревога усилилась, целый день лежала в постели, напряженно прислушивалась. Обреченно сообщала врачу: “Сегодня все приезжали”. Под окном мужской голос сказал “Держать симулянтку!” При разубеждении повторяла: “Вы знаете, что все это не так”. Временами тревога нарастала, говорила, что сверху слышит голос матери. Полагала, что на верхнем этаже допрашивают мать. Слышала, как мать кричит, что ее выгнали с работы, в семье теперь нет трудоспособных. Голоса трех следователей ругали ее, называли тунеядкой, симулянткой. Считала, что в больнице врачи ее отравят. Внезапно вскакивала с постели, громко кричала: “Мама уезжает”. Пыталась выбежать из палаты.

В конце марта 1968 г. тревога и напряженность уменьшились. Внешне выглядела подавленной, движения заторможены, подолгу молча лежала в постели. Отвечала однотипными фразами: “Голосов нет. Я здорова”. При настойчивых расспросах сообщала, что слышит, как больные в своих разговорах упрекают ее в жадности и в том, что она не хочет пить лекарства. Такое состояние наблюдалось у больной в течение года.

С апреля 1970 г. стала спокойнее: бродила по коридору, читала журналы. При всяком обращении и в начале беседы настороженно замыкалась, отвечала скупо и с продолжительными паузами, затем подробнее. Содержание своих переживаний излагала одними и теми же фразами: “Не приспособлена, не работала, прогуливала, зря получала деньги”. “Кто не работает — тот изменник Родины”. “За измену полагается расстрел”. Рассказывала, что существует милиция высшего и низшего класса. “Высшая” милиция считает ее здоровой, а “низшая” признает ее еще сумасшедшей. По ряду вопросов высказывания изменчивы, противоречивы. В больнице ее держат незаконно, сюда ее упрятала мать, как только выпишут— арестуют. В другом случае говорила, что администрация связана с милицией, получила приказ не выписывать, отравить. Говорила, что здорова “и была здорова, но подтверждает, что были слуховые обманы. Ей казалось, что были голоса следователя и матери — это они представляли ситуацию, которая могла бы быть”. Однако критическое отношение имеется только к части галлюцинаторных расстройств. Отдельные оклики и услышанные фразы расценивала как реальность. Убеждена, что персонал и больные знали, что приезжала милиция. Ее хотят отравить. Повторяла просьбу о выписке, говорила о том, что каждый день пребывания ее в больнице усугубляет ее вину, так как она здесь паразитирует.

В мае, июне 1970 г. оставалась монотонной, пассивной, в поведении и высказываниях была однообразна. Временами состояние обострялось, становилась тревожной, плакала, кричала. По отношению к матери была злобной, агрессивной. В дальнейшем, за несколько недель до выписки из больницы, внешне была спокойной, начала читать, охотнее беседовала с врачом, могла рассуждать на отвлеченные темы, при этом оживлялась, улыбалась. Начала проявлять заботу о родных, расспрашивала о домашних делах. Спонтанно бредовых идей не высказывала, но при расспросах выяснялось, что критики к прежним психотическим переживаниям не было. 14/VII 1970 г. была выписана. В больнице больная получила II группу инвалидности.

После выписки, по словам матери, выглядела вялой, малоподвижной, могла часами сидеть в одиночестве, ничем не занимаясь. Часто говорила родным, что должна немедленно устроиться на работу. Вскоре поехала на дачу, там время проводила одна, не тянуло к общению, не могла заставить себя что-либо делать. Только после настоятельных просьб матери шла в магазин или выполняла самую простую работу. Настроение было пониженным. Окружающее интересовало мало, была замкнутой, почти не поддерживала отношений с прежними знакомыми. Старалась больше лежать, мало читала. К вечеру выглядела бодрее, настроение улучшалось, иногда с матерью ходила в кино, гуляла. Каждый раз приходилось “подталкивать” ее. Не было желания двигаться. Вставала часов в 11, изредка читала, по

дому ничего не делала, хозяйством занималась только мать. Принимала тизерцин, галоперидол.

В 1970 г., несмотря на возражение матери, устроилась в школу лаборанткой в кабинет физики, химии, биологии. Работа не интересовала, по утрам было трудно вставать, опаздывала к началу занятий, не успевала подготовить реактивы и пробы, к уроку химии. Во второй половине дня чувствовала себя лучше. В школе освобождалась рано и шла на старое место работы, где помогала подсчитывать сметы. Эту работу выполняла бесплатно, так как считала, что обязана отработать ранее полученные деньги. Взаимоотношения с сотрудниками были хорошие. Постепенно настроение выравнивалось.

В феврале 1971 г. возобновила занятия на I курсе вечернего отделения института. В новой группе друзей не нашла, изредка вместе с другими студентами ходила в кино. Себя считала нецелестремленной, среди однокурсников чувствовала себя неуверенно. Регулярно посещала все лекции, добросовестно их записывала. но дома почти не готовилась к занятиям, не читала специальной литературы. Мать помогала заниматься, заставляла выполнять задания. Оставалось чувство несамостоятельности, зависимости от матери. По отношению к матери была груба, считала, что та напрасно положила ее в больницу, неправильно воспитала, требовала не вмешиваться в ее дела, к родным стала равнодушна, не делилась планами.

В июне ездила отдыхать с теткой в дом отдыха, время проводила в обществе тетки, сверстников не было, оставалось ощущение что ее излишне опекают. Изредка ходила на танцы, но не танцевала. В августе 1971 г. поехала отдыхать в Сочи со своей знакомой. Там купались, загорали, ходили в кино, гуляли, знакомились с молодыми людьми. Среди сверстников чувствовала себя веселее, настроение было слегка приподнятым, несколько раз посещала кафе, выглядела беспечной, беззаботной.

Домой вернулась в сентябре, приступила к занятиям на II курсе института, одновременно устроилась на новое место работы секретарем. Продолжала принимать галоперидол и тизерцин. Диспансер посещала только с матерью. Сердилась на родственников, что они ее излишне опекают, в то же время искала у них помощи. Когда мать уезжала в командировку, жила с теткой, ей почти не помогала в ведении хозяйства. По словам сотрудников, с работой не справлялась, не выполняла порученных ей дел, не смогла освоить машинопись. Администрацией была переведена на должность экспедитора, работа стала физически тяжелее. О переводе на новую должность матери не сказала. Чувствовала себя ущемленной, была медлительной. С сотрудниками своего возраста не сошлась, считала, что ее стараются избегать — рабочий стол ей поставили в коридоре, сославшись на то, что

на нем удобнее упаковывать корреспонденцию. В институте занималась без желания, формально посещала лекции, плохо усваивала прочитанное.

В декабре 1971 г. была переведена на III группу инвалидности. Совмещала работу с учебой, уставала, часто жаловалась на слабость. Если мать предлагала оставить работу, отказывалась, говорила, что нельзя быть “тунеядкой”. С конца 1971 г. чаще жаловалась на усталость, в свободное время много лежала, часто называла себя “тунеядкой”. Запустила занятия в институте, к сессии оказалась неподготовленной. Хуже стала спать, чаще ссорилась с матерью, винила ее в своих неудачах. На Новый год выпила шампанское, почувствовала себя плохо, сказала, что вино отравлено. В начале января 1972 г. заболела мать. Больная беспокоилась о ее здоровье, по нескольку раз в день звонила ей, справлялась о самочувствии. В середине января стала замечать, что одна из сотрудниц “специально запутывает” ее на работе. Перестала посещать институт, в метро плакала, считала, что все кончено, что ее выгонят с работы.

Однажды в троллейбусе услышала, как один из двух мужчин сказал: “Тратит последнюю получку”. Решила, что это сотрудники милиции хотят ее арестовать. В день своего рождения—27 января — заметила, что женщины на работе насыпали в чай много тизерцина, а одна из сотрудниц плакала, видимо, жалея ее.

Вспоминала всю свою жизнь, считала, что ничего достичь не смогла, после нее ничего не остается, кроме незначительной работы — записей в сметах. Вспомнила, что прежде даром получала деньги. Все имело особое значение: номер на проезжающей машине начинался буквами “ТУ” — это означало тупая. На улице лежала красная тряпка, которую объезжали машины, это означало, что она красная тряпка, так как машины объезжают и ее. Когда входила вместе с матерью в метро и опускала 5 копеек в турникет, то перед матерью зажегся зеленый свет, а перед ней — желтый — это был вопрос, а заработала ли она деньги. Однажды в магазине купила пачку сахара, а когда открыла ее, то пачка оказалась наполовину пустой — это означало, что она не заслужила есть сахар: кто сколько производит, тот столько и получает, так как она ничего не производила, следовательно, ее не надо кормить. Куда бы она ни входила, в разговорах окружающих “слышала” напоминание, предупреждение. Решила, что все помнят ее историю. Рабочие магазина, соседи по дому, переулку, району, вся милиция, армия поднялись против нее. Вспомнила, что в ведомости, по которой получала последний раз деньги, в графе “Подходный налог” стоял прочерк — это также имело определенное значение. Купленное молоко имело горький вкус, приходя домой, замечала, что в комнате был обыск, так как вещи лежали разбросанными, валялись старые тапочки, пахло ДДТ.

Когда в квартире испортился водопроводный кран, считала, что она “не заслужила” подачи воды в квартиру. От еды отказывалась, будучи уверенной, что пища отравлена, что она тунеядка. По ночам слышала шум подъезжавшей машины, голоса сотрудников милиции.

В таком состоянии 31/1 1972 г. была стационарирована в Московскую психиатрическую больницу № 15. В приемном покое считала, что ее посадили в холодную камеру, к врачу долго не вызывали. так как ждали показаний милиции. В первый день увидела милиционера в халате с ведром в руках, он хотел вылить содержимое ведра ей на голову, но санитарки сказали, чтобы он этого не делал. Слышала, как в коридоре прошла “делегация”, сказали: “Бить не будем, будем травить”. Слышала выстрелы, крики матери, считала. что мать пытаются.

Внешне в отделении была молчаливой, необщительной и в то же время тревожной и настороженной, временами растерянной, плохо спала ночами. В беседе с врачом заявляла, что с нею уже все покончено, что ее должны расстрелять за тунеядство. Обвиняла себя в дармоедстве, так как она никогда не работала, и сидела на шее у государства. Отказывается от приема пищи и лекарств, говорит, что ее отравили или заразили неизлечимой болезнью.

В таком состоянии 6/1 II 1972 г. переведена в Московскую психиатрическую больницу № 1 имени П. П. Кащенко. Оставалась малодоступной, на вопросы отвечала односложно, себя называла тунеядкой, бездельницей. Все время проводила в постели. Отказывалась от еды. считая, что ее хотят отравить, об этом знает по горькому вкусу пищи и разговорам персонала. В разговорах больных слышала угрозы, осуждение: “Убить ее, тунеядку!”. Временами становилась возбужденной, стремилась выйти из отделения. Позже рассказала, что слышала голос матери, которая кричала, что ее арестовывают, слышала выстрелы. Часто повторяла: “Вся Москва, вся армия знает о том, что я тунеядка, что зря получала деньги”.

Внешне заторможена, взгляд настороженный, умоляющий, считала, что все происходящее имеет к ней отношение. Однажды, увидев бывшего лечащего врача с двумя мужчинами, решила, что его арестовали за то, что он скрывал ее в больнице. Питалась с принуждением, так как была убеждена, что ее отравят, об этом догадывалась по “скрипу яда на зубах”. Иногда по радио слышала бранные слова в свой адрес. Убеждена, что она здорова, что ее напрасно лечат, требовала немедленной выписки. Однажды сообщила, что на территории больницы видела черную машину, в ней сидели двое мужчин-следователей, слышала, как один сказал: “Держать ее здесь 20 лет”. Считала, что голос матери, выстрелы милиция записала на магнитофонную ленту и прокручивают ее с целью воспитания, что все

разговоры больных подслушиваются с помощью автоматизированной системы управления.

Периодически состояние ухудшалось, усиливалась тревога, слезливость, говорила, что ее должны арестовать, расстрелять.

К августу 1972 г. галлюцинаторная симптоматика поблекла, а затем исчезла. Формально заявляла, что была больна. Оставалась депрессивной, высказывала идеи самообвинения. В ноябре вновь стала тревожной, под окнами видела мужчин, называвших ее тунейдкой, себя считала здоровой. Мать, по ее мнению, положила ее в больницу, чтобы не нашли сотрудники милиции, чтобы могла получать пенсию по инвалидности. Обвиняла врачей в издевательстве. Говорила, что все няни, все государство знают, что она здорова. На ее арест была санкция прокурора. Ее должны судить за хищение государственного имущества. Она сама во всем виновата, так как неуживчива в коллективе, дерзка с людьми.

К февралю 1973 г. больная стала спокойнее, активнее. Исчезли мысли об отравлении, преследовании. В отношении имевшихся в прошлом переживаний оставалась убежденной, что все это было на самом деле, ей не казалось. Только в настоящее время все это прошло, ее никто не преследует. В течение последнего месяца очень много и активно работала вне отделения, не уставала, старалась меньше лежать. Общалась с больными, но слушала большие рассказы окружающих, чем говорила о себе. С удовольствием читала. По-прежнему привязана к матери, но теплых чувств не питает, склонна думать, что мать специально положила ее в больницу.

Имевшиеся в прошлом расстройства трактует следующим образом: прежде незаслуженно получала зарплату, за что ее начала преследовать милиция. Врачи ошибочно сочли ее больной, положили в больницу, перевели на инвалидность, а милиция вступила в сговор с врачами и с целью воспитания прокручивала пленку с записанными сценами расстрела матери, расправы над ней. Милиция предписала врачам делать ей уколы. Матери в магазинах подкладывали отравленные продукты. Но теперь ее не преследуют.

Пример 3. Фрагмент описания психически больного (психический статус) из учебного руководства ведущих российских психиатров Б.Д. Цыганкова и С.А. Овсянникова.

«П-ов, 48 лет, женатый, бывший заведующий селекционным отделом опытной сельхозстанции...

...Больной ориентирован, считает себя больным уже полтора года, после того как пробежал 8 км, с тех пор не может спать, чувствует себя

разбитым и слабым, не может работать. Обстоятельно, с подробностями, стараясь передать возможно точнее и убедительнее, рассказывает о своих ощущениях. Он испытывает слабость, «как будто бы вышел после купанья из холодной воды». Руки и ноги свинцовые. Ходить ему трудно, так как мешают одышка, сердцебиение и слабость. Больной старается дать объяснения своим ощущениям. По поводу одышки он говорит, что она либо сердечного происхождения, либо вследствие расстройства вазомоторов, по-видимому, от последней причины. Его нервная система истощена, ноги подкашиваются, дрожат, в голове «резонирует» каждый шум, это потому, что у него «сильное раздражение слухового аппарата». Особенно беспокоит бессонница. В момент погружения в сон происходит «встряска», и спать он не может. Объясняет свою бессонницу: «Центр сна, который находится в четверохолмии, заторможен, и его надо растормозить, это можно сделать посредством гидроэлектротерапии». Во время рассказа морщится, охает, с осторожностью садится в кресло, ходит, сгорбившись, медленно, с опаской. Упорно отказывается от прогулки, говорит, что ему тяжело ходить по лестницам. Выслушивает убеждения врача о неосновательности своих опасений, потом вновь в разной форме возвращается к ним. Не считает себя душевнобольным, недоволен тем, что он попал в клинику. Просит его выписать и направить в Курск, где он будет лечиться гидроэлектротерапией. Считает, что его надо исследовать самым тщательным образом, «измерять ежедневно вес, мышечную силу и т.д.» и, сопоставив все эти данные, сделать выводы об его болезни. Он привык к этому как агроном и экспериментатор.

В клинике ипохондричен, жалуется на бессонницу и слабость, часто лежит в постели, навязчив, старается каждому врачу рассказать о своём состоянии, часто просит пощупать пульс. Не доволен клиникой и лечением. Уверяет, что врачи ошибаются в отношении его; просит назначить радикальное лечение; часто просит снотворное, тогда как на самом деле спит хорошо. С больными общается охотно. Временами высказывает те же жалобы, но как-то менее убеждённо. С увлечением доказывает свою точку зрения на селекцию, забывает все свои болезненные ощущения. Когда отвлекается от своих болезненных мыслей, становится даже бодрым, подвижным; однажды в шутку боролся с одним из больных и оказался более сильным, чем остался очень доволен...».

ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ К УЧЕБНОМУ ПОСОБИЮ «ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНОГО»

1. В психиатрии основным методом обследования психически больного является:
 - а) осмотр
 - б) наблюдение
 - в) расспрос

- г) электроэнцефалография
2. Что из перечисленного допустимо в беседе с психически больным?
- а) недоверие
 - б) лицемерие
 - в) слащавость
 - г) снисходительный тон
 - д) иронизировать над больным
 - е) смеяться вместе с больным над его шутками
3. При написании психиатрической части истории болезни ограничиваться исключительно психиатрической терминологией:
- а) необходимо
 - б) можно
 - в) нельзя
4. При назначении лечения больному следует руководствоваться:
- а) данными об этиологии и патогенезе заболевания
 - б) интуицией
 - в) данными о ведущем психопатологическом синдроме
5. Наблюдение за больным должно проводиться:
- а) ежедневно
 - б) раз в неделю
 - в) раз в десять дней
6. При изложении психического статуса пациента должен использоваться метод:
- а) иносказательный
 - б) описательный
 - в) схематического изложения информации
7. Диссимуляция – это:
- а) изображение болезни или её отдельных симптомов человеком, не страдающим данным заболеванием
 - б) утаивание, сокрытие своего заболевания или его симптомов с целью введения в заблуждение врача или иных лиц относительно истинного состояния своего здоровья
 - в) чрезмерная обеспокоенность состоянием собственного здоровья
8. Составление генеалогической схемы:
- а) обязательно для всех больных
 - б) осуществляется по усмотрению врача
 - в) является необязательным элементом психиатрической истории болезни

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Magnan V. Lecon cliniques sur les maladies mentales. – Paris, 1897.
2. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика. – М.: ТОО «Техлит»; «Медицина», 1997 г. – 496 с.
3. Морозов Г.В., Шуйский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии). – Н.Новгород: Изд-во НГМА, 1998 г. – 426 с.
4. Пападопулос Т.Ф. Острые эндогенные психозы. – М.: Медицина, 1975 г. – 192 с.
5. Цыганков Б.Д. Оформление и ведение истории болезни в психиатрическом и в наркологическом стационаре. – М.: МГМСУ, 2006 г. – 116 с.
6. Цыганков Б.Д., Овсянников С.А. Психиатрия. Основы клинической психопатологии. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2007 г. – 336 с.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Клиническое исследование психически больных.....	2
2. Психиатрическая история болезни.....	3
3. Схема истории болезни психически больного.....	4
4. Примерные вопросы для диагностического интервью.....	10
5. Инструкция для составления раздела «Наследственность» в истории болезни.....	15
6. Примеры описания психически больных.....	16
7. Тестовые вопросы к учебному пособию «История болезни психически больного».....	30
8. Библиографический список.....	32