

УКРАИНСКИЙ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СОВЕТ
ПО УПРАВЛЕНИЮ КУРОРТАМИ ПРОФСОЮЗОВ
УКРАИНСКИЙ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ПО ПСИХОТЕРАПИИ
УКРАИНСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ МЗ СССР

ХАРЬКОВСКИЙ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ СОВЕТ
ПО УПРАВЛЕНИЮ КУРОРТАМИ ПРОФСОЮЗОВ

БАЗОВЫЙ САНАТОРИЙ "БЕРЕЗОВСКИЕ МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ"

ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ
НА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Харьков 1990

УКРАИНСКИЙ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СОВЕТ
ПО УПРАВЛЕНИЮ КУРОРТАМИ ПРОФСОЮЗОВ
УКРАИНСКИЙ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ПО ПСИХОТЕРАПИИ
УКРАИНСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ МЗ СССР

ХАРЬКОВСКИЙ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ СОВЕТ
ПО УПРАВЛЕНИЮ КУРОРТАМИ ПРОФСОЮЗОВ

БАЗОВЫЙ САНАТОРИЙ "БЕРЕЗОВСКИЕ МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ"

ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ
НА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Утверждено
Украинским республиканским
научно-методическим центром
по психотерапии.

Харьков 1990

**Составители В.А.Скумин
Г.И.Кадук**

Исследование психического статуса – сложный и трудоемкий процесс. Диагностика любой болезни, изучение состояния любого больного, в том числе и такого, который обнаруживает признаки психических нарушений, начинается с отдельных симптомов. При этом врач не просто устанавливает наличие симптома, но и квалифицирует его, определяя его типовую принадлежность. И хотя многие симптомы нарушения психической деятельности субъективны, что обычно вызывает у неспециалистов (непсихиатров) скептическое к ним отношение, не следует забывать, что самонаблюдение, отношение самосознания к своему сознанию, как к объекту, существуют и должны быть учтены при любом обследовании человека. При этом врач, исследующий психический статус больного, хотя и не ожидает от него квалификации имеющегося расстройства, ищет его в результатах самонаблюдения больного как объективного проявления патологии психической деятельности.

Отдельные симптомы в совокупности образуют структуру, которая определяется как синдром. Представляя собой целостное образование, состоящее из элементов (симптомов), синдром, как всякое целое, оказывается больше арифметической суммы симптомов, его составляющих, и таким образом, характеризует качественное своеобразие расстройства психической деятельности.

Особенности психического статуса, те или иные симптомы или синдромы психических нарушений определяются уже в процессе беседы с больным, в стадии расспроса.

Психический статус больных в отличие от анамнеза, который нацелен на прошлое, должен отражать состояние их психики в момент обследования. Данные психического статуса должны нести в себе информацию обо всех имеющихся отклонениях в психической деятельности обследуемого с выделением тех, которые являются ведущими, а также выявлять характер имеющихся изменений личности.

Нужно подчеркнуть, что исследование психического статуса неотделимо от анамнеза. При выяснении тех анамнестических сведений, которые дает больной (субъективный анамнез), следует обращать внимание на то, как он относится к ним в настоящее время,

находясь под влиянием тех или иных патологических переживаний. При этом удается, наряду с получением информации о предшествующих этапах, уточнить характеристику психического статуса пациента в момент обследования.

А **анамнез** - сведения о жизни больного, перенесенных им заболеваниях, начале и течении нынешней болезни - необходимая часть обследования.

В психиатрии врач чаще, чем в других клинических дисциплинах, имеет дело с двумя частями, или сторонами, анамнеза - субъективной и объективной. Полный субъективный анализ можно получить не у всех больных. Сведения, которые врач получает непосредственно от больного, часто оказываются недостаточными. Бывает, что пациенты стесняются все сообщить врачу или скрывают от него некоторые подробности своего состояния вполне сознательно, а в иных случаях не сообщают необходимых сведений потому, что не придают им того значения, какое они могут иметь для психиатра. Наконец, больные могут просто не знать о психических заболеваниях в семье, в роду, не иметь достаточных сведений о периоде детства, об особенностях перенесенных болезней и т.п.

Составляя объективный анамнез, врач должен учитывать, что родственники и другие лица, которые сообщают объективные сведения, также могут многое не знать о жизни больного и перенесенных им заболеваниях (например больной скрыл в свое время перенесенную венерическую болезнь), как **могут не знать** и об имевших в его жизни психотравматических переживаниях. Надо подчеркнуть, что родственники или близкие больному люди могут, вследствие интимного характера некоторых сведений, вполне сознательно скрывать их от врача.

Субъективная и объективная части анамнеза не заменяют, а дополняют друг друга. Сопоставление полученных при их сборе данных позволяет врачу более полно и точно оценить не только особенности больного, но и отношения, сложившиеся между ним и окружающими, в какой мере они способствуют адаптации или, наоборот, декомпенсации больного.

Знакомство с жалобами, по поводу которых обратились к психиатру, нередко уже само по себе освещает врачу дальнейший путь обследования.

В.Н. Сербский (1906) пишет, что в **большинстве** случаев анам-

нез приходится собирать доказы - до и после обследования больного, потому что после обследования выявляются новые обстоятельства, требующие выяснения и дополнений.

Объективный анамнез не следует собирать в присутствии больного. Всегда приходится помнить, что основную ценность представляет не мнение тех, кто окружает больного, а объективные факты, потому что субъективные толкования могут привести к врачебным ошибкам. Это особенно имеет отношение к истолкованиям родственниками причин болезни.

Сами того не ведая, родственники могут искажать факты и события. Например при тщательном обследовании больного и изучении клиники выявляется, что болезнь, которая по словам родных описывается как остро возникшая, началась задолго до того, как они обратились к врачу.

Всегда важно выяснить, как и на протяжении какого времени развивалось заболевание (следует помнить, что шизофрения обычно развивается в молодом возрасте, в период полового созревания), не предшествовал ли началу болезни какой-либо психогенный фактор, инфекция, травма, интоксикация.

Анамнестические сведения о перенесенных психических заболеваниях имеют большое диагностическое значение. Особое внимание следует уделить выяснению клинических особенностей бывшего заболевания, типа его протекания. Поэтому целесообразно, собирая анамнез, ознакомиться со справками лечебных учреждений, выписками из истории болезни и т.п. Особенно важно выяснить характер течения болезни.

Узнав о перенесенных соматических заболеваниях, врач прежде всего должен выяснить, не было ли тяжелых истощающих заболеваний, в частности инфекционных (сифилис, туберкулез, нейроинфекция и т.д.), не злоупотребляет ли больной алкогольными напитками, их суррогатами, нет ли болезненного пристрастия к психотропным медикаментам, токсическим веществам.

Собирая анамнез, важно остановиться на выяснении особенностей течения болезни, изучить фактические материалы, характеризующие это течение, а также период, предшествующий заболеванию.

При сборе психоанамнеза следует особое внимание обратить на личность заболевшего, тип его высшей нервной деятельности. Следует также уяснить условия, в которых рос, развивался и воспитывался заболевший.

В психоанамнезе очень важно выделить сведения о трудоспособности больного, так как они объективно отражают степень его социально-трудовой адаптации. При этом важно установить не только факт снижения трудоспособности, но следует попытаться выяснить у больного, какие именно процессы в его профессиональных занятиях вызывают особые затруднения и снижают его работоспособность, например ему трудно сосредоточить свое внимание на усвоении рабочего задания или он быстро утомляется и т.п.

Трудоспособность, настойчивость в достижении цели, инициатива, особенности поведения в минуты опасности могут до известной степени характеризовать силу нервной системы. В ряде случаев, однако, вопрос о трудоспособности в качестве критерия силы или слабости нервной системы не так легко разрешим. Известно, что лица с тревожно-мнительным характером, в связи с педантичностью, развитым чувством долга и обязательностью, присущим им страхом риска, оказываются весьма добросовестными тружениками. Поэтому делать выводы о нервной системе человека, основываясь только на его трудоспособности, следует очень осторожно, взвешивая и исследуя детали характера, среды, воспитания.

Повышенная утомляемость, легкое развитие невротических срывов, плаксивость, стремление избегать трудных ситуаций, трусость, боязнь умственного усилия характеризуют до известной меры слабый тип.

Однако приходится помнить о необходимости соблюдения осторожности при оценках типа высшей нервной деятельности, потому что критерий социальной ценности человека, приобретенные характерологические особенности имеют для суждений о нем большее значение, нежели биологический критерий силы.

В случаях двигательного беспокойства, несдержанности, суетливости, поспешности, неусидчивости принято думать о неуравновешенности, однако при оценке этого ряда свойств следует иметь в виду способность функций внутреннего торможения к активной тренировке. Трудность переключения на новый жизненный стереотип, затруднения, испытываемые субъектом при необходимости менять или прерывать начатое дело, легкость образования навязчивых состояний говорят о недостаточной подвижности основных нервных процессов. На инертность их в некоторых случаях указывает медленность засыпания и пробуждения. Инертность проявляется у человека в нелюбви к новому, в трудности изменений

жизненного стереотипа, в особенностях перехода от отдыха к деятельности и наоборот, в трудностях прекращения действий, в прочности уже образованных условнорефлекторных связей.

Следует выяснить отношения больного с окружающими, степень сознания, особенности изменений в умственной деятельности, настроении, качестве сна. Обязательно также следует выяснить его соматическое состояние (колебание температуры, особенности аппетита, физиологических отправлений).

При сопирании анамнеза нельзя пренебрегать подробностями. Необходимо задавать вопросы о свойствах характера, привычках, желательно просить лиц, рассказывающих о больном, чтобы они приводили конкретные данные о больном. Нужно, чтобы характеристика, даваемая больному близким ему человеком ("эгоистичный", "педантичный", "трусливый", "скрытный" и т.д.), подтверждалась примерами, ибо только так можно получить ценные данные для анализа характерологических свойств заболевшего. Педантичность, например, может быть результатом развитого чувства долга, однако она не может быть связана с эпилептоидной акцентуацией характера. Флегматичность может быть результатом аффективной возбудимости и результатом аффективного упрощения.

Всегда следует узнать, лечился ли больной раньше у психотерапевта, психиатра, а если лечился, то какими методами и насколько эффективно.

Собирая анамнез, нужно выяснить, как отнесся больной к предложению о применении методов психотерапевтического воздействия.

РАССПРОС БОЛЬНОГО

Расспрос обратившегося в кабинет психотерапии больного имеет ряд отличительных особенностей. Психическое заболевание оказывается на контакте заболевшего с людьми, на отношении его к болезни. Уже то, как больной вступает в диалог с врачом, имеет диагностическое значение. Шарко (1885) рекомендовал обращать внимание на то, как больной рассказывает о своей болезни. Пациент с тревожно-мнительными чертами характера робко входит в кабинет врача и нередко в ответ на вопрос подает ему предварительно заготовленную записку, в которой перечислено все, что он должен рассказать. Таких больных Шарко называл "пациентами с ма-ленькими записками" и говорил, что в таких случаях диагноз уже

можно поставить тогда, когда больной вынимает свои записи. Материал записей в таких случаях столь же типичен, как типичны признаки психастенического характера.

Можно говорить о диагностических особенностях контакта. Одни больные избегают контакта с врачом, другие доступны лишь формальному контакту, третья совершенно равнодушны, четвертые злобны и гневливы, пятые грубы, шестые враждебны.

Пациенты с гипертимиями, гипоманиакальными чертами характера сразу же сокращают дистанцию между собой и врачом. Они с необычайной легкостью отвечают на вопросы, обнаруживая ускоренное течение мыслей и отвлекаемость внимания. Такой больной стремится взять инициативу беседы в свои руки и нередко из расспрашиваемого превращается в расспрашивающего.

Есть больные, которые довольно сносно отвечают на вопросы, касающиеся их жизни до болезни, но замыкаются и уходят от ответа, как только речь заходит о проявлениях болезни.

В процессе расспроса определяется отношение больного к ситуации обследования. Оно позволяет судить об эмоциональном состоянии больного, понимании им своего положения, его стремлениях, намерениях, планах, отношении к себе и собеседнику, запасе его жизненного опыта, умственном уровне. То, как завоевывается доверие больного и какова его эффективная отзывчивость, выявляемая в процессе расспроса, имеет диагностическое значение. Необходимо обращать внимание на лексику больного, его словесный запас, его манеры. Важно определить, как держит себя больной с врачом, каковы особенности его мимики, модуляции его голоса, плавность речи, жестикуляция, походка, опрятность в одежде. Все это в известной мере позволяет судить о психических особенностях больного.

Впечатление от внешнего вида больного и первых его ответов дает основание тому или иному направлению мысли врача и определяет, как и с чего следует начинать расспрос. Естественно полагать, что в различных ситуациях будет различной и методика расспроса. В ряде случаев бывает возможность прямо направлять расспрос на наиболее важные для больного обстоятельства его болезни, например в случаях ипохондрического симптомообразования. В иных случаях приходится исподволь подходить к выяснению наличия той или иной патологии.

В случаях, когда больные проявляют жалобы на физическое недомогание, считая себя психически здоровыми, следует прежде всего уделять внимание соматическим жалобам и уже потом переходить к выяснению особенностей психического состояния.

Необходимо обратить внимание на отношение больного к своему заболеванию. Так, например, замечено, что в случаях болезни, обусловленной хроническим алкоголизмом, больные не склонны считать себя алкоголиками. Они "пьют, как все". У опытного психиатра грубость больного, его беспечность, склонность к плоскому юмору не оставляют сомнений в том, что перед ним больной хроническим алкоголизмом.

Врачебная тактика различна в зависимости от отношения пациента к своей болезни - в одних случаях приходится указывать на серьезность заболевания и необходимость лечения, в других - успокоить больного, скрыв от него истинное положение дела.

Если больной непринужденно рассказывает о себе, то целесообразно его выслушать и продолжить расспрашивать дополнительно. Такого рода беседа поможет составить суждение о психическом состоянии больного, получить представление об ориентировках больного, определить запас его представлений и его словарный запас, особенности мышления, мировоззрения, морально-этические качества и т.п.

В процессе рассказа больного о себе врач имеет возможность не только слушать и наблюдать за ним, но осторожно и деликатно направлять его рассказ. Там, где это можно, лучше не перебивать больного и не мешать ему говорить все, что он считает нужным и важным, не спорить с ним. Всегда следует проявлять к больному внимание и высказывать ему сочувствие.

Свободный рассказ больного о себе в большинстве случаев все же недостаточен. В некоторых случаях больные вполне ясно понимают вопросы врача. Поэтому, предлагая вопрос, следует учитывать состояние больного, его интеллектуальный уровень, особенности мышления.

Опытные клиницисты знают, например, что больные с грубыми расстройствами памяти на свою память не жалуются. Точно так же, как больные с параноидным синдромом никогда не жалуются на бред. Жалобы на патологию эмоциональной сферы бывают лишь в тех случаях, где отклонения в этой области выражены достаточно резко.

На этом основании, по-видимому, при легких степенях депрессий, там, где объективно депрессивное состояние трудно распознать и где оно проявляется лишь в субъективных переживаниях, о депрессивной окраске настроения можно узнать лишь при соответствующем расспросе. В этих случаях сами больные расценивают свое депрессивное состояние как что-то само собой разумеющееся, как естественную психологическую реакцию на другие болезни и ее последствия. Именно поэтому депрессия не расценивается больным в качестве патологического явления, и в своем рассказе такой больной о ней даже не упоминает. Иногда на расспрос, касающийся патологии эмоциональной жизни, нас наталкивают другие проявления болезни: "неохота работать", "общая слабость", "безразличие", "апатия". При этом никогда не следует пренебрегать вопросами о настроении, так как пренебрежение ими часто приводит к диагностическим ошибкам, когда врачи-нейрофизиатры передко ставят диагноз неврастении, вегетоневроза, вегетопатии, гипертиреоза, невроза внутренних органов и т.п.

При расспросе важно выяснить взаимосвязь обнаруживаемых патологических симптомов и поведения больных. Расспрос тем лучше, чем больше он походит на обычный разговор, исключает лишние или бес tactные вопросы ("стыдитесь спрашивать и спрашивайте, стыдясь"). Вопросы, предлагаемые больному, должны соответствовать его состоянию, как ключ замку, и никогда не должны травмировать его психику.

В диалоге с больным психотерапевт имеет возможность одновременно обнаружить ряд особенностей его поведения и симптомов. Так, в простой задаче - вычитать от ста по семь, врач обнаруживает отношение к задаче, анализирует способ, каким производят счет, особенности речи, мимики. Выявляя особенности аффективного состояния в процессе беседы, врач одновременно может отметить детали поведения, которые свидетельствуют о степени его ориентировки, констатирует особенности его двигательных реакций.

Уже при первой беседе имеется возможность выявить степень доверия больного к врачу, его скрытность, упрямство, озлобленность, апатию, благодушие, эйфорию, говорливость, особенности мышления, обстоятельность речи, нарушение течения ассоциаций (их ускорение или заторможенность), степень ориентировки, настой-

чивость, внимание, расстройства памяти, объем представлений, заострение их на узком круге. Все замеченные особенности, естественно, отражаются на контакте с больным. Они очень важны в качестве опорных пунктов для дальнейшего обследования психического состояния.

Расспрос - очень важный прием исследования психического статуса. Если расспрос больного произведен тщательно и умело, то он может выявить, пожалуй, все основные психопатологические синдромы, в том числе, например, такие, как проявление навязчивости, признаки депрессивного или маниакального состояния, наличие сверхценных идей, продуктивной симптоматики, снижение памяти, интеллекта, наличие изменений в эмоциональной сфере и т.п.

После определения основных показателей психической деятельности можно продолжить беседу с больным по "общей тематике", выясняя его основные взгляды на жизнь, отношение к литературе, искусству, отношение к своим перспективам, семье, друзьям, знакомым. Это располагает больного к доверию и одновременно позволяет получить много ценных данных о больном как о личности: широте его взглядов и интересов, их особенности и своеобразии, наличии тех или иных признаков изменения личности (снижение общей инициативы, психической продуктивности, сужение круга интересов и т.д.).

Для того чтобы расспрос был эффективным, его нужно проводить по определенному плану. Следует избегать хаотичности в расспросе, врач не должен быть на поводу у своих впечатлений от беседы с больным. Полезно разработать для себя схему обследования больных, определенный порядок выявления патологических симптомов. В то же время беседа с больным должна быть непринужденной и не скованной планом обследования, т.е. должна допускаться известная гибкость плана.

Результат обследования психического состояния должен быть отражен в виде описания тех особенностей, которые обнаружены при исследовании.

Результаты расспроса во время беседы с больным должны быть залисаны так, чтобы другой специалист, прочитав протокол, смог получить конкретное представление о том, какими симптомами и совокупностью их (синдромами) определяется психический статус.

ПРИМЕРНАЯ МЕТОДИКА ПСИХОАНАМНЕЗА

Жалобы

Уточнение жалоб (боли, парестезии, их локализация, связь с волнениями, физической нагрузкой, атмосферными колебаниями и др.). Расстройства со стороны интеллектуальной сферы, эмоционально-го поведения. Расстройства соматических функций, вегетатики (разграничение основных жалоб и второстепенных).

Семейный анамнез

Место жительства родителей к моменту рождения больного. Материально-бытовые условия в семье, где рос и воспитывался больной. Наследственные болезни у родственников (бабушек, дедушек, дядей, теток, линии отца и матери). Не было ли туберкулеза, раковых заболеваний, сердечно-сосудистых, венерических заболеваний, нервных, душевных, не было ли алкоголиков, странных, чудаков среди родственников. Подробно расспросить о братьях и сестрах.

Анамнез жизни

Что может сообщить о своем рождении: родился ли в срок, были ли нормальные роды (возможно, знает об этом со слов матери), когда научился ходить, говорить, когда стал чистоплотным; не было ли энуреза, снохождений; воспитывался ли дома, в яслях, в детском саду; рос болезненным, слабым физически или крепким, чем болел в детстве.

Был ли спокойным, послушным или капризным, упрямым (примеры). Был ли добрым, драчливым, активным. Считался ли вожаком среди товарищей. Имел ли наклонность к мечтам, фантазиям. Любил ли порядок во всем (одежде, расстановке вещей и др.).

Какими играми увлекался, как относился к игрушкам, в каких развлечениях любил принимать участие. Когда закончилась тяга к игрушкам.

Как оценивал взаимоотношения родителей, был ли к ним привязан.

С интересом ли пошел в школу. Как относился к школьным занятиям. Был ли трудолюбивым, дисциплинированным или ленивым.

Какое общественное место занимал в школе. Как учился. Сколько классов закончил.

Сообщение о самых ранних воспоминаниях. Во сколько лет помнит себя. Какие переживания детства хорошо сохранились в памяти (страхи и др.). Наблюдалось ли повторение этих переживаний в жизни и с чем связано их появление.

Какие наметились интересы, начиная с подросткового возраста (к поэзии, музыке, спорту, технике). Постоянство интересов. После окончания школы поступил в институт или пошел работать.

Выбор профессии (случайный, по призванию).

Работает с увлечением или работа в чем-то не удовлетворяет больного. Имеются ли профессиональные вредности (работа с химическими веществами, нарушение температуры - жаркий цех и др.). Взаимоотношения в коллективе.

Выяснение общих черт характера

Был ли активным, инициативным в институте, на работе. Умел ли ставить цель перед собой и стремиться к ее достижению. Настойчивость, упорство, рассудительность, требовательность, работоспособность, легкомыслие.

Выявление черт характера, выраждающих отношение к самому себе: честный, скромный, справедливый, смелый, робкий, мнительный, неуравновешенный, общительный, замкнутый, коллектиivist, индивидуалист.

Черты характера, выражающие отношение человека к другим лицам, к среде: доброта, честность, застенчивость, развязность, человеколюбие, эгоизм.

Общительность, постоянство дружбы, замкнутость, доброта, уступчивость, готовность оказать помощь, принести себя в жертву. Непринужденность в чужой среде, скованность. Умеет ли защищать себя перед другими. Способен ли протестовать при сопротивлении со стороны людей, как ведет себя при этом. Становится ли грубым, мирится ли с поражением, бывает несдержаным или терпеливым, выносливым.

Как проводит свободное от работы время, какой вид искусства более всего привлекает: музыка, живопись, зодчество, театр, литература, кино. Какой писатель-классик наиболее близок по характеру творчества. Суеверия.

Мастурбация (ее интенсивность, с какого возраста, продолжительность и к какому объекту проявлялась, отношения родственников, близких и самого больного к ней, нет ли явлений фетишизма).

В каком возрасте имелась первая попытка к половому сближению, ее исход, в том числе возраст партнера, его опытность, ситуация, в которой происходило сближение, взаимность партнера, его сопротивление, страх заболеть венерическими заболеваниями, страх беременности, перевозбуждение, состояние опьянения, время суток. Частота сближений с одним партнером, физическая и психическая их характеристика: соответствие, удовлетворенность, угрызения совести (все вышеперечисленное по данному вопросу выясняется лишь в том случае, если предполагается, что первое сближение имеет значение в патогенезе заболевания).

Характеристика семейных взаимоотношений

Характер и продолжительность знакомства с подругой до женитьбы, отношение к партнеру (любовь, привязанность, вынужденно, случайно, безразличие) до образования семьи и его динамика в дальнейшем. Болезни партнера и их характер. Физическое и психическое соответствие (наличие неприятных привычек, физических недостатков и т.п.).

Частота и продолжительность половой близости первое время и в последующем. Беременность жены и отношение к ней обоих. Превдоохранение от беременности, его характер: кто предохраняется и каким путем (прерывание акта, презервативы, колпачки, химические препараты и т.п.), имелся ли оргазм у партнера, ее отношение к половой близости (безразличие, повышенные запросы, конфликтные ситуации на данной почве).

В какой ситуации возникла впервые половая слабость или преждевременные эякуляции. Лечился ли по данному вопросу и характер лечения (у кого лечился, чем, сколько времени, были ли улучшения и т.п.).

Где был в годы Великой Отечественной войны, контузии, ранения. Приходилось ли голодать. Наблюдал ли ужасы войны и как к ним относился.

Болезни, перенесенные во взрослом периоде

Анамнез болезней.

Когда и с чего началось заболевание. Причины, с которыми

связывают заболевание. Выявление провоцирующих, сопутствующих, предшествующих факторов.

Связь с внезапными эмоциями, длительно действующими психотравмами. Предшествовали ли инфекции, интоксикации, неблагоприятные семейные условия. Известна ли больному причина, правильно ли она истолкована, не усложнена ли неправильной психологической переработкой, ятрогенными моментами, вредным воздействием трудной обстановки, окружающей среды (предрассудки, невежество, роль сновидений).

Были ли в прошлом подобные состояния, имеется ли связь настоящего с предыдущим состоянием.

Болезненные симптомы и их динамика. Особое внимание уделяется устойчивости настроения. Меняется ли оно в зависимости от времени дня (утро или вечер либо в течение всего дня). Имеют ли место тоска, грусть. Влияют ли на настроение колебания погоды, волнения, или нет ни с чем связи.

Как засыпает. Сколько часов спит в сутки, как просыпается. Имеются ли сновидения, их характер, содержание (имеется ли в сновидениях воскрешение переживаний, вызвавших болезнь).

Какое лечение по поводу настоящего заболевания получил, наблюдалось ли улучшение от проводимого лечения, его длительность. Что способствовало ухудшению, обострению заболевания. Непереносимость медикаментов. Отношение больного к лечению. Положительная установка или отрицательная. Верит ли в выздоровление или сформировалось недоверие к врачам и лекарствам, пессимизм в отношении выздоровления.

Объективное исследование

Физическое состояние, неврологическое состояние, психическое состояние. Внешний облик больного (выражение лица: угрюмое, унылое, или наоборот - улыбка, глаза блестят и др.). Как вошел в кабинет: тихо, медленно, неуверенно, опустив голову и не глядя в сторону врача и т.д. или вошел в кабинет уверенно, держит себя развязно, бросил реплику).

Сознание. Ориентировка больного в собственной личности, месте, времени и окружающих лицах. Контакт устанавливается легко, больной с большими подробностями рассказывает о себе и своем

заболевании или контакт устанавливается с трудом.

Внимание. Привлекаемость внимания: всякая перемена в окружающей обстановке, все, что затрагивает его чувства и интересы, привлекает внимание или, наоборот, ко всему относится одинаково рассеянно и невнимательно, не способен остановиться на чем бы то ни было.

Сила, сосредоточение внимания: сосредоточившись на каких-нибудь впечатлениях или углубившись в свои собственные мысли, совершенно не замечает окружающего, не слышит обращений к нему.

Устойчивость или неустойчивость внимания: может ли длительно заниматься одним и тем же предметом, поддерживать разговор на одну тему или беспрестанно меняет тему разговора, спрашивает что-нибудь, не дослушивает объяснения и задает новый посторонний вопрос.

Память. Запоминание. Хорошо запоминает предметы, лица, события, разговоры, легко заучивает стихотворный текст и прозу. В короткое время может усвоить описание сложного прибора.

Способность узнавания. Легко узнает все то, что когда-нибудь слышал или читал.

Сохранение в памяти, воспроизведение. То, что раз видел или усвоил, сохраняется в памяти очень надолго. Или же все впечатления быстро сглаживаются в памяти. Воспоминания очень бедны. Воспроизведения совершаются с большим трудом.

Виды памяти: память на числа, имена, отдельные отрывочные фразы, мелодии, память на стихотворения, память на лица, картины, фразы.

Выражение-представление. Мечты, сновидения, рассказы, изобилие подробностей, образов, сравнений. Или же отличается крайней несложностью, бедностью, примитивностью.

Типы умственных образов. Во всех воспоминаниях, мечтах, сновидениях преобладают зрительные образы. Может описать их цвет, форму и положение. Преобладают слуховые образы. В своих суждениях и поступках не ограничивается подражанием другим, а всегда вносит что-то свое, незаимствованное. Преобладание способности к одному какому-нибудь роду творчества: художественное

творчество, способность к научному творчеству, изобретение новых методов, построение гипотез.

Мышление. Обилие или бедность запаса представлений. Обладает неисчерпаемым запасом тем для разговоров, с большим количеством сведений или же круг представлений очень узок и ограничен, воспоминания немногословны. Наличие или отсутствие направляющих идей в умственной сфере. Замечается одна общая руководящая мысль или же они не имеют между собой ничего общего.

Быстро или медленно схватывает и подмечает окружающее, припоминает, сообщает, отвечает на вопросы. Быстро ориентируется во всяком новом, незнакомом ему деле. Всякую привычную и не особенно трудную работу может исполнить в очень короткое время.

Умственная работоспособность. Может ли долгое время работать без перерыва или время от времени нуждается в отдыхе. Сказывается ли к концу дня утомление по сравнению с утренними часами и насколько оно значительно.

Умственная упражняемость. Как скоро приспосабливается ко всякой новой, непривычной для него умственной работе.

В своих высказываниях последователен, логичен. По поводу сколько-нибудь значительного факта начинает сопоставлять его с другими и делает выводы. В области, хорошо ему знакомой, очень дальновиден: задолгос вперед может рассчитать и предсказать вероятные последствия данного поступка.

Способность к отвлечению. Каждое отдельное явление природы или факт общественной жизни умеет обобщить, отыскав в нем черты, общие для целого класса занятий. Может дать точное определение различным отвлеченным понятиям. Наклонность к занятиям отвлеченными науками, философией. Противоположные качества (конкретность, образность мышления).

Каждый отдельный факт представляет себе образно, конкретно, со всеми подробностями. Все его наблюдения и взгляды отличаются узостью и односторонностью. Педант и формалист, из-за частностей не видит главного, из-за средств забывает о цели. Или же обладает широким кругозором, способностью понимать и оценивать самые разнообразные и противоречивые качества. В своих суждениях о предметах, людях и событиях оценивает их всегда с точки зрения собственных взглядов; способен стать на чужую точку зрения. В спорах и разговорах старается только вы-

сказать и развить собственные мысли или же, наоборот, внимательно следит за чужими выражениями, стараясь в них разобраться.

Склонность к синтезу. Постоянно стремится объединять впечатления, вывести общие заключения из каждого отдельного случая. Рассказывая о чем-нибудь, не довольствуется простым пересказом событий, а старается передать их внутреннюю причинную связь от сложного к простому.

Дедуктивный способ мышления. Склонность к анализу. Знакомясь с каким-нибудь сложным объектом, интересуется не столько целым, сколько деталями, отдельными его сторонами, тщательно изучая отдельные его части и их взаимные отношения. Делает выводы только тогда, когда собрано достаточно фактов, вообще в своих рассуждениях придерживается фактических данных – индуктивный способ мышления.

Речь. Не чувствует недостатка в словах и выражениях. Для каждого предмета, для каждой мысли у него тотчас имеется целый ряд слов. Легкость сочетания словесных образов. Речь льется плавно, связно или же с трудом. Речь изобилует тяжелыми, неуклюжими оборотами, каждую фразу несколько раз переделывает. Речь красива, периоды стройны и закончены. Всегда ли говорит одинаково связно и красноречиво. Или же красноречие является у него в редкие минуты, под влиянием сильного возбуждения, эмоции. Патология мышления, бред, навязчивые идеи.

Настроение и аффект. Преобладающее настроение. Весел, доволен, радостно настроен, отличается хорошим самочувствием. Даже в трудных положениях не теряет хорошего расположения духа. Самочувствие большей частью плохое, настроение угнетенное, замечается общая вялость и подавленность. Настроение спокойное, ровное, но без особенной радости, серьезное, но без оттенка грусти.

Постоянство или изменчивость настроения. Несмотря ни на какие обстоятельства настроение всегда одинаковое. Или же оно легко меняется в зависимости от обстоятельств, а иногда без всякой особой причины. Происходит ли смена настроения быстро или медленно.

Способность испытывать радость или горе. Всякое приятное событие вызывает резко выраженное состояние довольства и радостное возбуждение. Всякие же неприятности, лишения и несчастья, постигающие самого больного, близких людей, сильно огорчают, заставляют плакать, тосковать, грустить. Или же наоборот, не способен ни к особенной радости, ни к особенному горю.

Наклонность к гневу. Часто сердится, раздражается. Препятствия, стеснения, помехи, даже самые незначительные, возбуждают его и вызывают досаду и чувство гнева, достигающие иногда значительной силы (бешенство, ярость). Или наоборот, добродушен, ко всему относится спокойно и снисходительно.

Наклонность к страху. При приближении опасности беспокоится, дрожит, бледнеет, теряется, пытается бежать при крайней степени страха (в состоянии ужаса), совершенно теряет способность двигаться; хладнокровие в присутствии опасности, вполне сознавая все, спокойно продолжает свое дело, разговаривает; испытывает страх перед болью, страх за свое имущество, боязнь за свое дело, за свою репутацию, за близких и уважаемых людей, боязнь всего нового, неизвестного, страх перед будущим вообще, боязнь темноты, привидений, мертвцев, всего непонятного и сверхъестественного.

Наклонность к испугу. Всякое сильное внезапное впечатление пугает, заставляет вздрогивать и вызывает сердцебиение. Вид или прикосновение отвратительных животных вызывает нервную дрожь, испуг, связанный с отвращением. Или же, наоборот, ко всему относится совершенно спокойно и безразлично.

Общие особенности эмоциональной сферы. Возбудимость. Легко приходит в состояние восторга, гнева, вспыльчивости, угнетения, смущения и замешательства. Ко всему относится одинаково равнодушно, очень трудно его рассердить, удивить, обрадовать или смутить.

Сила, интенсивность переживаний. Достигает такой степени и глубины, что способна потрясти весь организм, изменить все

его поведение или побудить его на необычайные, из ряда вон выходящие поступки. Все его чувства слабы и поверхностны.

Продолжительность, устойчивость. Раз возникшее чувство не скоро успокаивается, даже если причина, его вызвавшая, уже давно исчезла. Спустя долгое время достаточно малейшего повода или напоминания, чтобы прежнее чувство возобновилось с полной силой.

Обилие или бедность внешних проявлений чувства. Чувство сопровождается внешними проявлениями: краснеет или бледнеет, плачет или громко смеется, оживленно жестикулирует, голос делается чересчур громким или, наоборот, слабым.

Волевое усилие. Сила или слабость желаний, впечатлений. Всякое овладевшее им влечение стремится осуществить во что бы то ни стало. Наоборот, ко всему относится одинаково равнодушно.

Общее развитие психической активности. Никогда не бывает без дела. Постоянно занят чем-нибудь. Охотно принимается за какое угодно трудное дело. Наоборот, вял и бездеятелен. Малейшее затруднение тотчас же парализует его, всю энергию. Больше всего любит спокойно сидеть или лежать на диване, ничем особенно не интересуется и ни в чем не принимает деятельного участия.

Большая или меньшая продолжительность волевого усилия. Настойчив ли в преследовании своих целей. Может ли довести до конца раз начатое дело, несмотря ни на какие препятствия. Способность задержки. Умеет скрыть проявление своих чувств. Даже при сильном возбуждении, страхе, гневе, радости остается снаружи спокойным. Самообладание, способность подавлять в себе страх, вспышки гнева, различные страсти, влечения, склонность к аскетизму. Сопротивляемость внешним влияниям. Разумно мотивированная самостоятельность мнений, поступков: не способен поступиться своими убеждениями, чужие советы и образы принимает, но только изменив их сообразно своим потребностям. Тупое ограниченное упрямство: несмотря на все убеждения, ни за что не желает изменить своих действий. Подражательность, легко перенимает поступки окружающих, их манеры, жесты, суждения, способы выражаться, при

этом одинаково хорошо усваивает как хорошее, так и плохое. Уступчивость, наклонность подчиняться. Легковерие: всякий рассказ, даже нелепый, принимает за чистую монету. Способность поддаваться внушению, поведение в отделении и т.д.

Приведенная схема исследования психического статуса больных на психотерапевтическом приеме дает возможность врачу наиболее полно охарактеризовать психическую деятельность и определить степень психических нарушений.

Учебное издание

**ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ
НА ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ**

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

**Составители СКУМИН Виктор Андреевич
КАДУК Григорий Иванович**

Ответственный за выпуск Е.Г.Степанов

Редактор Н.И.Храмова

Технический редактор Л.К.Меренкова

Корректор Т.Г.Попова

Подп.к печ. 21.08.90. Формат 60x84¹/16. Бумага тип. № 2.
Печать офсетная. Усл.печ.л. I, 39. Усл.кр.-отт. I, 39. Уч.-изд.л. I, 03.
Изд. № 1851. Тираж 1000 экз. Зак. № 4177. Бесплатно.

Базовый санаторий "Березовские минеральные воды".

Харьковское межвузовское арендное полиграфическое предприятие.
310093, Харьков, ул.Свердлова, 115.

Бесплатно