

**ФГБУ “Государственный научный центр
социальной и судебной психиатрии
имени В.П. Сербского”
Министерства здравоохранения РФ**

**ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА
С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Учебное пособие



Москва - 2013

УДК 616.89
ББК 56.14
К33

Учебное пособие подготовлено в ФГБУ “ГНЦССП им. В.П. Сербского” Минздрава России доктором медицинских наук, профессором **З.И. Кекелидзе**, доктором медицинских наук, профессором **М.А. Качаевой**, доктором медицинских наук **Г.А. Фастовцовым**, кандидатом медицинских наук **С.В. Даниловой**, кандидатом медицинских наук **Е.С. Тальниковой**.

Учебное пособие утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ “ГНЦССП им.В.П.Сербского” Минздрава России 25 мая 2012 г., протокол № 6.

Рецензенты:

Л.М. Барденштейн – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии МГМСУ;

Н.А. Тювина – доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии МГМУ им. И.М. Сеченова;

И.Н. Винникова – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБУ “ГНЦССП им. В.П. Сербского” Минздрава России.

К33 Кекелидзе З.И., Качаева М.А., Фастовцов Г.А., Данилова С.В., Тальникова Е.С. **Обследование пациента с психическими расстройствами**: Учебное пособие (издание второе). – М.: ФГБУ “ГНЦССП им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2013. – 60 с.

В учебном пособии описаны особенности работы в психиатрическом учреждении, методы выявления психических расстройств, требования к оформлению истории болезни. В приложении приведены статьи Закона “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, а также словарь психиатрических терминов.

Для интернов и ординаторов, обучающихся по специальности “Психиатрия”.

ББК 56.14

ISBN 5-86002-042-3

© Группа авторов, 2013.

© ФГБУ “ГНЦССП им. В.П.Сербского”
Минздрава России, 2013.

СОДЕРЖАНИЕ

1. ПРАВИЛА ПОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ИНТЕРНОВ И ОРДИНАТОРОВ В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	5
2. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	6
3. МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	10
4. ОПИСАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ	11
5. ОФОРМЛЕНИЕ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТА С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	23
6. ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ	29
6.1. Особенности работы в приемном покое	29
6.2. Организация работы психиатрического стационара ..	31
7. ПРИЛОЖЕНИЯ	35
7.1. Статьи Закона “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”	35
Статья 1. Психиатрическая помощь и принципы ее оказания	35
Статья 2. Законодательство Российской Федерации о психиатрической помощи	35
Статья 3. Применение настоящего закона	36
Статья 4. Добровольность обращения за психиатрической помощью	36
Статья 5. Права лиц, страдающих психическими расстройствами	36
Статья 9. Сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи	37

Статья 29. Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке	37
Статья 30. Меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи	38
Статья 37. Права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах	38
7.2. Словарь психиатрических терминов	39

1. ПРАВИЛА ПОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ИНТЕРНОВ И ОРДИНАТОРОВ В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

1. Во время практических занятий в психиатрических учреждениях необходимо подчиняться режиму работы данного стационара, соблюдать установленные правила по надзору за больными.

2. В психиатрических учреждениях следует находиться в медицинских халатах, можно иметь при себе тетрадь, блокнот, ручку либо карандаш. Другие вещи следует оставлять в учебном классе (ординаторской).

3. При передвижениях по психиатрическому учреждению необходимо закрывать за собой двери на замок, используя для этого стандартный ключ, полученный от преподавателя (куратора), во избежание выхода больного из отделения.

4. Запрещается передавать больным передачи и записки от посетителей (в передачах могут содержаться алкогольные напитки, наркотики, колющие и режущие предметы, веревки, которые могут быть использованы пациентом по бредовым мотивам). Нельзя брать у больных корреспонденцию. Вся корреспонденция должна быть проверена персоналом: имеющиеся в ней данные могут свидетельствовать о наличии у больного бреда, галлюцинаций, агрессивных тенденций. Письма и записки, полученные от больных, необходимо передавать преподавателю (куратору) или врачам отделения.

5. В психиатрических учреждениях нельзя шуметь, громко переговариваться. В присутствии больных не следует пререкаться, говорить на посторонние темы друг с другом, обсуждать состояние больных, просматривать в их присутствии истории болезни.

6. Ординаторы (интерны) должны сохранять в тайне фамилии больных, диагнозы, анамнестические сведения и объективные данные. Запрещается сообщать родственникам и другим посетителям какие-либо сведения о больных, самостоятельно сопровождать посетителей к больным.

7. Разговаривать с больным следует спокойно, доброжелательно, не вступая в споры, не возмущаясь. Недопустимы панибратство, обращение на "ты", пренебрежительное или снисходительное отношение. Не следует пользоваться распространенным

в других клиниках обращением “больной”. Нельзя смеяться над пациентом, даже если его высказывания нелепы. При многословности больного мягко, но настойчиво направляйте беседу в нужном направлении. Сведения, полученные от больного, можно записывать, если это не вызывает у него недовольства.

8. Нельзя сообщать больным их диагноз, методы проводимой терапии и результаты исследований. Не следует обманывать больных, давать невыполнимые обещания (о выписке, прекращении лечения, экспертном решении). Если больной упорно возвращается к этим вопросам, необходимо посоветовать ему поговорить о своих проблемах с лечащим врачом. Если тема разговора раздражает больного, усиливает напряженность, нужно изменить содержание беседы или даже прекратить ее.

2. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Обследование пациента с психическими расстройствами подразумевает тщательное изучение его жалоб, анамнеза жизни и болезни, соматического, неврологического и психического состояния, данных рентгенологического, электрофизиологического, биохимического и других лабораторных и инструментальных методов исследования.

Обследование больного следует начинать с оценки внешнего вида, особенностей поведения, способности отвечать на вопросы врача, сообщать необходимые сведения. Начиная обследование, необходимо оценить состояние сознания больного, так как тактика дальнейшего осмотра в первую очередь зависит от результатов этой оценки. В клиническом понимании, критерием ясности сознания является сохранность ориентировки во времени, окружающей обстановке и собственной личности. Поэтому состояние сознания удобнее всего изучать путем постановки вопросов, касающихся общих сведений и паспортных данных: больного просят назвать фамилию, имя, отчество, возраст, образование, профессию, семейное положение, местожительство; уточняют, знает ли он, где находится в настоящее время, когда поступил в лечебное учреждение, какой теперь месяц, число, год.

При выяснении **жалоб больного** следует учитывать, что в отличие от соматических больных, лица с психическими расстройствами часто не осознают своей болезни, не считают себя больными и поэтому или совсем не жалуются, или выска-

зывают жалобы, не соответствующие объективному состоянию здоровья.

Анамнез жизни и болезни психически больных. При наличии помрачения сознания, а также в тех случаях, когда по болезненным мотивам пациент не вступает в общение с врачом, собрать анамнез со слов больного невозможно. Вместе с тем даже налаженный контакт с больным не освобождает врача от обязанности собирать субъективные анамнестические данные со стороны родственников, сослуживцев и других лиц, хорошо знающих пациента, так как некоторые больные могут сообщать неправильные сведения либо искаженно интерпретировать свои ощущения, переживания или события. Рекомендуется запросить на него характеристики (с места работы, с места жительства и т.п.). В тех случаях, когда больной поступает повторно в психиатрический стационар, нужно сделать запрос в учреждения, в которых он лечился ранее.

В процессе изучения **анамнеза жизни** необходимо выяснить следующие факты.

Наследственность (по прямой, боковой и нисходящей линиям). Состояние здоровья родителей, причина их смерти; не страдали ли родственники или члены семьи нервно-психическими заболеваниями (особенности их клиники и течения), алкоголизмом, другими зависимостями от психоактивных веществ, туберкулезом, сифилисом, сердечно-сосудистыми, эндокринными заболеваниями, болезнями обмена веществ, злокачественными новообразованиями. Не отмечались ли в семье случаи самоубийства (возможные причины этого), существенные странности в поведении. Далее следует уточнить личностные особенности ближайших родственников (спокойный – раздражительный; общительный – замкнутый; веселый, жизнерадостный, синтонный – холодный, черствый; властный, решительный – уступчивый, легко теряющийся; эгоистичный – альтруистичный; ведущий – ведомый; стремящийся быть в центре внимания – предпочитающий находиться в тени и т.п.), а также их увлечения, род занятий.

Семейный анамнез. Уточняется возраст родителей к моменту рождения пациента. Здоровье матери во время беременности, своевременность родов и характер их течения. Состав семьи, семейно-бытовые условия, отношения между родителями, отношение родителей к детям, взаимоотношения между детьми.

Младенческий и дошкольный периоды. Определяется физическое и психическое развитие (когда начал сидеть, стоять, ходить, говорить, приобрел навыки опрятности). Не было ли в детстве и в последующие годы ночных страхов, сногворения, снохождения. Был ли спокойным или беспокойным, крикливым, капризным. Наблюдалось ли и до какого возраста ночное недержание мочи, заикание. Особенности поведения дома и в детских коллективах. Характер воспитания. Особенности ребенка (спокойный, послушный – возбудимый; робкий – решительный; боязливый – смелый; ласковый – грубый).

Период обучения. В каком возрасте начал обучение в школе (общеобразовательной, специализированной, интернате), как успевал, оставался ли на повторный год обучения, причина дублирования. К каким предметам обнаруживал способности. Дисциплина в школе, взаимоотношения в коллективе (стремился к лидерству, подчинялся авторитету, ведомый, конформный и т.п.). Поведение в школе и быту. Выполнял ли общественные поручения (охотно, с принуждением), участвовал ли в кружках (с углубленным изучением предмета, музыкальных, художественных, спортивных). Какое получил образование, какие оценки в аттестате. Где продолжил обучение и по какой специальности. Характерологические особенности, отмечаемые в период обучения в начальной, средней и высшей школе.

Половое развитие. Когда появились признаки полового созревания, не наблюдалось ли изменений в характере обследуемого в этот период. Сексуальные интересы, их девиации. Начало и регулярность половой жизни.

Трудовая и общественная деятельность. Возраст начала самостоятельной трудовой деятельности. Какими трудовыми навыками овладел, как работал, часто ли менял места работы и по каким причинам. Какова была работоспособность, как относился к труду. Взаимоотношения с сослуживцами, увлечения, времяпрепровождение после работы.

Отношение к воинской службе. В каком возрасте был призван (если были отсрочки, то по какой причине). Продолжительность периода адаптации к условиям военной службы, легко ли привыкал к новому режиму жизни, распорядку и дисциплине, успехи по службе, взаимоотношение с другими призывниками, начальниками, подчиненными; взыскания, поощрения. Отслужил ли установленный срок или был уволен со службы раньше (причины, по какой статье).

Семейная жизнь больного. Возраст вступления в брак. Для женщин количество беременностей, их течение, осложнения, послеродовой период, здоровье детей, количество аборт. Внутрисемейные отношения, если разведен, то по какой причине.

Бытовые условия. Материальная обеспеченность, жилищные условия.

Перенесенные заболевания и вредные привычки. Травмы головного мозга, нейроинфекции, длительные, обостряющиеся и истощающие соматические, инфекционные заболевания, оперативные вмешательства, курение табака, употребление спиртных напитков, наркотических и стимулирующих средств.

Особенности темперамента, характера, личности (преморбидно). Уже при изучении анамнеза, как правило, выявляются особенности психической деятельности у пациента. При этом врач имеет возможность составить предварительное мнение об особенностях личности больного.

Прежде всего, устанавливается, какой у больного тип высшей нервной деятельности (ВНД) – темперамент. При этом оценивают трудовую активность, настойчивость в достижении цели, выносливость. Об уравновешенности говорит умение сдерживаться, проявлять терпение. Подвижность нервных процессов характеризуется легкостью смены стереотипа, адаптацией к новым или меняющимся условиям. Инертность характеризуется ригидными установками, обидчивостью, злопамятностью, трудностями привыкания к новой обстановке. Такие пациенты плохо сходятся с людьми, они многословны и обстоятельны.

Далее следует определить специфический тип ВНД. Так, для художественного типа характерно живое, непосредственное, эмоциональное восприятие окружающего мира. Для мыслительного склада типичными чертами являются абстрактное мышление, рассудительность, бедность восприятий. Следует учитывать и профессию больного (гуманитарная или техническая специальность), но она не всегда отражает тип ВНД. Для уточнения особенностей личности необходимо выяснить установки и идеалы пациента, акцентированные черты характера.

При изучении **анамнеза болезни** следует уточнить, в каком возрасте впервые появились новые черты характера, особенности реагирования на ситуации, психические расстройства и в чем они проявлялись. Возникли ли они внезапно или развились

постепенно. Какие вредности и события предшествовали заболеванию: травма, тяжелые потрясения, жизненные изменения, интоксикации, переутомление и др.

При наличии эпилептических припадков необходимо установить характер продромальных явлений, время появления первого приступа и его возможную связь с какими-либо внешними факторами (инфекция, интоксикация, физическая травма). Подробно определить вид, фазы и частоту припадков. Попытаться выявить другие эпилептические пароксизмы: дисфории, сумеречные состояния сознания, амбулаторные автоматизмы. Если больной злоупотребляет алкогольными напитками или наркотическими средствами, то необходимо установить болезненное влечение, привыкание, склонность к повышению дозы для достижения привычного комфорта, каковы максимальные дозы, имеются ли явления абстиненции и с какого года, психологическая и физическая зависимость.

Необходимо установить, в какой последовательности возникали патологические явления, как менялась симптоматика в процессе болезни, произошли ли с годами изменения личности, нарушения памяти, снижение интеллекта, трудоспособности, были ли периоды полного здоровья. Если больной ранее находился в стационаре, то важно установить, с каким диагнозом, с какой симптоматикой, какие проводились лечебные мероприятия, каков был эффект от проводимой терапии. Особенно уточняется поведение пациента перед данным стационарированием, чтобы были ясны цели госпитализации.

Собрав анамнез и изучив жалобы больного, приступают к исследованию соматического и неврологического статуса по схемам, принятым в этих специальностях. После переходят к подробному исследованию психической деятельности больного.

3. МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Для изучения психического состояния больного применяются следующие методы исследования:

1. Клиническое собеседование или интервью (опрос больного и лиц, знавших его прежде, в том числе по предоставленным характеризующим материалам);
2. Наблюдение за больным в отделении, на свидании с родственниками;

3. Клинический эксперимент.

4. Изучение дополнительных объективных материалов (в том числе материалов уголовного либо гражданского дела).

Беседа с больным является одним из основных способов получения информации о нем. От правильного проведения клинического интервью во многом зависят определение психического состояния больного, полнота и подлинность сообщенных им сведений.

Контакт с пациентом налаживается лишь в случае его доверия к врачу. Больной должен чувствовать с его стороны доброжелательность, желание помочь, облегчить его состояние. К сведениям, которые сообщает больной, нельзя относиться с недоверием, его следует выслушать внимательно, спокойно и доброжелательно, при необходимости уточняя детали.

Если некоторые вопросы вызывают у больного отрицательное отношение, следует сменить тему разговора на нейтральную и тем самым постепенно восстановить контакт. Активно разубеждать пациента в его болезненных (в том числе бредовых) переживаниях нецелесообразно, так как в этом случае может быть нарушен контакт.

4. ОПИСАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

Внешний вид. Определяются выразительность движений, мимика, жестикуляция, адекватность их высказываниям и переживаниям. Во время осмотра оценивается, как одет больной (аккуратно, небрежно, нелепо, склонен украшать себя и т.п.). Общие впечатления о больном.

Контактность и доступность больного. Охотно ли больной вступает в контакт, рассказывает ли о своей жизни, интересах, потребностях. Раскрывает ли он свой внутренний мир или контакт носит лишь поверхностный, формальный характер.

Сознание. Как уже упоминалось, клиническим критерием ясности сознания является сохранность ориентировки в собственной личности, окружающей обстановке и во времени. Кроме того, одним из методов исследования является определение ориентировки на основании последовательности изложения больным анамнестических данных, особенностей контакта с больным и окружающими лицами, характера поведения в целом. При

использовании этого метода задаются косвенные вопросы: где находился и чем занимался больной непосредственно перед поступлением в больницу, кем и каким транспортом доставлен в больницу и т.д. Если этот способ оказался неэффективным и необходимо уточнить характер и глубину нарушения ориентировки, то задают прямые вопросы относительно ориентировки. Эти данные врач получает в большинстве случаев уже при сборе анамнеза. Беседа с больным, следует проявлять осторожность и такт. При этом оценивается понимание больным вопросов врача, быстрота ответов, их характер. Необходимо обратить внимание, не выявляется ли у больного отрешенности, бессвязности мышления, достаточно ли хорошо он осмысливает происходящее, обращенную к нему речь. Анализируя анамнез, следует выяснить, помнит ли больной весь период болезни, так как после выхода из состояния расстроенного сознания наиболее убедительным признаком является именно амнезия на болезненный период.

Обнаружив признаки помрачения сознания (отрешенность, бессвязность мышления, дезориентировку, амнезию), необходимо установить какой вид помрачения сознания имеется: оглушение, сонор, кома, делирий, онейроид, сумеречное состояние, аменция.

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

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

Аментивная спутанность проявляется неспособностью осмыслить ситуацию в целом, непоследовательным поведением, хаотическими поступками, растерянностью, недоумением, бессвязным мышлением и речью. Характерна дезориентировка в собственной личности. По выходе из аментивного состояния, как правило, наступает полная амнезия болезненных переживаний.

Более сложно выявление онейроидного синдрома, так как в этом состоянии больные либо полностью неподвижны и безмолвны, либо находятся в состоянии зачарованности или хаотического возбуждения и недоступны. В этих случаях необ-

ходимо внимательное изучение мимики и поведения больного (страх, ужас, удивление, восторг и др.). Уточнению характера переживаний может помочь медикаментозное растормаживание больного.

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

В случае если указанные признаки помрачения сознания не обнаруживаются, но больной высказывает бредовые идеи, галлюцинирует и т.д., нельзя утверждать, что у больного “ясное сознание”, следует считать, что сознание у него “не помрачено”.

Восприятие. При исследовании восприятия большое значение имеет тщательное наблюдение за поведением больного. О наличии зрительных галлюцинаций может свидетельствовать живая мимика больного, отражающая страх, удивление, любопытство, внимательный пристальный взгляд больного в определенном направлении, где нет ничего, что могло бы привлечь его внимание. Больные внезапно закрывают глаза, прячутся или вступают в борьбу с галлюцинаторными образами. Можно использовать следующие вопросы: “Не было ли у Вас явлений, похожих на сновидения, в то время, когда Вы не спали?”, “Не было ли у Вас переживаний, которые можно было бы назвать видениями?”. При наличии зрительных галлюцинаций необходимо выявить четкость форм, окрашенность, яркость, объемный или плоский характер образов, их проекцию.

При слуховых галлюцинациях больные к чему-то прислушиваются, говорят в пространство отдельные слова и целые фразы, беседуя с “голосами”. При наличии императивных галлюцинаций может быть неправильное поведение: больной делает нелепые движения, цинично бранится, упорно отказывается от еды, совершает суицидные попытки и т.д.; мимика больного обычно соответствует содержанию “голосов”. Для уточнения характера слуховых галлюцинаций могут быть использованы такие вопросы: “Снаружи слышится голос или в голове?”, “Мужской голос или женский?”, “Знакомый или незнакомый?”, “Не приказывает ли голос что-либо сделать?”. Целесообразно уточнить, слышится ли голос только больному или всем остальным тоже, является ли восприятие голоса естественным или кем-то “подстроено”.

При наличии “голосов” больной может затыкать уши ватой или закрывать уши руками.

Требуется выяснить, нет ли у больного сенестопатий, иллюзий, галлюцинаций, психосенсорных нарушений. Для выявления галлюцинаций, иллюзий иногда достаточно задать больному обычный вопрос о самочувствии, чтобы он уже начал предъявлять жалобы на “голоса”, “видения” и т.д. Но чаще приходится задавать наводящие вопросы: “Не слышится ли Вам что-либо?”, “Не ощущаете ли посторонних, необычных запахов?”, “Не изменился ли вкус пищи?”. Если выявляются расстройства восприятий, необходимо их дифференцировать, в частности, отличить галлюцинации от иллюзий. Для этого надо выяснить, существовал ли реальный объект или восприятие было мнимым. Далее следует попросить подробно описать симптоматику: что видится или слышится, каково содержание “голосов” (особенно важно выяснить, нет ли императивных галлюцинаций и галлюцинаций устрашающего содержания), определить, где локализуется галлюцинаторный образ, нет ли чувства сделанности (истинные и псевдогаллюцинации), какие условия способствуют их возникновению (функциональные, гипнагогические галлюцинации). Важно также установить, имеется ли у больного критика к расстройствам восприятия. Следует учитывать, что нередко больной отрицает галлюцинации, но имеются так называемые объективные признаки галлюцинаций, а именно: больной вдруг замолкает при беседе, выражение его лица меняется, он становится настороженным; пациент может разговаривать сам с собой, чему-то смеяться, затыкать уши, нос, оглядываться, присматриваться, что-то сбрасывать с себя.

Наличие гиперестезии, гипостезии, сенестопатий, дереализации, деперсонализации выявляется легко, больные обычно охотно рассказывают о них сами. Для выявления гиперестезии можно спросить, как больной переносит шум, звуки радио, яркий свет и т.д. Для установления наличия сенестопатий следует выяснить, не имеет ли больной в виду обычные болевые ощущения, в пользу сенестопатий говорят необычность, мучительность ощущений, их склонность к перемещению. Деперсонализация и дереализация обнаруживается, если больной рассказывает о чувстве отчуждения Я и внешнего мира, об изменении формы, величины собственного тела и окружающих предметов.

Для больных с обонятельными и вкусовыми галлюцинациями характерен отказ от еды. Испытывая неприятные запахи, они все время принохиваются, зажимают нос, стремятся открыть форточки, при наличии вкусовых обманов восприятия часто полощут рот и сплевывают. О наличии тактильных галлюцинаций иногда могут свидетельствовать расчесы кожи.

Если больной склонен диссимулировать свои галлюцинаторные воспоминания, о нарушении восприятия можно узнать из его писем и рисунков.

Мышление. Для суждения о расстройствах мыслительного процесса следует пользоваться методом опроса и изучением спонтанной речи больного. Уже при собирании анамнеза можно заметить, насколько последовательно больной излагает свои мысли, каков темп мышления, имеется ли логическая и грамматическая связь между фразами. Эти данные дают возможность судить об особенностях ассоциативного процесса: ускорении, замедлении, разорванности, резонерстве, обстоятельности, персеверации и др. Более полно эти расстройства выявляются в монологе больного, а также в его письменном творчестве. В письмах, дневниках, рисунках можно обнаружить также символику (вместо слов использует понятные только ему значки, пишет не в центре, а по краям и т.д.).

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

Уход от вопроса, задержка с ответом или молчание заставляют предполагать наличие скрываемых переживаний, “запретной темы”. Необычность позы, походки, лишние движения позволяют думать о существовании бреда или навязчивостей (ритуалы). Покрасневшие от частого мытья руки свидетельствуют о боязни

заражения или загрязнения. При отказе от еды можно думать о бреде отравления, идеях самоуничтожения (“недостоин есть”).

Далее следует попытаться выявить наличие бредовых, сверхценных или навязчивых идей. Предположить наличие бредовых идей позволяют поведение и мимика больного. При бреде преследования – подозрительное, настороженное выражение лица, при бреде величия – горделивая поза и обилие самодельных знаков отличия, при бреде отравления – отказ от пищи, при бреде ревности – агрессивность при свидании с женой. Много может дать также анализ писем, заявлений пациентов. Кроме того, в беседе можно задать вопрос, как отнеслись к нему окружающие (в больнице, на работе, дома), и таким образом выявить бред отношения, преследования, ревности, воздействия и др.

Если больной упомянул о болезненных идеях, следует спросить о них подробно. Затем необходимо попытаться мягко разубедить его, спросив, не ошибается ли он, не показалось ли ему (установить наличие или отсутствие критики). Далее делается вывод, какие идеи высказывал больной: бредовые, сверхценные или навязчивые (учитывается, прежде всего, наличие или отсутствие критики, нелепость или реальность содержания идей и другие признаки).

Для выявления бредовых переживаний целесообразно использовать письма и рисунки больных, в которых могут отражаться детализация, символика, опасения и бредовые тенденции. Для характеристики речевой спутанности, бессвязности необходимо привести соответствующие образцы речи больного.

Память. Исследование памяти включает вопросы об отдаленном прошлом, близком прошлом, о способности к запоминанию и удержанию информации.

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

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

Особенности кратковременной памяти изучаются при пересказе перечислением событий текущего дня. Можно спросить больного, о чем он только что беседовал с родственниками, что было на завтрак, как зовут лечащего врача и др. При грубой фиксационной амнезии больные дезориентированы, не могут найти свою палату, кровать.

Оперативная память исследуется при непосредственном воспроизведении 5–6 цифр, 10 слов или фраз из 10–12 слов. При наклонности к парамнезиям больному задаются соответствующие наводящие вопросы в плане вымыслов или ложных воспоминаний (“Где Вы были вчера?”, “Куда ездили?”, “У кого Вы были в гостях?”).

При исследовании состояния памяти (способность запоминания, удерживания, воспроизведения как текущих, так и давних событий, наличие обманов памяти) определяется тип амнезии. Для выявления расстройств памяти на текущие события задают вопросы: какое сегодня число, месяц, год, кто лечащий врач, когда было свидание с родными, что было на завтрак, обед, ужин и т.д. Кроме того, используется методика заучивания 10 слов. Больному объясняют, что будет зачитано 10 слов, после чего он должен назвать те слова, что запомнил. Читать следует в среднем темпе, громко, используя короткие, одно- и двусложные индифферентные слова, избегая слов травмирующих (например, “смерть”, “пожар” и др.), так как они обычно легче запоминаются. Можно дать следующий набор слов: лес, вода, суп, стена, стол, сова, сапог, зима, липа, пар. Куратор отмечает у себя правильно названные слова, затем зачитывает их повторно (до 5 раз). В норме после однократного зачитывания человек запоминает 5–6 слов, а начиная с третьего повторения – 9–10.

Собирая анамнестические, паспортные сведения, куратор уже может отметить, какова память больного на прошедшие события. Следует обратить внимание, помнит ли он год своего рождения, возраст, важнейшие даты своей жизни и общественно-исторических событий, а также время начала болезни, поступления в стационары и т.д.

Тот факт, что больной не отвечает на указанные вопросы, не всегда свидетельствует о расстройстве памяти. Это может быть и за счет отсутствия интереса к заданию, расстройства внимания либо сознательная позиция симулятивного больного. Беседуя с больным, надо установить, нет ли у него конфабуляций, полной или частичной амнезии отдельных периодов болезни.

Внимание. Расстройства внимания выявляются при опросе больного, а также при изучении его высказываний и поведения. Нередко больные сами жалуются, что им трудно на чем-либо сосредоточиться. Беседуя с больным, надо понаблюдать, сосредоточен ли он на теме разговора или его отвлекает любой внешний фактор, склонен ли он возвращаться к одной и той же теме или легко меняет ее. Один больной сосредотачивается на беседе, другой быстро отвлекается, не может сосредоточиться, истощается, третий переключается очень медленно. Определить нарушение внимания можно также с помощью специальных приемов. Выявлению расстройств внимания способствуют такие экспериментально-психологические методы, как вычитание из 100 по 7, перечисление месяцев в прямом и обратном порядке, обнаружение дефектов и деталей в тестовых картинках, корректурная проба (зачеркивание и подчеркивание определенных букв на бланке) и др.

Интеллект. На основании предыдущих разделов относительно статуса больного уже можно сделать вывод об уровне его интеллекта (память, речь, сознание). Трудовой анамнез и данные о профессиональных качествах больного в настоящее время свидетельствуют о запасе знаний, наличии навыков. Дальнейшие вопросы в плане собственно интеллекта следует задавать с учетом образования, воспитания, культурного уровня больного. Задача врача – установить, соответствует ли интеллект больного его образованию, профессии, жизненному опыту. В понятие интеллекта входит умение делать собственные суждения и умозаключения, выделять главное из второстепенного, критически оценивать окружающее и самого себя. Для выявления расстройств интеллекта можно попросить больного рассказать о происходящем, передать смысл прочитанного рассказа, просмотренного фильма. Можно спросить, что означает та или иная поговорка, метафора, крылатое выражение, попросить подыскать синонимы, сделать обобщение, посчитать в пределах 100 (сначала дать более простую пробу на сложение, а затем – на вычитание). Если интеллект у больного снижен, то смысл поговорок он понять не может и объясняет конкретно. Например, поговорку: “Шила в мешке не утаишь” интерпретирует так: “Нельзя класть шило в мешок – уколешься”. Можно дать задание подыскать синонимы к словам “думать”, “дом”, “врач” и др.; назвать одним словом следующие предметы: “чашки”, “тарелки”, “стаканы”.

Если в процессе обследования выясняется, что интеллект у больного низкий, то следует в зависимости от степени снижения все более упрощать задания. Так, если он совсем не понимает смысла пословиц, то можно спросить, какая разница между самолетом и птицей, рекой и озером, деревом и бревном; выяснить, как больной владеет навыками чтения, письма. Попросить посчитать от 10 до 20, выяснить, знает ли он номинал денежных знаков. Нередко больной со сниженным интеллектом делает грубые ошибки при счете в пределах 10–20, но если вопрос ставится конкретно, с учетом повседневных жизненных навыков, то ответ может быть правильным. Пример задачи: “У Вас было 20 рублей, а хлеба Вы купили на 16 рублей, сколько рублей у Вас осталось?”.

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

Для исследования интеллекта используются математические и логические задачи, поговорки, классификации и сравнения с целью выявления способности находить причинно-следственные связи (анализ, синтез, различение и сравнение, абстракция). Определяются круг представлений о жизни, смекалка, находчивость, комбинаторные способности. Отмечается богатство или бедность воображения.

Обращается внимание на общее оскудение психики, снижение кругозора, потерю житейских навыков и знаний, снижение процессов осмысления. Обобщив данные исследования интеллекта, а также используя анамнез, следует сделать вывод, имеется ли у больного олигофрения (и степень ее) или деменция (тотальная, лакунарная).

Эмоции. При исследовании эмоциональной сферы применяются следующие методы: 1. Наблюдение за внешними проявлениями эмоциональных реакций пациента. 2. Беседа с больным. 3. Исследование соматоневрологических проявлений, сопровождающих эмоциональные реакции. 4. Сбор объективных

сведений об эмоциональных проявлениях от родственников, сотрудников, соседей.

Наблюдение за больным дает возможность судить о его эмоциональном состоянии по выражению лица, позе, темпу речи, движений, одежде и занятиям. Например, для пониженного настроения характерны грустный взгляд, сведенные к переносице брови, опущенные уголки рта, замедленные движения, тихий голос. Депрессивных больных необходимо расспросить о суицидальных мыслях и намерениях, отношении к окружающим и родственникам. С подобными больными следует беседовать с сочувствием.

Необходимо оценить эмоциональную сферу больного: особенности его настроения (повышенное, пониженное, злобное, неустойчивое и др.), адекватность эмоций, извращение эмоций, повод их вызвавший, умение подавлять свои чувства. О настроении больного можно узнать из его рассказов о своих ощущениях, переживаниях, а также на основании наблюдений. Следует обратить особое внимание на выражение лица больного, его мимику, моторику; следит ли он за своим внешним видом. Как пациент относится к беседе (с интересом или безразлично). Достаточно ли он корректен или, наоборот, циничен, груб, развязен. Задав вопрос об отношении больного к своим близким, необходимо проследить, как он говорит о них: безразличным тоном, с равнодушным выражением лица или тепло, волнуясь, со слезами на глазах. Важно и то, чем интересуется больной во время свиданий с родными: их здоровьем, подробностями жизни или только принесенной ему передачей. Следует спросить, скучает ли он по дому, работе, переживает ли факт пребывания в психиатрическом стационаре, снижения трудоспособности и т.д. Необходимо выяснить также, как больной сам оценивает свое эмоциональное состояние. Соответствует ли мимика его душевному состоянию (нет ли парамимики, когда на лице улыбка, а в душе тоска, страх, тревога). Представляет также интерес, имеются ли суточные колебания настроения. Среди всех расстройств эмоциональной сферы бывает нелегко выявить слабо выраженную депрессию, а между тем это имеет большое практическое значение, так как такие больные склонны к суицидальным попыткам. Особенно трудно бывает выявить так называемую “маскированную депрессию”. При этом на первый план выступают самые разнообразные соматические жалобы,

тогда как на снижение настроения пациенты не жалуются. Они могут предъявлять жалобы на неприятные ощущения в любой части тела (особенно часто – в груди, животе); ощущения носят характер сенестопатий, парестезии и своеобразных, трудноописуемых болей, не локализованных, склонных к перемещению (“ходячие, вращающиеся” и другие боли). Больные отмечают также общее недомогание, вялость, сердцебиение, тошноту, рвоту, снижение аппетита, запоры, поносы, метеоризм, дисменорею, стойкие нарушения сна. Самое тщательное соматическое обследование таких больных чаще всего не позволяет выявить органической основы этих ощущений, и длительное лечение у врача соматического профиля не дает видимого эффекта. Выявить скрытую за фасадом соматических ощущений депрессию трудно, и только целенаправленный опрос указывает на ее наличие. У больных отмечаются несвойственная им ранее нерешительность, беспричинная тревога, снижение инициативы, активности, интереса к любимому делу, к развлечениям, “хобби”, снижение полового влечения и др. Следует иметь в виду, что у таких больных нередко возникают суицидальные мысли. Для “маскированной депрессии” характерны суточные колебания состояния: соматические жалобы, депрессивные проявления особенно выражены с утра и угасают к вечеру. В анамнезе больных можно выявить периоды возникновения подобных же состояний, перемежающихся с периодами полного здоровья. В анамнезе ближайших родственников пациентов могут отмечаться сходные состояния.

Повышенное настроение в типичных случаях проявляется в оживленном выражении лица (блеск глаз, улыбка), громкой ускоренной речи, яркой одежде, быстрых движениях, стремлении к деятельности, общительности. С такими больными можно говорить свободно, даже пошутить, побудить к декламации, пению.

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

Выявить эксплозивность, взрывчатость больного можно, наблюдая за его отношениями с соседями по палате и при непосредственной беседе с ним. Эмоциональная лабильность и слабодушие проявляются резким переходом от тем разговора, субъективно приятных и неприятных больному.

При исследовании эмоций всегда целесообразно предложить больному описать свое эмоционально состояние (настроение). При диагностике эмоциональных расстройств важно учитывать качество сна, аппетит, физиологические отправления, величину зрачков, влажность кожи и слизистых, изменения артериального давления, частоту пульса, дыхания, уровень сахара в крови и т.д.

Влечения, воля. Основным методом является наблюдение за поведением больного, его активностью, целенаправленностью и адекватностью обстановке и собственным переживаниям. Необходимо оценить эмоциональный фон, расспросить больного о причинах его поступков и реакций, планах на будущее. Понаблюдать, чем он занят в отделении – читает, помогает сотрудникам отделения, играет в настольные игры или смотрит телевизор.

Для выявления расстройств влечений необходимо получить информацию от больного и персонала о том, как он питается (ест очень много или отказывается от пищи), не проявляет ли гиперсексуальности, не было ли в анамнезе сексуальных извращений. Если больной – наркоман, надо уточнить, имеется ли в настоящее время влечение к наркотикам. Особое внимание следует уделить выявлению суицидальных мыслей, особенно если в анамнезе были суицидальные попытки.

О состоянии волевой сферы можно судить по поведению больного. Для этого необходимо понаблюдать, а также расспросить персонал, как ведет себя пациент в различное время суток. Важно знать, участвует ли он в трудовых процессах, насколько охотно и активно, знает ли окружающих больных, врачей, стремится ли к общению, к посещению комнаты отдыха, каковы его планы на будущее (работать, учиться, отдыхать, празднично проводить время). Беседуя с больным или просто наблюдая за поведением в отделении, необходимо обращать внимание на его моторику (замедлены или ускорены движения, нет ли манерности в мимике, походке), имеется ли логика в поступках или они необъяснимы, паралогичны. Если больной не отвечает

на вопросы, скован, то необходимо выяснить, нет ли других симптомов ступора: придать больному ту или иную позу (нет ли каталепсии), попросить выполнить инструкции (нет ли негативизма – пассивного, активного, эхопраксии). Когда больной возбужден, следует обратить внимание на характер возбуждения (хаотическое или целенаправленное, продуктивное), если есть гиперкинезы, описать их.

Необходимо обращать внимание на особенности речи больных (тотальный или элективный мутизм, дизартрия, скандированная речь, манерная речь, бессвязная речь и т.д.). В случаях мутизма надо попытаться вступить с больным в письменный или пантомимический контакт. У ступорозных больных выявляются признаки восковой гибкости, явления активного и пассивного негативизма, автоматической подчиняемости, манерность, гримасничанье. В некоторых случаях рекомендуется растормаживать ступорозного больного медикаментозными способами.

5. ОФОРМЛЕНИЕ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТА С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

СХЕМА ОФОРМЛЕНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Общие сведения (паспортная часть):

ФИО

Дата рождения

Адрес

Место работы, должность

Образование

Семейное положение

Дата поступления в больницу

Адрес направившего лечебного учреждения.

Жалобы больного. Если пациент считает себя здоровым, записываются его объяснения по поводу обращения в психиатрическую больницу. При отсутствии жалоб со стороны пациента причины поступления в психиатрическую больницу излагаются со слов сопровождающих лиц.

Личный анамнез. Данные о родителях (возраст, образование, профессия). Отмечаются характерологические особенности родителей. Вносятся данные о наследственно обусловленной

психической патологии среди близких родственников: нервных и психических расстройств, случаях недоразвития, судорожных приступах, пароксизмальных состояниях, суицидах, странностях и особенностях характера. Отмечаются взаимоотношения членов семьи, методы воспитания в семье.

Состояние здоровья матери в период беременности. Роды и их характер. Физическое и психическое развитие в раннем возрасте. Перенесенные в детском возрасте заболевания. Наличие в детском возрасте энуреза, ночных страхов, сногворения, снохождения, заикания, повышенной возбудимости, судорожных приступов, странностей в поведении. Особенности характера в детском возрасте.

Время поступления в школу. Успеваемость. Увлечения. Дисциплина. Особенности характера в подростковом периоде. Взаимоотношения со сверстниками и членами семьи. Особенности периода полового созревания.

Образование, специальность, трудовой стаж. Служба в армии. Трудовая дисциплина – поощрения, взыскания. Взаимоотношения с коллегами. Характерологические особенности (общительность, замкнутость, неуживчивость, мнительность, нестабильность настроения, отступление перед трудностями или их преодоление). Привлечение к административной и уголовной ответственности.

Время вступления в брак. Половая и семейная жизнь. Число беременностей, родов, абортов. Семейное положение. Состав семьи, взаимоотношения в семье.

Перенесенные заболевания, интоксикации, травмы в хронологическом порядке, их последствия. Психические травмы, их характер, отношение к ним, последствия. Особенности реагирования на психические травмы, особо сложные и напряженные условия жизни.

Вредные привычки.

Анамнез заболевания. В хронологическом порядке и последовательно описывается появление первых признаков психического расстройства. Выявляются факторы, предшествовавшие началу заболевания. Если проявления психического расстройства возникли повторно, описывается состояние в межприступном периоде. Сведения о лечении больного (амбулаторное лечение, стационар, характер лечения, результаты). Течение заболевания.

Объективный анамнез. По предоставленным материалам дела, характеризующим материалам.

Субъективный анамнез. Со слов самого пациента, родственников, сослуживцев, соседей и др. Со слов сопровождающих лиц.

Данные объективного клинического обследования.

1. Физический статус: телосложение, состояние питания, кожные покровы, видимые слизистые. Следы повреждений на теле. Пульс, температура, артериальное давление. Сердце: границы, тоны, ритм. Легкие: границы, характер дыхания. Желудочно-кишечный тракт, печень, селезенка. Физиологические отправления.

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

3. Психический статус. Внешний вид больного. Мимика: живая, бедная, скорбная. Лицо: маскообразное, безучастное, напряженное, неадекватное, тики, гиперкинезы. Гримасничанье, манерность, вычурность и т.д. Взгляд: живой, тусклый, тревожный, печальный, злобный. Поза: свободная, естественная, согбенная, нарочито-театральная, скованная. Движения: быстрые, свободные, резкие, угловатые, беспорядочные, манерные, однообразные, замедленные, скованные. Явления ступора.

Речь: замедленная, ускоренная, дизартричная, олигофазия, с паузами, задержками. Явления моторной, сенсорной, амнестической афазии. Оскудение словарного запаса. Неологизмы, витиеватость речи, склонность к детализации, ответы “мимо”, персеверации. Голос: громкий, тихий, маломодулированный, эмоционально окрашенный, охрипший и т.д.

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

Состояние сознания: ориентировка в месте, времени, собственной личности, окружающих лицах. Тип расстройства со-

знания (оглушение, делирий, аменция, сумеречное состояние, онейроид).

Восприятие: точность и ясность восприятия. Изменения восприятия (дереализация, деперсонализация, нарушение схемы тела, нарушение восприятия времени, чувство уже виденного, никогда не виденного).

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

Мышление: темп течения мыслительного процесса (ускорение, замедление, задержка, остановка мышления, наплывы мыслей, патологическая обстоятельность мышления, разорванность мышления, резонерство, аутистическое, паралогическое, символическое мышление, отчуждение мыслей).

Навязчивые идеи, их содержание, отношение к ним больного.

Бредовые идеи (величия, богатства, могущества, изобретательства, эротические, преследования, отношения, особого значения, отравления, физического воздействия, ревности, самообвинения, самоуничтожения, греховности, ущерба, ипохондрические).

Характер бреда: резидуальный, индуцированный, трансформированный. Структура бреда: паранояльный, параноидный, парафренный (подробное описание). Степень систематизации бреда. Зависимость бредовых идей от аффективных нарушений и расстройств восприятия. Синдром Кандинского-Клерамбо (ментизм, чужие мысли, эхо мыслей, открытость мыслей, вкладывание мыслей, управление мыслями больного, насильственные воспоминания).

Память: ослабление запоминания, сохранения, воспроизведения. Количественные нарушения памяти: общее снижение памяти, гипомнезия, прогрессирующая и фиксационная амнезия. Амнезия: антероградная, ретроградная, тотальная. Качественные нарушения памяти: криптомнезии, псевдореминисценции, конфабуляции. Синдром Корсакова.

Интеллект: соответствие уровню психического развития, возрасту, образованию, среде. Общая эрудиция. Способность пользоваться приобретенными знаниями и профессиональными навыками.

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

Внимание: преобладание активного или пассивного внимания. Недостаточная устойчивость внимания, отвлекаемость. Сосредоточенность внимания на собственных переживаниях. Недостаточная способность к переключению внимания. Истощаемость внимания. Рассеянность. Уменьшение объема внимания.

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

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

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

Инстинкты и влечения: нарушение инстинкта самосохранения (суицидные мысли, нанесение самоповреждений). Нарушение пищевого поведения (усиление аппетита, булимия, снижение аппетита, анорексия, употребление несъедобных предметов). Нарушение полового влечения (усиление, ослабление, извращение полового влечения).

Воображение: активное воображение, пассивное воображение, особенности творческой деятельности. Содержание мечтаний и фантазий.

Воля: гипербулия, гипобулия, абулия.

Поведение: психомоторное возбуждение, двигательная заторможенность, импульсивные действия, клептомания, пиромания, дромомания.

Различные виды ступора, манерность, вычурность, стереотипии, негативизм, каталепсия, восковая гибкость, эхопраксия.

Моторные расстройства речи: мутизм, персеверации, эхолалия, стереотипность речи. Судорожные припадки (большие эпилептические припадки, малые эпилептические припадки, истерические припадки).

Особенности поведения больного в отделении по наблюдениям медперсонала: общительность, замкнутость, галлюцинаторное и бредовое поведение, ритуалы, навязчивые действия. Склонность к побегу, суицидальные тенденции и попытки, отказ от пищи, припадки и их характеристика, ночной сон.

Склонность к асоциальным поступкам (воровство, ложь, хулиганство).

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

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

Обоснование диагноза и дифференциальный диагноз. Медицинское заключение о состоянии здоровья, определение ведущего синдрома психического расстройства, формирование и обоснование диагностической гипотезы.

Лабораторные и специальные исследования

Исследование крови: общий клинический анализ крови, биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, аланин-аминотрансфераза, аспартат-аминотрансфераза, тимоловая проба, мочевины, протромбин), содержание сахара в крови. Общий клинический анализ мочи. Анализ мазка из зева и носа на дифтерийную палочку, бактериологический анализ. Исследование крови на РВ, ВИЧ. Рентгеноскопия. Рентгенография черепа. Исследование глазного дна. Электрокардиограмма. Консультация терапевта, окулиста, невропатолога, гинеколога. Данные ЭЭГ, РЭГ, ЭхоЭГ. Данные психологического исследования. Дополнительные исследования по показаниям: компьютерная томография мозга, магнитно-резонансная томография, ультразвуковая доплерография сосудов мозга, исследование крови на токсоплазмоз, аудиограмма, вирусологическое, гормональное, цитогенетическое исследование. Консультации эндокринолога, нейрохирурга, нейропсихолога, генетика, логопеда, ортодонта, отоларинголога (сурдолога), дерматолога, сексолога, стоматолога (при необходимости).

Дневники. Отражение динамики психического и соматического состояния больного.

Терапия. Обоснованный дифференцированный выбор методов лечения психических расстройств.

Эпикриз. Заключение о состоянии больного, диагнозе и прогнозе заболевания, включающее лечебно-трудовые рекомендации. Экспертное заключение.

Структура *экспертных заключений* в судебной психиатрии определена в Инструкции Минздрава РФ по заполнению отраслевой учетной формы № 100/у-03 “Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)”, которая утверждена приказом МЗ РФ от 12.08.2003 г. № 401).

6. ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

6.1. Особенности работы в приемном покое

Ожидаемые состояния больных в приемном отделении: возбуждение, страхи, агрессия, разрушительные действия, стремление к побегу, самоповреждения, припадки судорожные с нарушением сознания.

Возбуждение – хаотические, нецеленаправленные действия, громкая отрывистая речь, не всегда понятная по смыслу, словесное (вербальное) общение невозможно. Допускается мягкая фиксация с соблюдением мер предосторожности: не подходить по одному, не становиться напротив больного, не демонстрировать орудия фиксации.

Страхи – больной с выражением ужаса, испуга, стремится спрятаться под кушетку, под стол, может быть, защититься с помощью различных предметов. Возможно частичное словесное общение, обещание защиты. Меры аналогичные, как при возбуждении.

Агрессия – действия угрожающего характера в адрес мнимых преследователей, окружающих. Больные могут использовать стулья, телефонные аппараты, любые острые металлические предметы. В качестве мер предосторожности исключить пользование острыми, режущими, металлическими предметами. При изъятии их у больных необходимо проявлять осторожность.

Разрушительные действия – пациент использует любые предметы, стремится приблизиться к окнам, зеркалам. Следует обязательно привлекать на помощь охрану, персонал, нажать “тревожную кнопку”, и т.п.

Стремление к побегу – больные при этом применяют хитрость, изворотливость – просятся покурить, “подышать воздухом”, взять что-то забытое в холле и т.д. В подобных случаях с ведома врача следует подстраховаться, используя мягкую фиксацию.

Самоповреждения – с целью покончить с собой пациенты могут использовать любые острые, режущие предметы, а также пояса, ремни, простыни и др. Важно изымать у них осколки лезвий (больной может пронести их в отделение, пытаться проглотить, вскрыть вены).

Припадок – неожиданная потеря сознания, судороги, падение. Задача медицинского персонала – избежать ушибов, подложив больному мягкие предметы под голову, оставив его на полу. Предупредить прикус языка, щек путем использования шпателя, обернутого бинтом; а также аспирацию слюной, рвотными массами, повернув голову больного на бок.

Нарушения сознания – обмороки, коллапсы. Состояния эти чреваты травмами при падении, ожогами при проведении гигиенических процедур, сердечной слабостью. Персонал обязан предотвратить травму, немедленно выключить воду, незамедлительно обратиться к медсестре, врачу.

6.1.1. Сопровождение больных в отделение по этажам, территории больницы

Во время передвижения пациент не должен находиться ни впереди, ни позади, ни слева – а только справа от сопровождающего. По показаниям использовать мягкую фиксацию (фиксировать руки на уровне плеча за спиной, привлекать охрану). Особую осторожность следует проявлять на лестничных площадках, у дверей и окон.

За жизнь и благополучие больных полную ответственность несет бригада приемного покоя – врач, медицинская сестра, санитар.

6.1.2. Санитарная обработка больных

Не оставлять больных в душевой без присмотра ни на минуту!

При использовании дезинфицирующих средств, дезинсектантов (обработка при педикулезе, чесотке) ни в коем случае не оставлять эти растворы в доступном для больного месте. При их

использовании необходимо соблюдать концентрацию веществ согласно инструкции. При недостаточной концентрации эффект не будет достигнут, при повышенной – возможны отравления.

6.1.3. Недопущение передачи в отделение опасных предметов, медикаментов, наркотиков, алкоголя

В приемном покое необходимо осмотреть содержимое сумок и пакетов пациента. При отсутствии психотических расстройств больной сам может показать свои вещи. Острые, режущие, металлические, бьющиеся предметы следует сдавать вместе с вещами на хранение. Медикаменты, сотовые телефоны, документы, деньги, ценности передаются медицинской сестре под расписку.

6.2. Организация работы психиатрического стационара

Психиатрический стационар относится к отделениям закрытого типа. Самостоятельный выход пациента невозможен, только по разрешению врача или начальника смены. Наблюдение за больными осуществляется внутри отделения в течение 24 часов. В случае изменения состояния больного медицинский персонал решает вопрос о проведении экстренных медицинских мероприятий.

6.2.1. Виды надзоров

При наблюдении за больными используются два вида режимов наблюдения:

1. Ограничительный режим
2. Дифференцированный режим.

Ограничительный режим назначается всем больным в остром психотическом состоянии:

- Острый делирий – отмечаются психомоторное возбуждение, нарушение ориентировки в окружающем, агрессивность, выраженные наплывы устрашающих зрительных галлюцинаций, чувство страха, нарушение сна. Больные нуждаются в индивидуальном уходе, проведении мер физического стеснения.
- Острый галлюциноз – под воздействием “голосов” угрожающего и императивного характера возможны агрессив-

ные действия, самоповреждения, острое психомоторное возбуждение.

- Бредовые расстройства – при различных формах бреда возможны агрессивные действия к окружающим, отказ от пищи и приема медикаментов, аутоагрессивные действия.
- Кататонические состояния (возбуждение, ступор) – при кататоническом возбуждении существует опасность импульсивных действий, при ступоре – отказ от пищи, мутизм, нарушение физиологических функций, цикла сна и бодрствования.
- Депрессии с суицидальными мотивами, действиями – существует опасность завершённого суицида, отказ от пищи, нарушение сна, ажитированное возбуждение.
- Нарушение памяти – больные нуждаются в индивидуальном уходе, контроле за приемом пищи, медикаментов, физиологическими отправлениями, гигиеническими процедурами.
- При утрате способности к самообслуживанию и гигиенических навыков больные требуют индивидуального ухода, контроля за приемом пищи, медикаментов, физиологическими отправлениями, гигиеническими процедурами.
- Судорожные приступы (особенно в ночное время) – существует опасность остановки дыхания, механической асфиксии, развития эпилепсии, травматических повреждений, психомоторного возбуждения по типу сумеречного состояния после приступа.
- Все больные, находящиеся на принудительном лечении, имеют склонность к делинквентному поведению, нарушению режима стационара, демонстративно-шантажным действиям, побегам, агрессивности по отношению к окружающим.
- Пациенты, страдающие наркоманией, склонны к нарушению режима стационара, употреблению наркотических препаратов во время лечения, демонстративно-шантажным действиям, выраженным нарушениям сна, раздражительности, злобности, лживости.

Дифференцированный режим применяется в отношении больных со стабильным психическим состоянием, обративших-

ся самостоятельно, готовящихся к выписке, без психотических расстройств.

Каждое отделение разделено на две зоны: спокойную (санаторную) и ограничительную (наблюдательную, беспокойную), в которой находятся острые больные, нуждающиеся в ограниченном режиме или круглосуточном наблюдении.

При наблюдении за больными в экспертных **судебно-психиатрических стационарах** используются три вида режима наблюдения:

1. Особо строгий надзор

Назначается подэкспертным с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой, грубым психопатоподобным поведением (повышенная возбудимость, вспыльчивость, конфликтность, демонстративность, расторможенность, патология влечений), выраженными депрессивными расстройствами с суицидальными тенденциями, мыслями, высказываниями; в маниакальном и гипоманиакальном состоянии, страдающим эпилепсией или имевшим эпилептиформные приступы в анамнезе; кроме того, лицам с нарушением режима содержания в СИЗО, склонным к организации группировок; подэкспертным с повышенной внушаемостью, подчиняемостью, т.е. лицам, которые могут быть вовлечены в совершение опасных действий или стать их жертвой.

2. Индивидуально строгий надзор (за лицами, склонными к побегу, нападению, импульсивным непредсказуемым поступкам).

3. Усиленный надзор за лицами с тяжелыми соматическими заболеваниями (с указанием конкретного заболевания, осложнений).

6.2.2. Правила работы с психически больными

Если больной находится в состоянии острого возбуждения, к нему одновременно должны подойти не менее трех сотрудников отделения. Один из них отвлекает внимание больного разговорами, участием в его переживаниях, двое других подходят по бокам, держа за спиной иммобилизационные повязки и простыню, которую, в случае необходимости, следует накинуть на голову больного для его зрительной дезориентировки. Одновременно фиксируют руки в области плеча и ноги в области голеностопных суставов.

Меры физического стеснения (лечебная иммобилизация) проводятся только по распоряжению врача. Время фиксации записывается в историю болезни, снятие иммобилизационных повязок также отмечается в истории болезни.

6.2.3. Правила иммобилизации больного на кровати с целью проведения лечебных мероприятий

Кровать должна быть заранее подготовлена, заправлена чистым бельем. Больному отдельно фиксируют руки и ноги, используя мягкие фиксационные повязки, накладывают и формируют незатягивающийся узел, оставляя зазор для профилактики сдавления. На область груди накладывают скрученную по диагонали простыню, пространство между повязкой и грудной клеткой должно быть размером с кулак. После того, как больной успокоится или уснет, с разрешения врача повязки снимаются с целью предупреждения осложнений (сдавлений, пролежней, гипостатической пневмонии).

6.2.4. Основные правила безопасности при работе с психически больными

1. Больные никогда не должны стоять за спиной у сотрудника.
2. При сопровождении возбужденных больных необходимо присутствие двух человек, которые ведут больного, придерживая его с обеих сторон за плечо и предплечье.
3. Кровати, а также тумбочки больных обязательно осматриваются на наличие опасных предметов (ножи, ножицы, штыри, обломки ложек, лезвия, лекарственные препараты). При обнаружении эти предметы изымаются, данный факт фиксируется в истории болезни.
4. При раздаче лекарств медицинский персонал должен убедиться, что больной принял препарат (осмотр ротовой полости шпателем).
5. При проведении гигиенических процедур (душ, ванна) больной должен находиться под надзором медицинских работников на протяжении всей процедуры. Воду включает и регулирует температуру только медицинский персонал.
6. Перед проведением банных процедур необходимо выделить ослабленных больных, больных пожилого возраста

- и помыть в первую очередь под контролем медицинского персонала.
7. Стрижка ногтей, волос, бритье проводятся только медицинским персоналом в индивидуальном порядке.
 8. Весь уборочный инвентарь, дезрастворы и чистящие средства хранятся в закрытых шкафах или отдельных помещениях.
 9. Персонал обязан постоянно наблюдать за больными, находящимися в туалетной комнате, для предотвращения агрессивных и аутоагрессивных действий.
 10. Для сопровождения двух или нескольких больных необходимо привлечь не менее двух медицинских работников с целью соблюдения безопасности и предотвращения побега или агрессивных действий.

7. ПРИЛОЖЕНИЯ

При оказании психиатрической помощи работникам медицинских учреждений необходимо руководствоваться Законом РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”.

7.1. Статьи Закона “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”

Статья 1. Психиатрическая помощь и принципы ее оказания

1. Психиатрическая помощь включает в себя обследование психического здоровья граждан по основаниям и в порядке, установленным настоящим Законом и другими законами Российской Федерации, диагностику психических расстройств, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами.

2. Психиатрическая помощь лицам, страдающим психическими расстройствами, гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности, гуманности и соблюдения прав человека и гражданина.

Статья 2. Законодательство Российской Федерации о психиатрической помощи

1. Законодательство Российской Федерации о психиатрической помощи состоит из настоящего Закона и других законо-

дательных актов Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации, а также правовых актов автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

2. Правительство Российской Федерации и правительства республик в составе Российской Федерации, а также министерства и ведомства вправе принимать правовые акты о психиатрической помощи в пределах своей компетенции.

3. Законодательные и иные правовые акты, принимаемые в Российской Федерации и республиках в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округах, краях, областях, городах Москве и Санкт-Петербурге, не могут ограничивать права граждан и гарантии их соблюдения при оказании психиатрической помощи, предусмотренные настоящим Законом.

4. Если международным договором, в котором участвует Российская Федерация, установлены иные правила, чем предусмотренные законодательством Российской Федерации о психиатрической помощи, то применяются правила международного договора.

Статья 3. Применение настоящего Закона

1. Настоящий Закон распространяется на граждан Российской Федерации при оказании им психиатрической помощи и применяется в отношении всех учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь на территории Российской Федерации.

Статья 4. Добровольность обращения за психиатрической помощью

1. Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица или с его согласия, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Законом.

Статья 5. Права лиц, страдающих психическими расстройствами

Лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации, Конституциями республик в составе Российской Федерации, законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации. Ограничение прав и свобод граждан, связанное

с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами Российской Федерации.

Все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства; получение информации о своих правах, а также в доступной для них форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения; психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства; содержание в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения; все виды лечения (в том числе санаторно-курортное) по медицинским показаниям; оказание психиатрической помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям; предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний медицинских средств и методов, научных исследований или учебного процесса, от фото-, видео- или киносъемки; приглашение по их требованию любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, с согласия последнего для работы во врачебной комиссии по вопросам, регулируемым настоящим Законом; помощь адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном законом.

Статья 9. Сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи

Сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечении в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной, охраняемой законом. Для реализации прав и законных интересов лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе либо по просьбе его законного представителя им могут быть предоставлены сведения о состоянии психического здоровья данного лица и об оказанной ему психиатрической помощи.

Статья 29. Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке

Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без

его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны **только в стационарных условиях**, а психическое расстройство **является тяжелым** и обуславливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих или

б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Статья 30. Меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи

1. Стационарная психиатрическая помощь осуществляется в наименее ограничительных условиях, обеспечивающих безопасность госпитализированного лица и других лиц, при соблюдении медицинским персоналом его прав и законных интересов.

2. Меры физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации и пребывании в психиатрическом стационаре применяются только в тех случаях, формах и на тот период времени, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц, и осуществляются при постоянном контроле медицинского персонала. О формах и времени применения мер физического стеснения или изоляции делается запись в медицинской документации.

Статья 37. Права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах

1. Пациенту должны быть разъяснены основания и цели помещения его в психиатрический стационар, его права и установленные в стационаре правила на языке, которым он владеет, о чем делается запись в медицинской документации.

2. Все пациенты, находящиеся на лечении или обследовании в психиатрическом стационаре, вправе: обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара и соблюдения прав, предоставленных настоящим

Законом; подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокату; встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине; исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе пост, по согласованию с администрацией иметь религиозные атрибуты и литературу; выписывать газеты и журналы; получать образование по программе общеобразовательной школы или специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития, если пациент не достиг 18 лет; получать наравне с другими гражданами вознаграждение за труд в соответствии с его количеством и качеством, если пациент участвует в производительном труде.

3. Пациенты имеют также следующие права, которые могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача заведующим отделением или главным врачом в интересах здоровья или безопасности пациентов, а также в интересах здоровья или безопасности других лиц: вести переписку без цензуры; получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы; пользоваться телефоном; принимать посетителей; иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.

4. Платные услуги (индивидуальная подписка на газеты и журналы, услуги связи и так далее) осуществляются за счет пациента, которому они предоставляются.

7.2. СЛОВАРЬ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ

Абсанс – кратковременное (от 2 до 20 с) угнетение или выключение сознания с последующей амнезией.

А. автоматизма – характерны автоматизированные действия (непроизвольные движения губ или языка, стереотипно повторяющиеся двигательные акты – потирание рук или приведение в порядок одежды, прически и т.п.).

А. вегетативный – характеризуется симптомами вегетативных расстройств.

А. гипертонический – сложный абсанс, протекающий с повышением мышечного тонуса (откидывание головы назад, отведение глазных яблок вверх, иногда выгибание туловища назад).

А. миоклонический – сложный абсанс, характеризующийся двусторонней ритмической миоклонией, преимущественно судорогами мышц лица и верхних конечностей.

Абстиненция (состояние отмены) – совокупность соматовегетативных и психических расстройств, развивающихся после прекращения приема (введения) психоактивных веществ и купирования их повторным принятием.

Абулия – патологическое отсутствие желаний и побуждений к деятельности.

Автоматизм психический – переживание отчужденности своих психических актов.

Аггравация – преувеличение больным реально существующей болезни.

Агнозия – утрата способности к узнаванию предметов.

Агорафобия – страх открытых пространств.

Агрессивность – форма инстинктивного поведения, проявляющаяся в желании причинить кому-либо ущерб.

Аддиктивное поведение – поведение, характеризующееся стремлением к уходу от реальности посредством изменения своего психического состояния.

Химическая аддикция – поведение, при котором в качестве аддиктивных агентов используются различные вещества, изменяющие психическое состояние (например, алкоголь, наркотик, токсическое вещество).

Нехимическая аддикция – поведение, при котором в качестве аддиктивных агентов используются различные виды деятельности (например, азартные игры, работа, компьютерные игры).

Ажитация – выраженное беспокойство и чрезмерное двигательное возбуждение, сопровождаемое тревогой.

Акинезия – обездвиженность.

Акоазмы – элементарные слуховые галлюцинации (шум, шипение, скрип, звон, скрежет и т.д.).

Алалия – отсутствие речи или ее дефект при сохранности слуха и интеллекта.

Алгогаллюциноз – непрерывно продолжающиеся фантомные боли в ампутированной конечности.

Амбивалентность (амбитендентность) – сосуществование двух (и более) взаимоисключающих желаний (поступков).

Амнезия – утрата памяти на события определенного промежутка времени.

А. антероградная – утрата памяти на события, последовавшие за состоянием нарушенного сознания.

А. аффектогенная – утрата памяти на события периода бурной эмоциональной реакции (аффекта).

А. конградная – утрата памяти на события периода нарушенного сознания.

А. мотивированная – утрата памяти на отдельные психотравмирующие события.

А. перфорационная (палимпсесты) – утрата памяти на отдельные события периода алкогольного опьянения.

А. прогрессирующая – нарастающее опустошение запасов памяти.

А. ретроградная – утрата памяти на события, непосредственно предшествовавшие состоянию нарушенного сознания.

А. фиксационная – утрата памяти на текущие события.

Ангедония – отсутствие способности получать удовольствие.

Анестезия (гипостезия) – выпадение (ослабление) одного или нескольких видов чувствительности.

Анестезия психическая – тягостное переживание “утраты” способности к эмоциональному реагированию.

Анорексия – ослабление или отсутствие чувства голода.

Апатия – состояние безучастности, равнодушия, полного безразличия.

Апраксия – утрата двигательных навыков.

Астазия-абазия – неспособность сохранять вертикальное положение, ведущая к невозможности стоять или ходить (при отсутствии нарушений движений нижних конечностей в положении лежа или сидя).

Аура – кратковременный пароксизм (вегетативный, сенсорный, моторный, психический), являющийся начальной стадией эпилептического припадка.

Аутизм – форма мышления, характеризующаяся ослаблением или потерей контакта с реальной действительностью, отсутствием стремлений к общению и чрезмерным фантазированием.

Аутометаморфопсия (расстройство схемы тела) – искажение восприятия собственного тела.

Афазия – утрата способности к произвольной речи или ее пониманию.

Аффект – кратковременное чувство, бурно протекающее, положительно или отрицательно окрашенное.

А. патологический – кратковременное психогенно обусловленное помрачение (“сужение”) сознания с последующим аффективным разрядом, ретроградной и конградной амнезией.

А. физиологический – кратковременная и сильная эмоциональная реакция, сопровождающаяся выраженными соматовегетативными проявлениями.

Бессвязность мышления (инкогеренция) – нарушение грамматической и смысловой направленности речи.

Бисексуальность – сосуществование мужских и женских сексуальных побуждений.

Брадипсихия – замедление психических процессов.

Брадифазия – замедление речи.

Бред (бредовые идеи) – ошибочные, не корригируемые умозаключения, формирующиеся на патологической основе и полностью определяющие мировоззрение больного.

Б. антагонистический (“манихейский”) – характеризуется убежденностью в том, что больной находится в центре борьбы сил добра и зла (имеющей обычно глобальное значение).

Б. аффективный (голотимный) – бред, формирующийся на основе первичных нарушений в эмоциональной сфере.

Б. величия – бред, характеризующийся грандиозным преувеличением своих способностей.

Б. воздействия – бред, характеризующийся убежденностью в наличии постороннего влияния.

Б. вторичный – бред, формирующийся на фоне других психических расстройств (галлюцинаций, депрессии и др.).

Б. высокого происхождения (б. иного происхождения, б. чужих родителей) – бред, характеризующийся убежденностью больного в происхождении от лиц, занимающих более значительное положение в обществе, чем реальные родители.

Б. индуцированный – бред, возникающий как результат переработки бредовых идей больного (индуктора), с которым длительно общается реципиент.

Б. инсценировки – бред, характеризующийся убежденностью больного в том, что все происходящее вокруг него специально подстроено, изменено, происходит по заранее составленному сценарию.

Б. интерметаморфозы – бред, характеризующийся убежденностью больного в изменении окружающей обстановки – превращении предметов, перевоплощении людей, животных.

Б. ипохондрический – бред, характеризующийся убежденностью больного в том, что он страдает тяжелым, неизлечимым заболеванием.

Б. кататимный – систематизированный, интерпретативный бред с чувственно окрашенными переживаниями.

Б. Котара – см. нигилистический бред.

Б. метаморфозы – бред, характеризующийся убеждением больного в его перевоплощении в другого человека, животное или неодушевленный предмет.

Б. нелепый – бред, содержание которого грубо не соответствует действительности.

Б. нигилистический – бред, характеризующийся уверенностью больного в отсутствии внутренних органов, собственной смерти, “гибели мира”.

Б. образный (чувственный) – вторичный бред, формирующийся на фоне обманов восприятия.

Б. одержимости – бред, характеризующийся убежденностью больного во “вселении” в его тело (“душу”) живых существ (дьявола, ведьмы и т.п.).

Б. отношения – бред, характеризующийся уверенностью больного в том, что все происходящее связано с ним, имеет к нему непосредственное отношение.

Б. отравления – бред, характеризующийся убежденностью больного в том, что его пытаются отравить (или уже отравили).

Б. первичный (интерпретативный, толкования) – систематизированный, паралогичный бред, характеризующийся преимущественным нарушением логического познания (при сохранности чувственного).

Б. преследования – бред, характеризующийся убежденностью больного в том, что он является объектом постоянного наблюдения, слежки.

Б. ревности (“синдром Отелло”) – бред, характеризующийся убежденностью в неверности супруга.

Б. резидуальный – бредовые идеи, сохраняющиеся в качестве моносимптома после редукции других болезненных проявлений.

Б. реформаторства – бред, проявляющийся в идеях социального переустройства.

Б. самоуничтожения – бред, характеризующийся убежденностью в собственной несостоятельности, никчемности, бездарности, виновности и т.п.

Б. сутяжный – бред, характеризующийся убежденностью больного в том, что окружающие относятся к нему несправедливо, умышленно принижают его заслуги, нарушают законные права.

Б. физического уродства (дисморфомания) – бред, характеризующийся убежденностью больного в наличии у него телесного уродства.

Б. эротический (“любовного очарования”) – бред, характеризующийся убежденностью больного в том, что окружающие испытывают (но скрывают) к нему любовные чувства.

Булимия – патологическое чувство голода.

Вагобондаж – непреодолимое стремление к бродяжничеству, скитаниям, постоянной смене мест.

Вербигерация – однообразное, многократное повторение одних и тех же слов, фраз, оборотов.

Влечения – инстинктивные побуждения.

Вменяемость – состояние, при котором человек способен осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

Возбуждение психомоторное – двигательное возбуждение.

В. галлюцинаторное – двигательное возбуждение, развивающееся под влиянием устрашающих галлюцинаций.

В. гебефреническое – двигательное возбуждение, проявляющееся в нелепо-дурашливом поведении (гримасничанье, кривлянье, немотивированный смех и т.п.).

В. депрессивное (меланхолический раптус) – двигательное возбуждение, сочетающееся с безысходным отчаяньем, мучительной, невыносимой тоской.

В. истерическое – демонстративное, чрезмерно выразительное, полиморфное двигательное возбуждение (часто психогенной природы).

В. кататоническое – двигательное возбуждение с преобладанием двигательных и речевых стереотипий.

В. маниакальное – двигательное возбуждение, проявляющееся чрезмерным стремлением к деятельности, с незаконченностью и немотивированными переходами от одного вида к другому.

В. паническое (психогенное) – хаотичное двигательное возбуждение, возникающее под влиянием психотравмирующих (опасных для жизни) обстоятельств.

В. эпилептическое (эпилептиформное) – двигательное возбуждение, развивающееся на фоне дисфории или сумеречного помрачения сознания.

В. эретическое – двигательное возбуждение у больных с умственной отсталостью.

Вытеснение (подавление) – форма психологической защиты, характеризующаяся устранением из сознания представлений, не совместимых с установками личности.

Вязкость – патологическая инертность протекания психических процессов, их замедленность, тугоподвижность, недостаточность переключаемости.

Галлюцинация – мнимое восприятие (возникающее без реального объекта).

Г. Боннэ (Попова) – зрительный (слуховой) обман восприятия, возникающий у больного со сниженным зрением (слухом).

Г. вербальная – слуховой обман восприятия (в виде отдельных слов, фраз, речи).

Г. гипнагогическая – зрительный (реже слуховой) обман восприятия, возникающий при засыпании.

Г. гипнопомпическая – зрительный (реже слуховой) обман восприятия, возникающий при пробуждении.

Г. Дюпре (воображения) – обман восприятия, связанный с длительно вынашиваемыми, эмоционально значимыми представлениями, идеями.

Г. императивная – вербальный обман восприятия приказывающего (реже запрещающего) характера.

Г. истинные – обман восприятия, характеризующийся проекцией патологических образов в окружающее пространство, чувственной яркостью, отсутствием ощущения “деланности” и влияния извне.

Г. комментирующая – вербальный обман восприятия, проявляющийся в виде “голосов”, интерпретирующих действия больного.

Г. ложная (псевдогаллюцинация) – обман восприятия, характеризующийся проекцией патологических образов в субъективное пространство, отсутствием чувственной яркости, ощущением “деланности” и влияния извне.

Г. простая – мнимое восприятие единичных оформленных (зрительных, слуховых) образов.

Г. рефлекторная – обман восприятия, возникающий в одном из анализаторов при действии раздражителя на другой.

Г. Сегла – обман восприятия, возникающий при реактивных психозах с содержанием, отражающим психотравмирующую ситуацию.

Г. сложная (сценическая) – мнимое восприятие множественных образов (часто сюжетно связанных и последовательно вытекающих один из другого).

Г. сочетанная – сосуществование разных видов обманов восприятия (зрительных, слуховых и др.).

Г. функциональная – обман восприятия, возникающий при раздражении соответствующего анализатора.

Г. элементарная – мнимое восприятие бесформенных и беспредметных образов (шум, скрип, вспышки и т.п.).

Гебоид – комплекс нарушений психических свойств личности, при котором на первый план выступает антисоциальное поведение.

Гедонизм – повышенное влечение к получению наслаждений, развлечений.

Гипербулия – патологическое усиление побуждений.

Гиперестезия – субъективно переживаемое усиление одного или нескольких видов чувствительности.

Гиперкинез – автоматические насильственные движения вследствие непроизвольных сокращений мышц.

Гипертимия – повышенное настроение.

Гипобулия (понижение волевой активности) – ослабление побуждений.

Гипокинезия – двигательная заторможенность.

Гипомнезия – прогрессирующее снижение памяти.

Гипотимия – сниженное настроение.

Гримасничанье – неадекватная ситуации и эмоциональному состоянию больного вычурная, манерная мимика.

Дееспособность – способность понимать значение своих действий и руководить ими.

Дезориентировка – нарушение ориентировки в месте, времени (Д. аллопсихическая), собственной личности (Д. аутопсихическая).

Делинквентность – синдром патохарактерологической реакции, проявляющийся в совершении мелких правонарушений, проступков, не достигающих степени преступления (криминала), наказуемого в судебном порядке.

Деменция – приобретенное слабоумие.

Д. парциальная (лакунарная) – характеризуется “неравномерностью” интеллектуального снижения с преобладанием мнестических расстройств (при сохранении “ядра личности”).

Д. психогенная (псевдодеменция) – см. синдром псевдодеменции.

Д. психопатическая – характеризуется неспособностью к коррекции своего поведения при формально сохраненном интеллекте.

Д. сенильная – органическое (атрофическое) заболевание головного мозга с прогрессирующим распадом психической деятельности, развивающееся в старческом возрасте.

Д. сосудистая (постинсультная, синдром Бинсвангера) – характеризуется грубыми мнестическими расстройствами и сопутствующими неврологическими нарушениями.

Д. тотальная – характеризуется резко выраженным снижением интеллекта, памяти (с распадом “ядра личности”).

Д. шизофреническая (апатически-диссоциативная) – определяется аспонтанностью больных (при сохранности словарного запаса, профессиональных навыков и знаний).

Д. эпилептическая (“концентрическая”) – характеризуется инертностью и ригидностью психических процессов, обеднением словарного запаса (олигофазией).

Деперсонализация – расстройство самосознания, характеризующееся отчуждением собственных мыслей, эмоций, действий.

Дереализация (аллопсихическая деперсонализация) – расстройство самосознания, проявляющееся в переживаниях отчуждения реального мира; окружающее воспринимается призрачным, отдаленным, бесцветным, безжизненным.

Дефектные состояния – стойкие психопатологические изменения, возникающие вследствие перенесенных психических заболеваний.

Дизартрия – нарушение речи, ее артикуляции, проявляющееся в затруднении произношения, особенно согласных звуков, брадифазии, прерывистости речи.

Дизлексия – избирательное нарушение письменной речи, обнаруживающееся при обучении чтению и письму.

Дипсомания – периодически возникающее состояние запойного пьянства.

Дисморфомания – дисморφοфобия на уровне бреда. См. дисморфофобия.

Дисморфофобия – представления о мнимом внешнем уродстве, страх телесных изменений.

Дисплазия – врожденные уродства и случаи неправильного роста и развития в постэмбриональном периоде.

Диссимуляция – утаивание болезни или отдельных ее признаков.

Диссомния – нарушение сна, бессонница.

Дистимия – снижение настроения, сочетающееся с раздражительностью.

Дисфория – выраженное снижение настроения, сочетающееся со злобно-агрессивным аффектом.

Дромомания – см. вагобондаж.

Дурашливость – немотивированно веселое, возбужденное настроение, напускные ребячливые выходки, несоответствие между внутренними переживаниями больного и его поведением.

Закупорка мышления (шперрунг) – обрыв (“блокада”) мысли.

Замедление мышления – уменьшение количества ассоциаций в единицу времени.

Замещение – форма психологической защиты, когда инстинктивный импульс переадресовывается от более угрожающего объекта к менее угрожающему.

Защитные механизмы – бессознательные психические процессы, компенсирующие тревогу (“эмоциональный конфликт”).

Идентификация – форма психологической защиты, характеризующаяся отождествлением собственных личностных особенностей с таковыми у других лиц.

Иллюзия – ошибочное восприятие объекта.

И. аффективная – возникает на фоне страха, тревоги.

И. вербальная – слуховая иллюзия.

И. парейдолическая – ложное изображение, возникающее при иллюзорном восприятии реально существующего объекта.

И. физиологическая – обман восприятия, обусловленный физиологическими или физическими факторами.

Импульсивные явления – внезапно и неотвратимо (без “борьбы мотивов”) реализуемые действия или влечения.

Инкогерентность – бессвязность мышления, речи.

Интровертированность – особенность личности, характеризующаяся внутренней направленностью переживаний, склонностью к погружению в мир собственных чувств и мыслей, пассивностью в общении.

Интуиция – неформализуемые знания, основанные на опыте.

Инфантилизм – патологическое состояние, характеризующееся сохранением у взрослых особенностей, присущих детскому или подростковому организму, личности.

Ипохондрия – необоснованное беспокойство по поводу мнимого тяжелого или неизлечимого заболевания.

Каталепсия – симптом двигательных расстройств, характеризующийся застыванием больного в принятой им или приданной ему позе.

Кверулянтство – непреодолимая сутяжническая деятельность, борьба за свои погранные, по мнению больного, права, ущемленные интересы.

Клаустрофобия – боязнь закрытых пространств.

Клептомания – патологическое импульсивно возникающее влечение к воровству с непреодолимой потребностью удовлетворить это стремление.

Комплекс – совокупность представлений (сознательных и бессознательных), оказывающих влияние на поведение человека.

Конверсия – форма психологической защиты, характеризующаяся соматизацией психопатологических проявлений.

Конфабулез – психопатологический синдром, проявляющийся в наплыве фантастических конфабуляций (без помрачения сознания) и нарушении ориентировки.

Конфабуляторная спутанность – синдром, характеризующийся обильными конфабуляциями, ложными узнаваниями окружающей обстановки и лиц, бессвязностью мышления и растерянностью.

Конфабуляция – ложное воспоминание.

К. замещающая – замещение пробелов памяти вымыслами обыденного, правдоподобного содержания.

К. фантастическая – замещение пробелов памяти вымыслами неправдоподобного (приключенческого, фантастического) содержания.

Копролалия – болезненное, иногда непреодолимое импульсивное влечение к произношению без всякого повода циничных, бранных слов.

Косноязычие – расстройство речи, характеризующееся неправильным произношением отдельных звуков (пропуском, заменой другим звуком).

Криптомнезия – стирание грани между реально имевшими место событиями и событиями, о которых больной услышал, прочитал или увидел.

К. ассоциированная – расстройство памяти, при котором прочитанное, услышанное или увиденное расценивается как происходящее с больным.

К. отчужденная – расстройство памяти, при котором события, реально происходившие с больным, расцениваются как события, о которых он услышал, прочитал или увидел.

Лабильность аффекта – нестойкость настроения, склонность к его колебаниям, перепадам, частым сменам эмоций.

Манерность – симптом, проявляющийся в искусственности поведения, утрировании манер, жестов, мимики, произношения.

Ментизм – непроизвольно возникающий поток мыслей или воспоминаний.

Метаморфопсия – искаженное восприятие окружающего мира.

Мимоговорение (миморечь) – несоответствие ответов (по смыслу) задаваемым вопросам.

Мория – повышенное настроение, сочетающееся с дурашливостью, гримасничаньем, грубо неадекватным поведением.

Мудрствование навязчивое – навязчивые рассуждения по поводу банальных, надуманных, часто неразрешимых вопросов.

Мутизм – неспособность к речевому общению при сохранности речевого аппарата.

Навязчивая идея (обсессия) – непроизвольно возникающее, неадекватное ситуации переживание, доминирующее в сознании больного, к которому сохраняется критическое отношение (сопровождается “борьбой мотивов”).

Н. и. влечения (мания) – обсессия, проявляющаяся стремлением к совершению бессмысленных, иногда опасных, поступков.

Н. и. воспоминания – обсессия, проявляющаяся наплывом образных, детальных воспоминаний (как правило, о неприятном для больного событии).

Н. и. действия – обсессия, проявляющаяся бессмысленными, часто нелепыми поступками.

Н. и. контрастная – обсессия, содержание которой противоречит взглядам и установкам больного (как правило, развивается в обстановке, исключающей возможность ее выполнения).

Н. и. страха – см. фобия.

Наркотическое вещество – вещество, включенное в официальный список наркотических веществ, однократное употребление которого вызывает привлекательное психическое состояние, а систематическое – психическую или физическую зависимость.

Настроение – устойчивое эмоциональное состояние.

Неадекватность – несоответствие отдельных психических проявлений внешним обстоятельствам, ситуации.

Невменяемость – состояние подэкспертного, при котором он не может осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия или иного болезненного состояния психики.

Невроз – психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, заболевание личности, возникающее в результате нарушения особо значимых отношений человека и проявляющееся в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений.

Негативизм – немотивированное противодействие любому воздействию извне.

Недееспособность – неспособность лица понимать значение своих действий и руководить ими вследствие имеющегося психического расстройства.

Недержание аффекта – выраженная степень аффективной лабильности, при которой незначительные обстоятельства служат причиной возникновения бурных и непреодолимых аффективных реакций (плач, гнев и т.п.).

Неологизм – новообразованное самим больным слово, симптом патологии речи, рассматриваемый в рамках аутистического мышления.

Ностальгия – болезненное чувство тоски по родине, принимающее иногда форму тяжелого невротического или психотического состояния, протекающего с гипотимией, бессонницей.

Обнубиляция сознания – легкая степень оглушения.

Обстоятельность мышления – “застревание” на несущественных деталях вследствие неспособности отделить главное от второстепенного.

Оглушение – синдром нарушенного сознания, характеризующийся значительным снижением порога восприятия внешних раздражителей и замедленным образованием ассоциаций, затруднением их течения.

Опека – назначение специального лица или нескольких лиц для защиты прав и интересов психически больного, признанного недееспособным.

Ориентировка аллопсихическая – ориентировка во времени и месте.

Ориентировка аутопсихическая – ориентировка в собственной личности.

Отклоняющееся (девиантное) поведение – поведение, отклоняющееся от условно принятых норм: культуральных, этических, моральных, юридических, религиозных, экономических и др.

Паралогическое мышление – болезненные, неадекватные действительности и обстоятельствам суждения и умозаключения о реальных фактах.

Парамимия – извращение мимических выразительных проявлений, их несоответствие эмоциям больного или переживаемой ситуации.

Парестезия – трудно формализуемое неприятное тактильное ощущение.

Перверсия – половое извращение.

Персеверация – склонность к застреванию в речи, мышлении, устойчивое повторение или продолжение однажды начатой деятельности.

Проекция – форма психологической защиты, проявляющаяся в переносе эмоционально значимых переживаний вовне.

Псевдодеменция – один из вариантов истерической реакции, характеризующийся симптомами миморечи, мимодействия, картиной мнимого снижения уровня интеллектуальной деятельности.

Псевдореминисценция – качественное нарушение памяти, проявляющееся в переносе реально имевших место событий во времени.

Психический автоматизм – переживание отчуждения своих психических актов (идеаторных, сенсорных, моторных).

Психогении – психогенные заболевания, причиной которых является воздействие психической травмы: неврозы и реактивные психозы.

Пуэрилизм – форма истерических психозов, характеризующаяся “детскостью” поведения на фоне истерически суженного сознания.

Разноплановость мышления – одновременная оценка событий или явлений с двух (и более) взаимоисключающих позиций.

Разорванность мышления – утрата смысловой направленности речи при сохранности ее грамматического строя.

Раптус – приступ острого, иступленного возбуждения, вызванный чрезмерно сильным аффектом (тоски, страха).

Рационализация – форма психологической защиты, проявляющаяся в стремлении к “разумному” объяснению собственных действий.

Реактивное образование – форма психологической защиты, когда неприемлемый импульс подавляется, а затем на уровне сознания появляется прямо противоположный.

Регрессия – “возвращение” к более инфантильному поведению.

Резонерство – один из видов нарушений мышления, характеризующийся пустым, бесплодным многословием, рассуждательством с отсутствием конкретных идей и целенаправленности мыслительного процесса.

Ритуал – навязчивое действие, сочетающееся с фобиями и имеющее целью защиту от них.

Сверхценная идея – аффективно окрашенное, доминирующее (не соответствующее его значимости) суждение, сформировавшееся вследствие реальных событий.

Сенестезия – субъективное ощущение разнообразных двигательных расстройств.

Сенестопатия – трудно формализуемое полиморфное, крайне тягостное ощущение неопределенной локализации без типичной соматоневрологической проекции.

Символическое мышление – психопатологический симптом, проявляющийся в расстройстве мышления, при котором большой придает понятиям аллегорический смысл, не понятный другим, но имеющей для больного исключительное значение.

Синдром – типичная совокупность патогенетически родственных симптомов.

С. аментивный (“инкогерентное” помрачение сознания) – синдром помрачения сознания, характеризующийся глубокой дезориентировкой, бессвязностью мышления, аффектом не-

доумения, двигательными стереотипиями (по типу яктации) и последующей полной амнезией.

С. амнестический (корсаковский синдром) – расстройство, проявляющееся в разнообразных мнестических нарушениях (фиксационная, ретро- и антероградная амнезия, конфабуляция) на фоне эйфории.

С. астенический – невротический синдром, характеризующийся повышенной психической и физической утомляемостью, различными висцеро-вегетативными расстройствами и нарушением сна.

С. галлюцинаторно-параноидный – расстройство, характеризующееся преобладанием псевдогаллюцинаций на фоне бредовых идей (преследования, воздействия) и других психических автоматизмов.

С. галлюциноза – патологическое состояние, клиническая картина которого полностью исчерпывается наличием истинных галлюцинаций.

С. Ганзера – вариант психогенного сумеречного помрачения сознания, характеризующийся явлениями mimoответов и mimoдействий.

С. гебефренический – характеризуется манерно-дурашливыми формами поведения, безмотивными действиями и непродуктивной эйфорией.

С. делириозный (“галлюцинаторное” помрачение сознания) – форма помрачения сознания, характеризующаяся расстройствами аллопсихической ориентировки и обилием фрагментарных истинных галлюцинаций (иллюзий).

С. депрессивный – вариант аффективного синдрома, характеризующийся снижением настроения, двигательной заторможенностью и замедлением мышления.

С. зависимости – сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление психоактивного вещества начинает занимать ведущее место в системе ценностей человека.

С. психической зависимости – обсессивное влечение к приему психоактивного вещества для получения чувства психического комфорта.

С. физической зависимости – компульсивное влечение к приему психоактивных веществ с формированием психических

и физических расстройств при прекращении действия психоактивных веществ и восстановлением физического комфорта в состоянии интоксикации (синдром абстиненции).

С. измененной реактивности – утрата защитных реакций, нарастание толерантности, появление измененных форм потребления психоактивного вещества и опьянения.

С. ипохондрический – расстройство, характеризующееся необоснованным беспокойством больного за состояние своего здоровья.

С. истерический – невротический синдром, характеризующийся наличием конверсионных и/или диссоциативных расстройств на фоне специфических особенностей личности.

С. Кангра – расстройство, проявляющееся в нарушении узнавания, идентификации людей.

С. кататонический – расстройство, характеризующееся сочетанием выраженных двигательных нарушений в форме гипо-, гипер- и паракинезии с разнообразными психопатологическими проявлениями.

С. Котара – парафренный ипохондрический бред.

С. “лобный” – расстройство, характеризующееся преобладанием аффективных нарушений на фоне интеллектуально-мнестического снижения, аспонтанности или расторможенности.

С. маниакальный – аффективный синдром, характеризующийся повышенным настроением, двигательной расторможенностью и ускорением мышления.

С. обсессивный – невротический синдром, проявляющийся в разнообразных навязчивых идеях (часто в сочетании с ритуальными действиями) на фоне психастенических особенностей личности.

С. онейроидный (“сновидное” помрачение сознания) – форма помрачения сознания, характеризующаяся ауто- и аллопсихической дезориентировкой, наплывом псевдогаллюцинаций фантастического содержания.

С. параноидный – расстройство, характеризующееся преобладанием первичного бреда преследования и/или воздействия на фоне псевдогаллюцинаций и других психических автоматизмов.

С. паранойяльный – расстройство, клиническая картина которого практически полностью исчерпывается первичным (интерпретативным) бредом.

С. парафренный – расстройство, проявляющееся в нелепом бреде (преследования, воздействия, величия), разнообразных явлениях психического автоматизма, фантастических конфабуляциях и эйфории.

С. псевдодеменции – разновидность психогенного (истерического) сумеречного состояния, характеризующегося утратой элементарных знаний и навыков.

С. психического автоматизма (Кандинского-Клерамбо) – расстройство, характеризующееся разнообразными психическими автоматизмами в сочетании с бредовыми идеями (преследования, воздействия) и псевдогаллюцинациями.

С. психоорганический – расстройство, характеризующееся выраженным снижением интеллекта, недержанием аффекта и мнестическими нарушениями.

С. сумеречного (“концентрического”) помрачения сознания – форма помрачения сознания, характеризующаяся пароксизмальностью возникновения, автоматизмом действий, глубокой дезориентировкой и последующей полной амнезией.

С. пуррилизма – разновидность психогенного (истерического) помрачения сознания, проявляющаяся в “детскости” поведения, речи, мимики.

С. эпилептиформный – пароксизмальные (судорожные и бессудорожные) расстройства, развивающиеся при экзогенно-или эндогенно-органическом поражении головного мозга.

Слабоумие – стойкое, малообратимое снижение уровня психической, в первую очередь интеллектуальной, деятельности. Выделяют слабоумие врожденное (олигофрению) и приобретенное (деменцию).

Соматогении – психические расстройства соматогенного происхождения.

Сомнамбулизм – разновидность сумеречного расстройства сознания, проявляющаяся в блуждании во сне при внешней упорядоченности поступков, действий с последующей амнезией.

Стеничность – склад личности, характеризующийся высоким жизненным тонусом, значительной психической активностью, устойчивостью побуждений, высокой личностной самооценкой.

Стереотипия – многократное автоматическое повторение одних и тех же психических актов (двигательных, речевых, мыслительных).

Ступор – состояние двигательной заторможенности.

С. апатический – разновидность ступора, характеризующаяся абсолютной безучастностью к происходящему.

С. галлюцинаторный – разновидность ступора, развивающаяся под влиянием императивных галлюцинаций.

С. депрессивный (мрачное оцепенение) – разновидность ступора, развивающаяся на высоте депрессии.

С. истерический – разновидность ступора, развивающаяся в ответ на психотравмирующее воздействие.

С. кататонический – разновидность ступора с явлениями мышечного гипертонуса и мутизмом.

С. психогенный (аффектогенный) – разновидность ступора, развивающаяся в жизнеопасных ситуациях и сопровождающаяся аффектом страха.

Сублимация – форма психологической защиты, при которой инстинктивные влечения, неприемлемые для сознания, направляются на социально- и личностно-допустимые цели.

Токсикомания (наркомания) – болезненное состояние, проявляющееся влечением к систематическому употреблению психоактивных (наркотических) веществ и характеризующееся явлениями психической и физической зависимости.

Токсическое вещество – вещество, обладающее теми же свойствами, что наркотик, но не включенное в официальный список наркотических веществ из-за меньшей социальной опасности.

Тревога – немотивированное беспокойство.

Тугоподвижность (обстоятельность, вязкость) мышления – инертность ассоциативного процесса.

Ускорение процесса мышления (тахифрения) – увеличение количества ассоциаций, возникающих в единицу времени.

Фобия – навязчивый страх.

Фонема – элементарная речевая галлюцинация.

Фотопсия – элементарная зрительная галлюцинация.

Фрустрация – состояние психологического напряжения, возникающее в конфликтной ситуации.

Циклотимия – легкая форма маниакально-депрессивного психоза.

Эйфория – повышенное настроение, сочетающееся с беспечностью, благодушием.

Экстаз – крайняя степень экзальтированно-восторженного настроения.

Экстраверсия – тип личности, при котором “психологическая установка” личности обращена вовне.

Эмоциональная лабильность (неустойчивость) – легкая изменчивость поверхностных, неглубоких эмоциональных проявлений.

Эмоциональная монотонность – отсутствие адекватных (суточных, ситуационных) колебаний настроения.

Эмоциональное оскудение – утрата способности к тонким и адекватным происходящему эмоциональным реакциям в сочетании с их оживлением под влиянием незначительных (случайных) обстоятельств.

Эмоциональная слабость (слабодушие) – резко выраженная эмоциональная лабильность.

Эмоциональная холодность (тупость) – утрата “эмоционального отклика” (способности к сопереживанию).

Эхолалия – автоматическое повторение услышанных слов.

Эхопраксия – автоматическое повторение увиденных жестов, поз, действий.

Яктация – двигательное возбуждение в пределах постели.

Ятрогения – психогения, обусловленная неосторожными высказываниями или поведением медицинских работников, которые формируют у человека представление о наличии у него какого-либо тяжелого заболевания или особой тяжести имеющегося у него заболевания.

Обследование пациента с психическими расстройствами

Учебное пособие

<i>Заведующий редакцией</i>	<i>В.С. Залевский</i>
<i>Редактор</i>	<i>М.М. Игнатенко</i>
<i>Компьютерная верстка</i>	<i>М.М. Абрамовой</i>

Сдано в набор 22.01.13 г. Подписано в печать 29.09.13 г.
Формат 60x84/16. Бумага офсетная №1. Печать офс.
Усл. печ. л. 3,75 Тираж 150 . Заказ 5. Цена договорная.
Набрано и отпечатано в Редакционно-издательском отделе
Федерального государственного бюджетного учреждения
“Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии
имени В.П. Сербского” Министерства здравоохранения
Российской Федерации
119992 ГСП-2, Москва, Кропоткинский пер., 23.