

КАЗАНСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

А. С. ГРАНИЦА

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ПСИХИАТРИИ

Учебно-методическое пособие

Казань

2019

УДК 616.89

Г75

Рекомендовано к изданию

Учебно-методической комиссией

Института фундаментальной медицины и биологии КФУ

(протокол №1 от 5.09.2019)

Рецензент:

заведующий кафедрой медицинской и общей психологии

Казанского государственного медицинского университета,

доктор медицинских наук, профессор **Менделевич В.Д.**

Граница А.С.

Г75 Методы диагностики в психиатрии. Учебно-методическое пособие / Граница А.С. / - Казань: Казан. ун-т, 2019. - Учебно-методическое пособие. – 37 с.

В учебно-методическом пособии рассмотрены основные методы диагностики в психиатрии, принципы построения психиатрического диагноза и этапы проведения диагностики психических расстройств. Предназначено для студентов и ординаторов медицинских, психологических и педагогических направлений подготовки.

УДК 616.89

© Граница А.С., 2019

© Казанский университет, 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Глава 1. Анамнез	6
Глава 2. Клиническое интервьюирование	10
Глава 3. Основы психодиагностики в психиатрии	20
Глава 4. Структура академической истории болезни в психиатрии	26
Глава 5. Пример проведения диагностического процесса	28
Вопросы для самоконтроля	35
Список литературы	36

ВВЕДЕНИЕ

Знание основ психиатрии необходимо врачам самых различных специальностей, так как подавляющее число больных первоначально обращается не к психиатрам, а именно к ним. В то же время распространенность психических расстройств по разным оценкам ставит их в пятерку самых встречаемых заболеваний и на первое место по причинам инвалидизации пациентов. Кроме того, многие симптомы психических заболеваний могут быть схожими с теми заболеваниями, которые встречаются в общесоматической практике. Существует большое разнообразие патологий, с которой будущие врачи общей практики будут встречаться чаще всего: пограничная, или малая, психиатрия (невроты, расстройства личности и переходные состояния), соматогенные психические нарушения, психические расстройства при общих и мозговых инфекциях, алкогольные расстройства различного уровня, наркомании, токсикомании, олигофрении. Ряд заболеваний относится к междисциплинарным проблемам с неврологией, медицинской генетикой, инфекционными болезнями и другими. И наконец, пациенты с психическими расстройствами так же могут страдать от сопутствующей соматической патологии, при оказании этой медицинской помощи потребуется учитывать особенности этой группы коморбидных пациентов. Таким образом, несмотря на специфику психиатрии как клинической дисциплины, широкое представление о психических расстройствах, их клинических проявлениях и принципов терапии важно для общеобразовательного курса студента высшего учебного заведения медицинского профиля [7].

В то же время психиатрия является уникальной медицинской дисциплиной, поскольку наряду с привычными студентам-медикам методами обследования пациентов: анамнестическому, физикальному, инструментальному, лабораторному, осмотру, опросу, в психиатрии важное значение придается психодиагностике [4-7]. Другая особенность заключается в смещении акцентов на изучение анамнеза и опроса пациента при диагностике, и меньшего значения физикальных, инструментальных и лабораторных методов. Все вышперечислен-

ное объясняет актуальность отдельного обсуждения вопросов методов диагностики в психиатрии.

Ведущими методами диагностики в психиатрии являются: клиничко-анамнестический (изучение анамнеза жизни и болезни), клиничко-психопатологический (изучение психического статуса пациента), экспериментально-психологический (применение методов психодиагностики) [2, 4-7]. Кроме того, используются методы дополнительного обследования, применяемые в соматической медицине: лабораторные (анализ крови и других физиологических жидкостей), инструментальные (электроэнцефалография, рентгенодиагностика, магнитно-резонансная томография и др.). Описание дополнительных методов обследования и возможностей их применения в психиатрии можно почерпнуть из соответствующей литературы. В этом пособии мы сосредоточимся на трех основных методах, которые являются уникальными для психиатрии, как медицинской дисциплины, и могут вызывать наибольшие затруднения.

ГЛАВА 1. АНАМНЕЗ

Анамнез – это совокупность сведений, получаемых при медицинском обследовании путём расспроса самого обследуемого и/или знающих его лиц [2,7].

Уникальность сбора анамнеза в психиатрии среди других медицинских дисциплин заключается в необходимости разделения объективного (собранного на основе слов других людей, медицинской и другой документации) и субъективного (собранного со слов пациента) анамнезов. Это связано в том числе с частой склонностью пациентов с психическими расстройствами к симуляции и диссимуляции, искажением когнитивных процессов, что приводит к неверному изложению истории больного. Так, например, в случае желания избежать лечения пациент может скрывать свои поступки, забывать о них или сообщать о том, чего в реальности не происходило. Поэтому для диагностики в психиатрии важно максимально объективизировать полученные от пациента сведения через общение с родственниками, уточнение фактов и последовательности событий. В ходе осмотра при этом рекомендуется указывать отдельно сведения, полученные от пациента (субъективный анамнез) и других источников с его указанием. С другой стороны, изучение истории жизни и протекания заболевания может иметь ключевое значение в случаях невозможности сбора непосредственной информации от самого пациента – в случаях помрачений сознания, ступора, грубого снижения интеллекта, выраженного негативизма и других состояний. Кроме того, зачастую, изучив анамнез пациента уже можно предположить какое психическое расстройство можно заподозрить в этом случае.

Анамнестические сведения разделяются на следующие части:

1. Анамнез жизни. В этом разделе перечисляются основные этапы жизни пациента, начиная с особенностей беременности. Для диагностики в психиатрии имеют значения следующие разделы анамнеза жизни:
 - Особенности протекания беременности. Осложненная беременность может отражать поражение головного мозга, что может быть важно для диагностики органических психических расстройств, эпилепсии или умственной отсталости.

- Особенности протекания родов. Осложненные и преждевременные роды могут приводить к поражению головного мозга, что может быть важно для диагностики органических психических расстройств, эпилепсии или умственной отсталости.
- Раннее и дошкольное развитие: сроки и особенности протекания этапов раннего развития (когда заговорил, начал ходить, проявлял социальный интерес, посещение дошкольных учреждений и проч.). Изменения сроков развития могут отражать наличие органических психических расстройств, умственную отсталость, расстройства аутистического и шизофренического спектра. Качественные особенности реакций и поведения в этом периоде также могут быть важны: открытость, особенности игровой деятельности, наличие детских страхов и фантазий, особенности речи и т.д.
- Школьный период: сроки поступления в школу, характер успеваемости, социальный контакт со сверстниками, физиологические изменения. Сложности в выполнении школьных заданий и задержка физического развития могут отражать широкий спектр органических психических расстройств, умственной отсталости, встречаться при расстройствах аутистического и шизофренического спектра. Нарушенный социальный контакт может указывать на расстройства аутистического и шизофренического спектра, личностные и эмоциональные нарушения.
- Далее описываются особенности зрелого периода: образование, увлечения, социальный контакт, трудовая деятельность, служба в армии, менопаузы, наличия беременностей, вождение автомобиля, судимость. Важность изучения образования, трудовой деятельности, службы в армии, вождения автомобиля связано с тем, что при этих видах деятельности осуществляется экспертиза и осмотр врачом психиатром, что может указывать на сроки начала заболевания. Некоторые психические расстройства могут быть тесно связаны с физиологическими процессами: беременностью, климаксом и менструациями (например, послеродовая депрессия). Наличие судимостей, частых смен места работы или учебы может встречаться при личностных расстройствах, а также указывать на

срок начала другого психического заболевания (например, до болезни эти сферы деятельности не нарушались).

В этом разделе допустимо также описать характер пациента, о котором говорит он сам или его родственники, чтобы проследить динамику связи с психическим расстройством.

2. Аллергологический анамнез и наличие побочных действий лекарств. В равной степени имеет значение для всех медицинских дисциплин, поскольку назначение лекарственных препаратов сопряжено с риском развития неблагоприятных реакций.
3. Наследственность. При многих психических расстройствах крайне значимым является фактор наследственности. Так риск развития шизофрении у сиблингов выражается 12 %. В данном разделе уточняют не только конкретные заболевания, но и характер ближайших родственников. Причину их смерти (например, при биполярно-аффективном расстройстве повышен риск суицидального поведения).
4. Перенесенные и сопутствующие заболевания. Данный раздел имеет не только общемедицинское и организационное значение, но в некоторых случаях может помогать в диагностике и частично переходить в раздел анамнез болезни. Так, наличие гипертонической болезни может увеличивать риск развития сосудистой деменции, перенесенные черепно-мозговые травмы – психоорганического синдрома.
5. Вредные привычки. Данный раздел может также перекликаться с анамнезом болезни (в случае синдрома зависимости или последствий злоупотребления в форме органического поражения головного мозга).
6. Анамнез болезни. Один из наиболее важных разделов, демонстрирующий сразу несколько аспектов диагностики: вид расстройства (например, расстройство личности), причину (например, последствия травмы головы), длительность заболевания, тип течения (непрерывный или приступообразный), характерную и преобладающую симптоматику, приверженность терапии. В этом разделе отдельно указываются обстоятельства госпитализации или психиатрического

освидетельствования: самообращение, решение суда, направление от другого специалиста. Это также может отражать критическое отношения пациента к болезни. Виде расстройства стоит указывать в этом разделе в случаях наличия предшествующих госпитализаций или обращений к психиатру. Причина психического расстройства указывается в случае возможности проследить причинно-следственную связь между воздействием и развитием психического расстройства. Например, если в жизни пациента произошла утрата значимого человека или отношений, после чего развилась симптоматика. Которую можно отнести к депрессивному кругу. Или пациент перенес острое нарушение мозгового кровообращения, после которого обнаружили признаки снижения интеллекта, памяти, колебания эмоционального фона, ранее для пациента нехарактерные. Длительность заболевания бывает важна для определения прогноза, так как при многих длительно-протекающих заболеваниях может наблюдаться изменение или усугубление симптоматики. Например, психоорганический синдром может перейти в деменцию. Тип течения может указать, как на само заболевание (например, биполярное аффективное расстройство характеризуется чередованием фаз мании и депрессии), так и на прогноз – можно предположить насколько быстро будет прогрессировать симптоматика (например, при непрерывном типе течения шизофрении). Приверженность терапии и получаемые ранее препараты в свою очередь помогают при построении тактики лечения.

ГЛАВА 2. КЛИНИЧЕСКОЕ ИНТЕРВЬЮРОВАНИЕ

Интервью отличается от обычного расспроса тем, что нацелено не только на активно предъявляемые человеком жалобы, но и на выявление скрытых мотивов поведения человека и оказание ему помощи в осознании истинных (внутренних) оснований для измененного психического состояния. Существенным для интервью считается также психологическая поддержка пациента [2,6].

Клиническое интервью — это метод получения информации об индивидуально-психологических свойствах личности, психологических феноменах и психопатологических симптомах и синдромах, внутренней картине болезни пациента и структуре проблемы пациента, а также способ психологического воздействия на человека, производимый непосредственно на основании личного контакта психиатра и пациента.

Перед проведением клинического интервью рекомендуется получить как можно больше информации о пациенте из объективных (то есть не со слов пациента) источников. Например, из записей документации, слов родственников и сопровождающих, то есть собрать объективный анамнез. Полученная таким образом информация поможет при ведении интервью в нескольких аспектах:

1. Позволит выдвинуть гипотезы, которые можно проверить в ходе интервью
2. Выявит недостающие компоненты, которые можно уточнить в ходе интервью
3. Поможет сосредоточить внимание на наиболее важных симптомах и синдромах расстройства, которые вытекали из анамнеза.
4. Поможет оценить критику пациента, его склонность к симуляции или диссимуляции.
5. Даст повод для начала диалога.

Основными *целями клинического интервьюирования* являются:

- *оценка индивидуально-психологических особенностей пациента;*
- *ранжировка выявляемых особенностей по качеству, силе и тяжести;*
- *отнесение их к психологическим феноменам или к психопатологическим симптомам.*

Функциями интервью являются: диагностическая и терапевтическая. Они должны осуществляться параллельно, поскольку только их сочетание может привести к желаемому для психолога результату — выздоровлению и реабилитации пациента

Пациенты зачастую не могут точно описать свое состояние и сформулировать жалобы и проблемы. Именно поэтому способность выслушать изложение проблем человека — это лишь часть интервью, вторая — способность тактично помочь ему сформулировать его проблему, дать ему понять истоки психологического дискомфорта — кристаллизовать проблему. *Принципами* клинического интервью являются:

однозначность и точность, доступность формулировок-вопросов, последовательность (алгоритмизированность), адекватность и проверяемость получаемой информации, гибкость, беспристрастность опроса.

Под принципом *однозначности и точности* в рамках клинического интервью понимается правильное, корректное и точное формулирование вопросов. Примером неоднозначности может служить такой вопрос, обращенный к пациенту: «Испытываете ли Вы на себе психическое воздействие?» Утвердительный ответ на этот вопрос не дает диагносту практически ничего, поскольку интерпретировать его можно разнообразно. Пациент мог подразумевать под «воздействием» как обычные человеческие переживания, события, людей, окружающих его, так и, например, «энергетический вампиризм», воздействие инопланетян и т.д. Вопрос этот неточен и неоднозначен, следовательно, малоинформативен и является лишним.

Принцип *доступности* базируется на нескольких параметрах: словарном (лингвистическом), образовательном, культурном, культуральном, языковом, национальном, этническом и других факторах. Обращенная к пациенту речь должна быть ему понятна и совпадать с его речевой практикой, основанной на множестве традиций. Вопрос диагноста: «Не бывает ли у Вас галлюцинаций?» может быть неправильно понят человеком, который впервые сталкивается с подобным научным термином. С другой стороны, если у пациента спросить, не

слышит ли он голосов, то его понимание слова «голоса» может кардинально отличаться от понимания врачом того же термина, Доступность основывается на точной оценке диагнозом статуса пациента, уровня его знаний, словарного запаса, субкультуральных особенностей, жаргонной практики.

В медицинской документации результатом клинического интервью может быть оформление психического статуса пациента. Психический статус-это описание состояния психики человека, включающие его интеллектуальные, эмоциональные и физиологические возможности. Психический статус носит описательно-информативный характер с достоверностью психологического (психопатологического) «портрета» и с позиции клинической информации (т.е. оценки).

При отражении психического статуса важно использовать максимально возможное число деталей, позволяющих у каждого читателя сформировать образ пациента. Поэтому все используемые описания лучше подкреплять раскрытием того, что вы имели в виду. Например, в психическом статусе может быть описан внешний вид как небрежный. Но для одного человека небрежность подразумевает растрепанную прическу и плохо выглаженную одежду, а для другого – грязную, порванную одежду, всклокоченные, сальные волосы и т.д. Для того чтобы не происходило путаницы любую характеристику стоит подкреплять тем, что именно наблюдал диагност и имел в виду.

Структура психического статуса [2, 4-6]:

1. Состояние до беседы. В данном разделе указывается доступная информация о поведении пациента до непосредственной встречи с врачом. Если это амбулаторный прием, то как он вел себя в коридоре, хотел ли идти на встречу и так далее. Если стационарно, то можно узнать их записей или сообщений медицинского персонала о том, как пациент проводил время в отделении: нарушал или не нарушал режим отделения, была ли агрессивность поведения, конфликты, как спал, ел, принимал ли лекарственные препараты. Знание о том, каким было поведение может указать на тяжесть состояния и направит диалог.

2. Обстоятельства беседы: где проходит беседа (в кабинете, в палате и т.д.), мотивированность пациента на беседу (обратился на беседу сам, пришел в сопровождении персонала, отказывается от беседы в кабинете и т.д.). Если беседа проходит в кабинете, то это может свидетельствовать о комплаинсе между пациентом и врачом, его приверженности лечению или соблюдению режима порядков оказания медицинской помощи. Если беседа проходит не в кабинете, то это может быть связано с тяжелым соматическим или психическим состоянием пациента, его негативистичной реакцией на режим отделения или врача. Если пациент сам обращается на беседу это может говорить о комплаинсе, его критике или о том беспокойстве и дискомфорте, которое он испытывает, и которым готов поделиться с врачом. Отказ от беседы может быть связан с отсутствием критики или доверительных отношений с врачом.
3. Определение ясного или помраченного сознания (при необходимости дифференцировки данных состояний). В случае отсутствия сомнений в наличии ясного (не помраченного) сознания этот раздел можно опустить. Признаком ясности сознания будет наличие ориентировки в месте (знает, где находится), времени (знает текущую дату), собственной личности (знает свое имя, возраст). Другим признаком будет контакт с окружающей действительностью – отвечает или стремится ответить на заданные вопросы, правильно воспринимает окружающую обстановку, может верно назвать предметы и окружающих людей и т.д. Дезориентировка может быть связана с утратой контакта с окружающим миром и погруженностью в галлюцинаторные и бредовые переживания, что наблюдается при синдромах помраченного сознания (делирий, аменция, онейроид, сумеречное помрачение). Другой причиной могут быть нарушения памяти (амнестическая дезориентировка). В этом случае пациент сохраняет контакт с окружающими, но не может определить текущее место, время и части своей личности из-за амнезии.
4. Наличие или отсутствие жалоб, и их содержание. В этом разделе описываются жалобы, которые предъявляет пациент, с преимущественным упором на жало-

бы психического, поведенческого или социального содержания: настроение, отношения с другими людьми, отношения с обществом и т.д.

5. Внешний вид. В данном разделе описывается внешний вид пациента: особенности его одежды (чистота, целостность, соответствие возрасту, культуре, социальным нормам, сезону), волос (чистота, особенности прически соответствие возрасту, культуре, социальным нормам), макияжа (соответствие возрасту, культуре, социальным нормам). В внешний вид может быть опрятный, ухоженный, небрежный, вычурный, либо пациент может проявлять полное безразличие к внешнему виду.
6. Поведение. В этом разделе описываются поведенческие акты пациента: его двигательная активность, жестикуляция, законченные действия. Поведение может быть спокойное, суетливое, возбужденное, нелепое, вычурное, демонстративное, агрессивное, аутоагрессивное, манерное. Так же здесь можно описать особенности походки, позы (свободная, естественная, неестественная, вычурная, вынужденная, нелепая, однообразная), жестикуляции (активная, бедная жестикуляция).
7. Особенности контакта. В этом разделе указываются особенности взаимодействия с пациентом, то есть его возможности и желание поддерживать беседу с врачом. Контакт бывает активный (пациент сам обращается с вопросами и просьбами, делится переживаниями, в полной мере отвечает на вопросы врача), пассивный (пациент только отвечает на вопросы врача, но сам не стремится), формальный (пациент отвечает односложно да-нет); продуктивный (беседа ведет к результату), непродуктивный (беседа не приводит к результату). Непродуктивность беседы может быть связана с нежеланием пациента вследствие его неприязненной, оппозиционной или негативистичной позиции к врачу. Так же непродуктивность может быть обусловлена психическим состоянием пациента: глубокая дезорганизация мышления, глубокое снижение интеллекта и памяти, помрачение сознания, психомоторное возбуждение, нарушения внимания, доминирование галлюцинаторных переживаний во время беседы, ступор. В связи

с этим стоит подробно указывать как причину продуктивности контакта, так и его непродуктивности.

8. Речь. Речь позволяет оценить сразу несколько особенностей пациентов: общий уровень интеллекта и эрудиции, структурированность и темп мышления, наличие неврологической симптоматики, эмоциональное состояние пациента. В некоторых случаях пациенты могут не отвечать на вопросы заданные врачом обычным голосом, но могут отвечать на шепотную или письменную речь. Речь можно описывать по следующим параметрам: по словарному запасу и грамотности (грамотная, аграмматичная, примитивная, богатая, бедная, с жаргонизмами и неологизмами); по логической стройности (стройная, алогичная и паралогичная), по внутреннему согласованию слов, фраз и слогов (связная, бессвязная); по последовательности (последовательная, непоследовательная, с соскальзыванием, разорванная, шизофазия); по детализации (обстоятельная, обычная), по темпу (замедленная, ускоренная); по количеству слов (многоречивая, словоохотливая, краткая, «речевой напор»); по динамике (внезапные остановки речи, умолкание, ускорение, замедление, повторение – вербегирации, застревание). Привести наиболее яркие примеры речи (цитаты).
9. Эмоциональные процессы оцениваются через целую группу феноменов. Эмоциональный фон (определенный доминирующий уровень эмоций при беседе): лабильность (подвижность), ригидность (тугоподвижность), возбудимость (скорость и сила возникновения), тормозимость (скорость и глубина угасания). Качество фона: сниженный, приподнятый, повышенный, ровный (без выраженных колебаний). Настроение: хорошее, дурное, приподнятое, удовлетворительное. Доминирующая эмоция – злость (раздражение, гнев, ярость, обида), радость (веселость, эйфория, экстаз), грусть (печаль, тоска, горе), страх (испуг, ужас, волнение, беспокойство, тревога), интерес, удивление, стыд, отвращение, вина, презрение.
10. Реакция больного на свои переживания, уточняющие вопросы врача, замечания, попытки коррекции, юмор, эмоционально-значимые события из жизни (разговор о близких людях, травмирующих ситуациях). Снижение эмоциональ-

ного реагирования может быть симптомом многих психических расстройств и проявляться сенситивностью (повышенной чувствительностью), эксплозивностью (взрывчатостью с преобладанием гнева), холодностью (снижением уровня эмоциональных реакций), амбивалентностью (сосуществование противоположных эмоциональных реакций), парадоксальность (несоответствие эмоциональной реакции и стимула).

11. Мимика (мимические реакции) отражает доминирующую эмоцию во время беседы. Она может быть живая, богатая, бедная, однообразная, выразительная, «застывшая», вычурная (манерная), гримасничанье, маскообразная, гипомимия, амимия и др.
12. Голос. Также может отражать эмоциональный фон и быть тесно связан с переживаемой эмоцией. Голос можно описать как тихий, громкий, монотонный (без изменения высоты), модулированный (сохранена способность к изменению высоты), выразительный, хриплый, дрожащий.
13. Соматические проявления эмоций: гиперемия, бледность, учащение дыхания, пульса, гипергидроз, тремор.
14. Наличие суицидальных мыслей и тенденций (отрицает или подробно описать). Так как не существует достоверных способов прочесть мысли пациента, то наличие или отсутствие суицидальных мыслей возможно обнаружить только через сообщения самого пациента. О суицидальных тенденциях кроме его собственных заявлений может говорить наблюдение за поведением пациента и его анамнез.
15. Наличие агрессивных тенденций (отрицает или подробно описать). Агрессия - это поведенческий акт, направленный на причинение физического, психологического или социального вреда другому живому существу. Агрессия может сопровождаться эмоциональными переживаниями, но может быть и изолированной. О намерении нанести вред кроме его собственных заявлений может говорить наблюдение за поведением пациента и его анамнез.
16. Внимание - психический процесс связанный с возможностью сосредоточиться на каком-либо объекте. Его характеризуют: устойчивость (длительность кон-

центрации на одном и том же объекте), избирательность (способность отбирать значимые стимулы и игнорировать второстепенные), переключаемость (целенаправленное изменение объекта сосредоточения внимания), распределение (способность внимания одновременно концентрироваться на нескольких объектах, имеющих разную природу), истощаемость (снижение способности к длительному сосредоточению на определенном явлении или деятельности в силу повышенной утомляемости), рассеянность (нарушение способности длительно сосредоточиваться с постоянными переходами от одного объекта (явления) к другому, ни на чем не задерживаясь), произвольность (способность намеренно, осознанно концентрировать свое внимание на объекте).

17. Память характеризует способность запоминать, сохранять и воспроизводить полученную пациентом информацию. В данном разделе уместно расспросить пациента о событиях недавнего и далекого прошлого. По закону Рибо при нарастающем снижении памяти в первую очередь будут утрачиваться ближайшие воспоминания, а далекие, детские, будут сохраняться длительно. В процессе беседы можно попросить пациента запомнить число или слово/слова и попросить напомнить его через несколько минут. Описываются объем памяти, признаки снижения памяти, парамнезии, амнезии (описать тип нарушений), либо соответствует возрасту и уровню образования.
18. Интеллект характеризуется развитостью способностей к успешной деятельности. В основе интеллекта лежат процессы мышления и памяти. Для предварительной оценки можно попросить выполнить простые мыслительные операции – произвести счет, решить логическую задачу и т.д. Более детально он изучается специальными психологическими тестами. При описании интеллекта нужно указывать признаки снижения (описать тип нарушений), либо сохранность, либо соответствует возрасту и уровню образования.
19. Мышление - процесс отражения существенных свойств объектов, а также связей между ними, что приводит к появлению представлений об объективной реальности. Его характеризуют: темп (умеренный, замедленный, ускоренный), последовательность, подвижность, то есть способность переключаться с одной

мыслительной задачи на другую (или нарушения в форме инертности, ригидности, тугодвижности, устойчивости), стройность (целенаправленность, логичность), нарушения стройности (соскальзывание, разорванность, разноплановость, бессвязность паралогичность, алогичность), продуктивность (то есть способность приходить к результату), способность к абстрагированию или конкретность.

20. Наличие или отсутствие волевых расстройств и расстройств влечений (описать тип и характер нарушений). Воля характеризует способность регулировать собственное поведение и психические процессы и тесно связана с понятиями цель и мотив. Влечения характеризуют деятельность, направленную на удовлетворение потребностей. В данном разделе стоит описать то, насколько пациент способен управлять своими действиями (активность, последовательность, упорядоченность), либо наоборот его импульсивность или пассивность; насколько может управлять своим поведением по удовлетворению своих потребностей и насколько эти потребности являются социально-приемлемыми.

21. Активная психопатологическая продукция: наличие и характер бредовой симптоматики, сверхценных и навязчивых идей, наличие и характер расстройств ощущений и восприятия, либо активной психопатологической продукции не выявляется. В данном разделе могут быть приведены примеры высказываний пациента, характеризующие расстройства ощущений (парестезии, сенестопатии и др.), восприятия (иллюзии, галлюцинации, психосенсорные расстройства), содержательные нарушения мышления (бредовые, сверхценные, навязчивые идеи). В этом разделе стоит максимально подробно изложить описание этих нарушений и сопутствующего поведения и изменения динамики других психических процессов. Например, при переживании истинных галлюцинаций у пациента будет наблюдаться конгруэнтное им поведение (будет взаимодействовать как с реальным объектом: искать источник звука, озираться, пытаться поймать), перераспределится внимание (станет больше уделять внимание галлюцинаторным образам и звукам), может быть эмоциональное реагирование (будут яркими эмоции: удивление, интерес, страх, гнев, радость). При наличии содержа-

тельных нарушений мышления могут обнаруживаться изменения в эмоциональной сфере, соответственно контексту идей (нарастание страха при идеях угрозы пациенту), перераспределение акцентов во время беседы (сосредоточенность на теме), либо склонность к уходу от разговора (при недоверии врачу).

22. Динамика психического состояния в процессе беседы может отражать комплаентность пациента, степень его доверия врачу и лечению, наличие признаков органического поражения головного мозга (при нарастании утомления): улучшение контакта (ухудшение), нарастание подозрительности, отгороженности, растерянности, появление отсроченных, замедленных, односложных ответов, злобности, агрессивности, или, напротив, большей заинтересованности, доверительности, доброжелательности, приветливости.
23. Критика к болезни – это способность пациента осознавать факт наличия у себя психического расстройства, признаков его проявления (симптомов), влияния болезни на его жизнь, поведение и психические процессы, а так же необходимость лечения. Критика может быть активная (пациент сам ообра (пассивная), полная (неполная, частичная), формальная. Критика к отдельным проявлениям болезни (симптомам) при отсутствии критики к болезни в целом. Критика к болезни при отсутствии критики к «изменениям личности».
24. Круг интересов (широта или ограниченность). Оценивается так же степень удовлетворения от этих занятий, изменения в нем, если есть, соответствие интересов возрасту и образованию, степень погруженности в них.
25. Планы на будущее (их реалистичность, структурированность)
26. Сон: достаточный (есть ли чувство высыпания, объективное количество часов), динамика количества часов сна, прерывистый, трудности с засыпанием, раннее пробуждение, измененный режим сна и бодрствование, отсутствие сна.
27. Аппетит: достаточный (с чувством удовлетворения голода), объективное количество съеденного, динамика в количестве съеденного, сниженный, повышенный.
28. Краткое соматическое состояние.

ГЛАВА 3. ОСНОВЫ ПСИХОДИАГНОСТИКИ В ПСИХИАТРИИ

Психодиагностика – это теория, принципы, инструменты оценки и измерения индивидуально-психологических особенностей [1,3, 6].

Связанные с психодиагностикой понятия:

Психологическое тестирование – в целом, равнозначное понятие, которое в большей степени распространено в западной терминологии. В узком смысле обозначает процедуру установления и измерения индивидуально-психологических отличий.

Психометрия – изучает теорию и методику психологических измерений, включая измерение знаний, способностей, взглядов и качеств личности.

Психологическая оценка – изучение индивидуальности применительно к возникающим в жизнедеятельности проблем. Сбор и интеграция данных, которые могут быть получены различными путями. Является более широким понятием, чем психометрия и психологическое тестирование.

Все методы психодиагностики можно разделить на три категории:

Экспериментальный - выделение фактора и его регистрация.

Неэкспериментальный - наблюдение, беседа, продукты деятельности.

Диагностический - количественная и качественная оценка.

Еще одно разделение по принципам диагностического подхода:

Объективный подход – диагностика осуществляется на основе успешности выполнения деятельности.

Субъективный подход - диагностика на основе самоописания или сообщенной испытуемым о себе информации о поведении, личностных особенностей и т.д.

Проективный подход – диагностика осуществляется на основе взаимодействия с внешне нейтральным материалом.

Цель психодиагностического исследования

- a) предоставлении дополнительных данных для дифференцированной диагностики;
- b) оценке структуры и степени психических расстройств (в частности, при проведении психиатрической экспертизы – трудовой, военной, судебной и др.);

- с) оценке динамики психических нарушений и объективации эффективности терапии;
- д) *особую группу диагностических задач составляют исследования личности и социальных позиций больного для постановки функционального диагноза, отражающего степень, способы и основные тенденции компенсации психических расстройств, и служащего основой для системы реабилитационных мероприятий.

Порядок проведения психодиагностического исследования [1,3, 6]

1) Клинико-психологическое исследование – включает знакомство с анамнезом, беседу с испытуемым и наблюдение за его поведением в процессе исследования.

2) Экспериментально-психологическое исследование (ЭПИ) – включает следующий минимальный набор экспериментальных методов, охватывающий основные сферы психической деятельности. Описываются конкретные результаты по отдельным психическим процессам когнитивной сферы, структура и уровень интеллекта, эмоционально волевая сфера личности, индивидуально-психологические особенности по следующей схеме:

А) Когнитивные процессы:

- а. результаты нейропсихологического исследования;
- б. умственная работоспособность, внимание;
- с. мнестические процессы;
- д. мышление: - особенности динамики, - операционная сторона, - мотивационно-смысловая сторона, - критичность мышления.

В) Интеллект:

- уровень,
- особенности структуры (профильный анализ).

С) Личность:

- а. структурно-типологические особенности;
- б. наличие и уровень тревожных, депрессивных, агрессивных, параноидных тенденций;

с. характер и выраженность эмоционально-волевого дефицита;

d. расстройства адаптации.

3) Набор методик для оценки эффективности терапии – определяется психологом самостоятельно, в зависимости от мишени и вида терапевтического вмешательства.

4) Обработка и анализ данных. Формулирование заключения. Резюме обобщает сведения, полученные по результатам клинико-психологического и экспериментально-психологического исследований. В нем содержатся целостная характеристика структуры расстройств познавательной и эмоционально-волевой сферы личности в виде определенных патопсихологических симптомокомплексов, однозначно понимаемых психологами и клиницистами. В резюме также следует включать описание психического состояния испытуемого на момент обследования.

Структура заключения психолога [1,3, 6]

1. ФИО
2. Задача (цель) исследования
3. Используемые методики
4. Данные наблюдения и беседы (психический статус)
5. Результаты психодиагностического исследования
6. Заключение

Рекомендации по использованию методик психодиагностики [1,3, 6]

1. нейропсихологическое исследование гнозиса, праксиса, речи, письма, счета – сенсублизированные пробы «Стандартизированного набора диагностических нейропсихологических методик»;
2. исследование работоспособности и внимания (корректирующая проба Бурдона, кольца Ландольта, таблицы Шульте-Горбова, методика Мюнстенберга, счет по Крепелену и в модификации Виттенборна и др.) – не менее 1 методики;
3. исследование памяти (цифровые ряды, 10 слов, воспроизведение рассказов, память на образы, тест Бентона, пиктограммы и др.) – не менее 2 методики;

4. исследование мыслительной деятельности (классификация, исключение 4-го, сравнение понятий, простые и сложные аналогии, дискриминация существенных признаков, объяснение пословиц и метафор, логический анализ, пиктограммы, свободные и тематические ассоциации, сюжетные картины и др.) – не менее 4 методик, характеризующие операциональную и мотивационно-смысловую стороны мышления на вербальном и наглядном материале;
5. исследование структуры и уровня интеллекта – (тест Векслера, при необходимости, тест Равена или CFIT Кеттелла).
6. Исследование индивидуально-типологических особенностей личности, психических состояний и расстройств адаптации:
7. -многофакторные опросники (MMPI, ISTA, ПДО, Кеттелла, Шмишека, Олдхэма и др.) – не менее 1 методики;
8. -тематические шкалы – тревоги (Тейлора, Спилбергера, ИТГ и др.), депрессии (Гамильтона, Зунга, Бека и др.), агрессивности (Басса-Дарки, Ассингера) и др. – по показаниям;
9. - проективные методики (ТАТ, тесты Роршаха, Розенцвейга, Сонди, Люшера, Hand-test Вагнера, свободный и тематический рисунок и др.) – не менее 1 методики;
10. самооценка и внутренняя картина болезни (САН, самооценка по Дембо-Рубинштейн, по Айзенку, Q-сортировка, личностный дифференциал, ТОБОЛ и др.) – не менее 2 методик;
11. дезадаптирующие факторы и механизмы защиты (ИЖС, незаконченные предложения, реакции на фрустрацию по Розенцвейгу, тест Сонди и др. проективные методики) – не менее 2 методик;
12. личностные ресурсы, уровень социальной компетенции и копинг-поведение (личностные характеристики, Гиссенский тест, семантический дифференциал, копинг-стратегии по Хейму или Лазарусу) – не менее 2 методик.

Список психодиагностических методик, которые могут применяться в процессе клинического интервью [1,3, 6]

1. Счет по Крепелину. Методику можно использовать для изучения устойчивости внимания, переключаемости внимания (с видоизменением инструкции), умственной работоспособности и психического темпа. Испытуемому предлагается складывать в уме ряд однозначных чисел, записанных столбцом. Результаты оцениваются по количеству сложенных в определенный промежуток времени чисел и допущенных ошибок. Другой вариант – вычитать в уме последовательно число 7 (17) из 100 (200).
2. Методика запоминания 10 слов (Лурия А.Р.). Методика направлена на изучение способности к непосредственному краткосрочному или долговременному запоминанию. Обследуемому зачитывается 10 слов, подобранных так, чтобы между ними было трудно установить какие – либо смысловые отношения. Непосредственно после зачитывания, а также через час после него испытуемому предлагается воспроизвести эти слова в любом порядке. Процедура повторяется 5 раз подряд. Отмечаются следующие показатели: 1. количество воспроизведенных слов; 2. количественная динамика воспроизведенных слов (кривая запоминания). Кроме того, через час можно попросить пациента повторить те слова, которые он смог запомнить, тем самым проверяя отсроченное запоминание.
3. Пробы на выявление галлюцинаторных и иллюзорных симптомов. Проба Ашафенбурга – испытуемому предлагается разговаривать по телефону, который предварительно отключен от сети.
Проба Рейхардта испытуемому предъявляется чистый лист бумаги и предлагается рассмотреть то, что на нем нарисовано.
Проба Липмана после надавливания на веки испытуемого предлагается сказать, что он видит.
4. Оценка ориентировки – получение информации о месте, времени, собственной личности, которые описаны выше. Кроме того, можно дополнить вопросами о ближайших известных фактах – ближайшие праздники, имя президента, имена родственников, стоимость продуктов, размер пенсии и проч.

5. Понимание переносного смысла пословиц и метафор. Методика применяется для исследования интеллектуального уровня, целенаправленности и критичности мышления. Помимо объяснения больным переносного смысла пословиц и метафор проверяется также, насколько они соотносятся обследуемым с действительностью, с событиями собственной жизни.
6. Сравнение понятий. Для определения понятия необходимо проанализировать ряд признаков предмета или явления и выделить из них наиболее существенные. Степень точности определения зависит от признаков, избираемых для характеристики того или иного предмета или явления. Наиболее точно определение через ближайший род и видовое отличие (например, стол — это вид мебели, необходимый в быту или для работы); правильное, но менее точное определение основано лишь на родовых признаках (стол—это мебель); на более низком уровне находится определение предмета по функциональному признаку (стол для того, чтобы есть или писать); совершенно недостаточным является определение, отмечающее лишь наглядные признаки предмета (стол — деревянный, на 4 ножках). С помощью этой методики обнаруживаются способность выделять основные признаки, характер построения определения, четкость формулировки. Легко выявляется расплывчатость суждений, избыточная детализация, склонность к резонерству.
7. Оценка общей эрудиции. Имеет значение при обследовании пациентов с умственной отсталостью. Уместны вопросы из общих школьных знаний: «столица России», «что крутится вокруг Солнца», «в каком году была октябрьская революция в России» и т.п.

ГЛАВА 4. СТРУКТУРА АКАДЕМИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ В ПСИХИАТРИИ

Использование анамнестического метода:

1. Анамнез жизни. Субъективно и объективно (по записям медицинской и иной документации, рассказу родственников, врачей и иных лиц): наследственность, описание семьи, наличие братьев-сестер, беременность (отягощенность), роды (отягощенность, АПГАР), раннее развитие (соответствие возрасту), посещение ДДУ, школа (во сколько началась, успешность учебы, характеристика школы (СОШ, лицей, коррекционная, кол-во классов)), деятельность после школы (продолжение учебы, работа), служба в армии (если нет, то причина), трудовой анамнез (где работал, как долго, сколько сменил мест работы и за какой период), брак, наличие детей, судимости, условия проживания на настоящий момент (с кем, где). Описание характера на протяжении жизни
2. Аллергологический анамнез и перенесенные заболевания (инфекции, ЧМТ, ОНМК), хронические заболевания (ГБ, СД и др.), операции, гемотрансфузии.
3. Вредные привычки. Курение-стаж, кол-во сигарет в день. Употребление алкоголя-стаж, характеристика напитков, объем за один раз, наличие рвотного рефлекса, наличие запойных явлений, наличие абстиненции. Употребление наркотиков-стаж, характеристика наркотика, объем за один раз, наличие тяги и запойных явлений, наличие абстиненции.
4. Анамнез болезни. Предрасполагающие факторы (особенности воспитания, наследственность, соматические заболевания, особенности характера). Начало заболевания (год, причинно-следственная обусловленность). Течение заболевания (ведущий синдром, частота обострений). Приверженность терапии (наблюдение у психиатра, прием препаратов). Текущее обострение (начало, клиническая картина, обстоятельства госпитализации). Клиническая картина с момента госпитализации.
5. Психический статус на момент осмотра.
6. Данные других методов обследования (заключение мед. психолога, невролога, терапевта, функционального диагноста при наличии)

7. Предварительный диагноз (шифр по МКБ-10, формулировка заболевания по МКБ-10, ведущие синдром/синдромы на момент осмотра или преобладавший с момента госпитализации) и его подтверждение (выводы из анамнеза, из данных других методов обследования, симптомы и синдромы).
8. Дифференциальная диагностика (с какими заболеваниями (не менее 3), исходя из клинической картины конкретного больного, указание черт сходства и различий). Например, у больного выявляются признаки апато-абулического синдрома в рамках шизофрении. Этот синдром может встречаться при депрессии, эпилепсии и психорганическом синдроме, соответственно проводить стоит сравнение с ими. Неправильно будет сравнивать шизофрению с БАР, РАС или деменцией только потому, что сама по себе шизофрения может иметь сходные симптомы. Вы должны сравнить симптомы конкретного больного с симптомами заболеваний и тем самым подтвердить, почему стоит выбрать именно ваш диагноз.
9. Предложение по дополнительному обследованию (если уместно)
10. Предложение тактики лечения (медикаментозное (указание группы препарата, обоснование выбора, пример), немедикаментозное) и реабилитации.

ГЛАВА 5. ПРИМЕР ПРОВЕДЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Последовательность постановки диагноза

- Анамнез
- Психический статус
- Дополнительные обследования
- Симптомы
- Синдромы
- Психическое расстройство
- Дифференциация с другими расстройствами.

Пациент Ш., 20 лет.

Анамнез (со слов родителей):

Дед по линии отца лечился в психиатрической больнице в старости. Родился в Балтасях, от первой беременности, в срок, кесаревым сечением в связи с угрозой отслойки сетчатки у матери. Закричал сразу. Развивался до года в соответствии с возрастом. До 3-х лет ночами часто плакал, после 3-х спал хорошо, спокойно. С 1,5 лет посещал ясли, адаптировался легко, был любимчиком у воспитателей. Был в меру активным ребенком, охотно читал стихи, принимал участие в утренниках. В школу пошел в 6 лет (почти в 7). Одновременно поступил в музыкальную школу по классу курая. Учился всегда хорошо, был активистом. Пытался заниматься спортом, баскетболом, футболом, карате, но не долго. Школу окончил с золотой медалью, сразу поступил в КАИ. Учился только на отлично, первую сессию сдал на все пятерки.

Особенности характера. Всегда был собственником, никому не давал играть своими игрушками. Если домой приходили гости, то прятал их. Особенно любил мягкие игрушки, с любимой собачкой иногда спит и сейчас. Был не слишком общительным, любил тишину и покой.

Уже начав учиться в институте, вдруг стал спрашивать у родителей, в чем смысл их жизни, какова у них была цель, достигли они ее или нет. Задавал во-

прос маме: «неужели эти грядки – смысл твоей жизни?» Рассуждал о цели своей жизни, о том, правильно ли выбрал специальность.

Анамнез заболевания со слов родителей. Впервые заметили странности в его высказываниях 23 мая, когда, позвонив маме, молящим голосом спрашивал ее, откуда она узнала, что он украл удлинитель. Потом он рассказал, что убирался в хозяйственной комнате в общежитии, и зачем-то положил удлинитель в мусор и выставил за дверь. Спрашивал не к месту, у кого из дедушек шрам на голове, когда день рождения у племянника. 24-го мая неожиданно, без предупреждения приехал домой в Балтаси, был напряженным, «будто зомбированным, глаза бегали», обвинял себя в краже, хотел сдать полиции, говорил, что виноват перед всеми. Говорил, что за ним следят, что взломали его аккаунт, что его нужно изолировать. Сам себе задавал вопрос, когда же у него все это началось. Родители обратились к проф. М., который направил в стационар.

Субъективный анамнез жизни.

Помнит себя с 4-5 лет, «был обычным среднестатистическим ребенком». Посещал д/сад, но подробностей не помнит, «наверно и стихи читал и играл». В школу пошел в 6 лет, в ноябре исполнилось 7. Друзья были, обычно 3-4 человека, но слишком общительным не был. Пытался заниматься спортом, футболом, баскетболом, но сам решил, что к этому нет таланта и ушел. Тренеры никогда не говорили, что нет перспектив, но сам понял, что другие лучше его. Две недели ходил на дзюдо, продолжать не смог, т.к. не мог заставить себя драться и бороться.

Учился всегда хорошо, но круглым отличником стал с 8 класса, «у каждого свои приоритеты». Общаться с друзьями не было времени и желания. Усердно занимался уроками. После окончания 11 классов, поступил в КАИ на бюджетное отделение. Но недавно понял, что он больше гуманитарий, что нужно было выбирать другое направление.

В 10 лет начал копаться в себе, возможно были периоды плохого настроения. Пытался разобраться, так ли он живет, так ли все делает, так ли развивается физически, сравнивал себя с другими детьми, «это было начало пубертата».

В конце 10 класса стал размышлять о своем предназначении, о смысле жизни.

Субъективный анамнез болезни. В течение последних дней до поступления почувствовал что за ним следят, «чтобы узнать мою эмоцию, какой я, приведут меня к чему». «Они заставили думать о том, что мне нужно своровать что-нибудь, чтобы узнать как я поступлю в такой ситуации, сворую или нет». Утверждает, что своровал в «Пятерочке», складывал все в рюкзак, но никто не заметил. Показал большой список предметов и продуктов, которые якобы своровал. Уверен, что «сейчас идет полное разбирательство государства». Понял это по осуждающим взглядам окружающих людей, в которых читалось, что воровать нельзя. Считает, что сейчас он должен быть в суде, что судья должен вынести ему приговор, а он готов понести наказание. Хотел бы прочитать уголовный, гражданский и другие кодексы, чтобы самому дойти до сути.

Аллергологический анамнез не отягощен. Употребление алкоголя, табака, наркотиков категорически отрицает. Из перенесенных заболеваний – простудные.

ИТАК

- Не выявлено внешних факторов и причин.
- Были особенности характера до заболевания: на фоне хороших задатков мог их развивать, но при встрече с трудностями старался искать другие более легкие пути, некоторая отчужденность и замкнутость, исполнительность
- Был склонен к философствованию в последние несколько лет
- Заболевание началось недавно
- В клинической картине преобладали идеи преследования и самообвинения

Психический статус и психодиагностическое обследование.

Во время исследования испытуемый двигательльно спокоен, настроение ровное, малоэмоционален, гипомимичен, скован, осторожен, формален, периодически отмечают «уходы в себя», Критика снижена, причиной нахождения в стационаре называет «говорят психоз на фоне учёбы; была бессонница, смеше-

ние реальности, провалы в памяти». Контакту доступен, на вопросы отвечает в плане заданного, по существу, темп неустойчивый.

Сообщил, что за ним следили некие «силы», «чтобы узнать мою эмоцию, какой я, приведут меня к чему». «Они заставили думать о том, что мне нужно своровать что-нибудь, чтобы узнать, как я поступлю в такой ситуации, сворую или нет». Утверждал, что своровал в «Пятерочке», складывал все в рюкзак, но никто не заметил. Уверен, что «сейчас идет полное разбирательство государства». Понял это по осуждающим взглядам окружающих людей, в которых читалось, что воровать нельзя. Считал, что сейчас он должен быть в суде, «что судья должен вынести ему приговор, а он готов понести наказание».

В процессе исследования внимания отмечается неустойчивость с тенденцией к истощению. **Непосредственное запоминание** продуктивно в положительной динамике. **Опосредованное запоминание** имеет средний уровень продуктивности (65%). Рисунки имеют больше формальный символический, атрибутивный и конкретно-ситуационный характер, эпизодически употребляет буквенные обозначения («победа – знак V», «обман – буква Л – ложь», «сомнение – хммм...»), отмечается малодифференцированный фрагментарный образ (на слово «подвиг» рисует «полукруг» с объяснением «это мышца, которая связана с силой и сила с героем - поэтому и подвиг –такая логическая связь»). **В методике «Исключение лишнего»** отмечается неустойчивость, разноплановость процессов обобщения, исключения, уравнивание существенных и второстепенных признаков, актуализация латентных («книга лишняя, а остальное могут создать неприятное, уколоть»), при обозначении обобщающего понятия оперирует функциональными значениями («лишний ключ, а остальное для хранения жидкостей, тележка лишняя, а остальное для перемещения человека»).

При сравнении понятий - при достаточном уровне операций сравнения, актуализирует латентные признаки с тенденцией к сравнению отдаленных понятий («обман и ошибка – общее начинаются на О, различие – по желанию – случайно», «стакан и петух – оба могут пить- неживой и живой»). Переносный

смысл пословиц малодоступен, трактует только знакомые простые пословицы, поговорки.

В ассоциативном эксперименте отмечается формальность, сочетание как высших, так и примитивных ассоциаций.

Таким образом, в процессе экспериментально-психологического исследования на фоне тенденции к истощению отмечается нарушение целенаправленности мышления с соскальзыванием на латентные признаки у личности с акцентуацией по типу «сензитивный шизоид», конфликтным сочетанием разнонаправленных тенденций.

Итак из психического статуса можно выделить:

- Признаки дезорганизации мышления: разноплановость, соскальзывание, опора на латентные признаки
- Малая эмоциональная экспрессивность
- Замкнутость
- Высказываемые идеи преследования и самообвинения – бред преследования и самообвинения
- Частичная критика к состоянию

Идеи самообвинения и преследования можно интерпретировать как бредовые идеи. **Бредовые идеи** - представляют собой ложные, ошибочные суждения (умозаключения), возникшие на болезненной основе и недоступные критике и коррекции.

Они относятся к категории первичного бреда. *Первичный бред, или бред толкования, интерпретации* вытекает непосредственно из расстройств мышления и сводится к установлению неправильных связей, неправильному пониманию взаимоотношений между реальными объектами.

Бредовые идеи составляют основу паранойяльного бреда. *Паранойяльный синдром* систематизированным бредом отношения, ревности, изобретательства. Суждения и умозаключения больных внешне производят впечатление вполне логичных, однако они исходят из неверных посылок и ведут к неверным выводам.

Таким образом, ведущий синдром у пациента:

Паранойяльный синдром, в сочетании с идеями самообвинения.

Сравним обнаруженные симптомы с критериями по МКБ-10:

Критерии диагноза «шизофрения»:

- а) «эхо мыслей»
- **б) бред**
- в) галлюцинаторные переживания
- **е) разрыхление ассоциаций: шизофазия, резонерство**
- ж) кататонические расстройства: возбуждение, восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор;
- з) апатия, абулия, бедность речи,
- **и) сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций**
- **к) изменение поведения: утрата интереса, нецеленаправленностью, бездеятельностью, самопоглощенностью и аутизацией**

Таким образом, сравнение обнаруженных симптомов и синдромов с критериям МКБ-10 позволяет предположить «шизофрению параноидную».

Для проведения дифференциации с другими психическими расстройством необходимо ответить на вопрос: «Где может встречаться данный синдром?»

Он может встречаться при следующих заболеваниях.

- Шизофрения
- Органическое шизофреноподобное расстройство
- Эпилепсия
- Депрессия
- Биполярно-аффективное расстройство
- Реактивные психозы
- Психозы, вызванные употреблением психоактивных веществ

Вернемся к анамнезу:

- Не выявлено внешних факторов и причин.

- Были особенности характера до заболевания: на фоне хороших задатков мог их развивать, но при встрече с трудностями старался искать другие более легкие пути, некоторая отчужденность и замкнутость, исполнительность
 - Был склонен к философствованию в последние несколько лет
 - Заболевание началось недавно
 - В клинической картине преобладали идеи преследования и самообвинения
- Следовательно, можно исключить Органическое шизофреноподобное расстройство, реактивные психозы, психозы, вызванные употреблением психоактивных веществ. Кроме того, нет указаний на припадки, что исключает эпилепсию. Нет указаний на колебания эмоционального фона в сторону депрессию или манию, что исключает биполярно-аффективное расстройство. Таким образом остается диагноз шизофрения.

Итак, окончательный диагноз будет выглядеть следующим образом:

Шизофрения, параноидная форма, паранойяльный синдром, период наблюдения менее года.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ:

1. Понятие анамнеза в психиатрии
2. Значение объективного и субъективного анамнеза
3. Основные разделы психического статуса
4. Понятие психодиагностики
5. Структура заключения психодиагностического обследования
6. Методики психодиагностики, применяемые при клиническом интервьюировании
7. Структура академической истории болезни в психиатрии
8. Последовательность диагностического процесса в психиатрии

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Медицинская психология в системе здравоохранения региона : материалы Первой региональной научно-практической конференции медицинских (клинических) психологов учреждений здравоохранения СанктПетербурга. 8 – 9 октября 2015 г. / под редакцией А.Н. Алёхина. – СПб.: издательство «Трактат», 2015. – 257 с.
2. Менделевич, В.Д. Психиатрическая пропедевтика / В.Д.Менделевич. – 4-е изд. – М.: МЕДпресс–информ, 2008. – 528 с.
3. Методики диагностики эмоциональной сферы: психологический практикум / сост. О.В. Барканова [серия: Библиотека актуальной психологии]. – Вып.2. – Красноярск: Литера-принт, 2009. – 237 с.
4. Психиатрия: учебник / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 496 с.
5. Психиатрия: Учебник для студ. мед. вузов / М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко, И.И. Сергеев. — 3-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 576 с.
6. Психодиагностика: Учебник для вузов. — СПб.: Питер, 2006 — 351 с: ил. — (Серия «Учебник нового века»).
7. Самохвалов, В. П. Психиатрия. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов / В. П. Самохвалов. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2002. – 324 с.

Учебное издание

Граница Александр Станиславович

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ПСИХИАТРИИ

Учебно-методическое пособие