

## Лекция Структура интервью специалиста с наркозависимым

Вопросы лекции:

1. Рекомендации по написанию психического статуса и представления о больном
2. Примерная схема беседы с пациентом и перечень возможных вопросов
3. Дезориентировка. Отрешенность. Бессвязность мышления
4. Иллюзии и галлюцинации.
5. Расстройства мышления
6. Бред, расстройства памяти, внимания

Литература:

<https://www.narcologos.ru/28910>

- **Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ. Психотическое расстройство**  
Клинические рекомендации (дата утверждения: 2020)
- **Острая интоксикация психоактивными веществами**  
Клинические рекомендации (дата утверждения: 2020)
- **Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ. Пагубное (с вредными последствиями) употребление**  
Клинические рекомендации (дата утверждения: 2020)
- **Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ. Абстинентное состояние (синдром отмены) с делирием**  
Клинические рекомендации (дата утверждения: 2020)
- **Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ. Синдром отмены психоактивных веществ (абстинентное состояние, вызванное употреблением психоактивных веществ)**  
Клинические рекомендации (дата утверждения: 2018)
- **Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ. Амнестический синдром**  
Клинические рекомендации (дата утверждения: 2018)
- **Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром отмены алкоголя (алкогольное абстинентное состояние)**  
Клинические рекомендации (дата утверждения: 2017)
- **Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ. Синдром зависимости от психоактивных веществ**  
Клинические рекомендации (дата утверждения: 2018)
- **Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости от алкоголя**  
Клинические рекомендации (дата утверждения: 2018)

### ***Беседа с пациентом***

При клинико-психопатологическом методе исследования основной диагностической техникой или способом выявления болезненных проявлений являются расспрос и наблюдение в их неразрывном единстве. Возможны варианты, когда из-за состояния

больного расспрос и беседа практически невозможны. В таких случаях, исследуя статус психически больного, врач вынужден ограничиться преимущественно наблюдением.

Беседу с больным рекомендуется начинать с общепринятых вопросов о самочувствии, которые помогут установить доверительные взаимоотношения с больным и дадут врачу возможность сориентироваться в направлении, по которому следует вести исследование. В процессе дальнейшей, целенаправленной беседы, необходимо определить максимальный уровень нарушения психической деятельности у исследуемого больного, чтобы потом в этом диапазоне выяснить детали индивидуальных особенностей психопатологических проявлений, которые будут иметь дифференциально-диагностическое значение.

В беседе с больным врачу необходимо быть вежливым, быть готовым проявить сопереживание, избегать иронии и насмешек, даже в случае явной абсурдности высказываний больного. Хотя для того, чтобы убедиться в наличии у больного бредовых идей, необходимо часто прибегать к попыткам разубеждения, делать это необходимо мягко, ни в коем случае не вступая с больным в спор. В беседе с больным нужно стремиться использовать открытые вопросы (на которые больной сможет дать развернутый вопрос, т.к. используя закрытые вопросы часто можно предопределить ответ больного), необходимо избегать использование психопатологических терминов (бред, депрессия, галлюцинации и пр.). Если больной сам, описывая свое состояние, использует какие-либо психиатрические термины, необходимо уточнить у него, что именно он имеет в виду, попросить описать свои переживания простыми словами, т.к. понимание подобных терминов больным может быть искаженным. Во время беседы очень полезно дословно записывать высказывания больного, которые в наибольшей степени характеризуют его состояние. В дальнейшем в психическом статусе можно будет привести прямую речь больного.

#### ***Рекомендации по написанию психического статуса и представления о больном***

Написание психического статуса проводится после завершения беседы с больным. Психический статус должен быть описательным, **без употребления психиатрических терминов**, таким образом, чтобы другой врач (в т.ч. преподаватель при проверке написанного Вами статуса), обратившийся к Вашим записям по этому клиническому описанию смог бы дать этому состоянию свою клиническую трактовку, квалификацию.

Начинать написание психического статуса принято с описания состояния сознания больного, которое выражается в ориентировке в пространстве, ситуации, времени и собственной личности. Целесообразно продолжить описание статуса с тех сфер психической деятельности, информация от которых получается в основном через наблюдение, то есть с внешнего облика: поведения и эмоциональных проявлений. После этого следует переходить к описанию познавательной сферы, информация о которой получается в основном через расспрос и беседу.

Можно избрать любую последовательность при описании этих сфер психической деятельности, однако нужно соблюдать принцип: не описав полностью патологию одной сферы, не переходить к описанию другой. При таком подходе ничто не будет упущено, так как описание идет последовательно и систематизировано. При этом обозначать ту или иную сферу психической деятельности в тексте психического статуса не нужно, описание должно быть слитным, единым. В психическом статусе Вы можете словами больного изложить анамнез его заболевания (субъективный анамнез), однако, без знания объективного анамнеза (полученного из беседы с родными больного и из медицинских сведений), делать предположения о нозологической психического расстройства больного нужно с осторожностью, взяв за основу лишь самые достоверные сведения. После описания психического статуса необходимо перейти к написанию представления о больном. Здесь всё, что Вы наблюдали у больного, должно быть описано психопатологическими терминами и обосновано. Представление о больном должно завершаться формулировкой диагноза. Диагноз должен вытекать из Ваших предшествующих рассуждений. Как правило, он состоит из двух частей – синдромального и нозологического диагноза.

*Синдромальный диагноз* – ведущий синдром в настоящее время. Можно указать два и более синдромов, обычно 1 синдром продуктивных расстройств и 1 синдром – негативных расстройств (если они есть).

*Нозологический диагноз* – название нозологической единицы, форма, вариант, тип течения болезни, стадия.

При отсутствии сведений, достаточных для установления нозологического диагноза (например, при первичном осмотре больного, который из-за выраженных расстройств психики не может сообщить каких-либо анамнестических сведений) может быть указан только синдромальный диагноз. **Нозологический диагноз без указания синдрома является неинформативным и явно недостаточным!**

Дифференциальный диагноз проводится с близкими по клиническим проявлениям заболеваниями. В процессе дифференциальной диагностики необходимо после тщательного анализа исключить состояния, сходные по своим клиническим проявлениям с заболеванием у изучаемого пациента.

В завершении Вам необходимо указать тактику лечения (обычно основывается на ведущем синдроме, однако при наличии известной причины заболевания возможно назначение этиотропного и патогенетического лечения) и заболевания, с которыми нужно проводить дифференциальную диагностику.

Для облегчения Вашей работы при написании представления о больном мы предлагаем Вам заранее подготовленную схему (использование не обязательно).

#### ***Примерная схема беседы с пациентом и перечень возможных вопросов***

Ниже по сферам психической деятельности приведены примерные вопросы, которые можно задать больному, описаны различные психопатологические состояния, между которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику при описании статуса и представления о больном.

#### ***Патология сознания***

##### **Алло-, ауто- и соматопсихическая ориентировка**

Ориентировку оценивают, используя вопросы, направленные на выявление осознания больным времени, места и субъекта. Исследование начинают с вопросов о дне, месяце, годе и времени года. При оценке ответов необходимо помнить, что многие здоровые люди не знают точной даты, и вполне понятно, что больные, пребывающие в клинике, могут быть не уверены в отношении дня недели, особенно если в палате постоянно соблюдается одинаковый режим. Выясняя ориентировку в месте, спрашивают пациента о том, где он находится (например, в больничной палате или в доме престарелых). Затем задают вопросы о других людях - допустим, о супруге пациента или об обслуживающем персонале палаты, - осведомляясь, кто они такие и какое отношение имеют к больному. Если последний не в состоянии ответить на эти вопросы правильно, следует попросить его идентифицировать себя самого.

Изменение сознания может возникать вследствие разнообразных причин: соматических заболеваний, ведущих к психозу, интоксикаций, черепно-мозговых травм, шизофренического процесса, реактивных состояний. Поэтому расстройства сознания неоднородны.

В качестве типичных симптомокомплексов измененного сознания выделяют делирий, аменцию, онейроид, сумеречное помрачение сознания. Для всех этих симптомокомплексов характерны выраженные в различной степени:

- расстройство запоминания происходящих событий и субъективных переживаний, ведущее к последующей амнезии, неотчетливость восприятия окружающего, его фрагментарность, затруднение фиксации образов восприятия;
- та или иная дезориентировка во времени, в месте, непосредственном окружении, самом себе;
- нарушение связности, последовательности мышления в сочетании с ослаблением суждений;
- амнезии периода помраченного сознания

**Дезориентировка.** Расстройство ориентировки проявляется при различных острых психозах, хронических состояниях и легко поддается проверке относительно текущей реальной ситуации, окружающей обстановки и личности пациента.

- Как Вас зовут?
- Кто Вы по профессии?

Целостное восприятие окружающей среды может заменяться изменчивыми переживаниями расстроенного сознания.

Способность к восприятию окружающего и собственной личности сквозь иллюзорные, галлюцинаторные и бредовые переживания становится невозможной или ограничивается деталями.

Изолированные нарушения ориентировки во времени могут быть связаны не с нарушением сознания, а нарушением памяти (амнестическая дезориентировка).

Начинать осмотр больного следует с наблюдения за его поведением, не привлекая к себе внимание пациента. Задавая вопросы, врач отвлекает внимание больного от обманов восприятия, в результате чего они могут ослабевать или временно исчезать. Кроме того, пациент может начать скрывать их (диссимулировать).

- Какое сейчас время суток?
- Какой день недели, число месяца?
- Какое время года?

Для диагностики тонких нарушений сознания необходимо обращать внимание на реакцию больных на вопросы. Так, больной может правильно ориентироваться в месте, но заданный вопрос застаёт его врасплох, больной рассеянно осматривается вокруг, отвечает после паузы.

- Где Вы находитесь?
- На что похожа окружающая Вас обстановка?
- Кто вокруг Вас?

**Отрешенность.** Отрешенность от реального внешнего мира проявляется слабым пониманием больными происходящего вокруг, они не могут сосредоточить свое внимание и действуют, невзирая на ситуацию.

При патологических состояниях ослабевает такая характеристика сознания, как степень внимания. В связи с этим нарушается отбор наиболее важной в данный момент информации.

Нарушение «энергии внимания» приводит к снижению способности сосредоточиться на любой поставленной задаче, к неполному охвату, вплоть до полной невозможности восприятия действительности. Обычно задаются вопросы, направленные на выяснение способности пациента осознавать происходящее с ним и вокруг него:

- Что с Вами случилось?
- Почему Вы в больнице?
- Нужна ли Вам помощь?

**Бессвязность мышления.** Больные обнаруживают разные по степени нарушения мышления - от слабости суждения до полной неспособности связать предметы и явления воедино. Несостоятельность таких операций мышления, как анализ, синтез, обобщение, особенно свойственна аменции и проявляется бессвязной речью. Больной может бессмысленно повторять вопросы врача, случайные содержательные элементы мышления могут беспорядочно вторгаться в сознание, сменяясь такими же случайными идеями.

Больные могут ответить на вопрос при многократном повторении громким или, наоборот, тихим голосом. Обычно больные не могут ответить на более сложные вопросы, относящиеся к содержанию их мыслей.

- Что Вас беспокоит?
- О чем Вы думаете?
- Что у Вас на душе?

Можно попытаться проверить способность устанавливать взаимосвязь между внешними обстоятельствами и актуальными событиями:

- Вокруг Вас люди в белых халатах. Почему?
- Вам делают инъекции. Зачем?
- Мешает ли Вам что-нибудь пойти домой?
- Считаете ли Вы себя больным?

**Амнезия.** Для всех симптомокомплексов измененного сознания характерна полная или частичная утрата воспоминаний после окончания психоза.

Психическая жизнь, протекающая в условиях грубого помрачения сознания, может быть недоступна (или почти недоступна) феноменологическому исследованию. Поэтому очень важное диагностическое значение имеет выявление как наличия, так и особенностей амнезии. При отсутствии воспоминаний о реальных событиях во время психоза болезненные переживания часто сохраняются в памяти.

Лучше всего пережитое в период психоза воспроизводят пациенты, перенесшие онейроид. Это касается, главным образом, содержания грезоподобных представлений, псевдогаллюцинаций и, в меньшей степени, воспоминаний о реальной обстановке (при ориентированном онейроиде). При выходе из делирия воспоминания более фрагментарны и касаются почти исключительно болезненных переживаний. Состояния аменции и сумеречного сознания характеризуются чаще всего полной амнезией перенесенного психоза.

- Не было ли у Вас когда-нибудь состояний, похожих на «сновидения» наяву?
- Что Вы видели?
- В чем особенность этих «сновидений»?
- Как долго длилось это состояние?
- Вы были участником этих снов или видели это со стороны?
- Как Вы пришли в себя - сразу или постепенно?
- Помните ли Вы, что происходило вокруг, пока Вы находились в этом состоянии?

### ***Поведенческая сфера***

**Внешний вид** пациента, его манера одеваться позволяет сделать вывод о волевых качествах. Пренебрежение к себе, проявляющееся в неряшливом виде и измятой одежде, наводит на мысль о нескольких возможных диагнозах, включая алкоголизм, наркоманию, депрессию, деменцию или шизофрению. Больные с маниакальным синдромом нередко предпочитают яркие цвета, выбирают нелепого фасона платье или могут казаться плохо ухоженными. Следует также обратить внимание на телосложение пациента. Если есть основания предполагать, что за последнее время он сильно потерял в весе, это должно насторожить врача и навести его на мысль о возможном соматическом заболевании или нервной анорексии, депрессивном расстройстве.

Выражение лица дает информацию о настроении. При депрессии наиболее характерными признаками являются опущенные уголки рта, вертикальные морщины на лбу и слегка приподнятая средняя часть бровей. У больных, находящихся в состоянии тревоги, обычно горизонтальные складки на лбу, приподнятые брови, глаза широко открыты, зрачки расширены. Хотя депрессия и тревога особенно важны, наблюдатель должен искать признаки целого ряда эмоций, включая эйфорию, раздражение и гнев. «Каменное», застывшее выражение лица бывает у больных с явлениями паркинсонизма вследствие приема нейролептиков. Лицо может также указать на такие соматические состояния, как тиреотоксикоз и микседема.

**Поза и движения** также отражают настроение. Больные в состоянии депрессии сидят обычно в характерной позе: наклонившись вперед, сгорбившись, опустив голову и глядя в пол. Тревожные больные сидят выпрямившись с поднятой головой, часто на краешке стула, крепко держась руками за сиденье. Они, как и больные ажитированной депрессией, почти всегда беспокойны, все время прикасаются к своим украшениям, поправляют одежду или подпиливают ногти; их бьет дрожь. Маниакальные больные гиперактивны и беспокойны.

Большое значение имеет **социальное поведение**. Пациенты с маниакальным синдромом часто нарушают принятые в обществе условности и чрезмерно фамильярны с малознакомыми людьми. Дементные больные иногда неадекватно реагируют на порядок медицинского собеседования или продолжают заниматься своими делами, как будто нет никакого собеседования. Больные шизофренией нередко странно ведут себя во время опроса; одни из них гиперактивны и расторможены в поведении, другие замкнуты и поглощены своими мыслями, некоторые агрессивны. Больные с асоциальным расстройством личности тоже могут казаться агрессивными. Регистрируя нарушения социального поведения, врач-психиатр должен дать четкое описание конкретных действий пациента.

Наконец, врач должен тщательно проследить, нет ли у пациента необычных **моторных расстройств**, которые наблюдаются главным образом при шизофрении. К ним относятся стереотипии, застывание в позах, эхопраксия, амбитендентность и восковая гибкость. Следует также иметь в виду возможность развития поздней дискинезии—нарушения двигательных функций, наблюдающегося главным образом у пожилых больных (особенно у женщин), в течение длительного времени принимающих антипсихотические препараты. Это расстройство характеризуется жевательными и сосательными движениями, гримасничаньем и хореоатетозными движениями, захватывающими лицо, конечности и дыхательную мускулатуру.

### **Расстройства восприятия**

Нарушения восприятия определяются при осмотре больного, наблюдении за его поведением, расспросе, изучении рисунков, письменной продукции. О наличии гиперестезии можно судить по особенностям реакций на некоторые раздражители: больной садится к окну спиной, просит врача говорить негромко, сам старается произносить слова тихо, полупшепотом, вздрагивает и морщится при скрипе или хлопанье двери. Объективные признаки наличия иллюзий и галлюцинаций удается установить значительно реже, нежели получить соответствующую информацию от самого больного.

О наличии и характере галлюцинаций можно судить, наблюдая за поведением пациента, - он к чему-то прислушивается, затыкает уши, ноздри, что-то шепчет, со страхом озирается по сторонам, от кого-то отмахивается, что-то собирает на полу, стряхивает с себя что-то и т.п. В истории болезни необходимо подробнее описать подобное поведение больного. Такое поведение дает основание для соответствующих расспросов.

В тех случаях, когда объективные признаки галлюцинирования отсутствуют, не всегда следует задавать вопрос – «видится или слышится» что-то больному. Лучше, если эти вопросы будут наводящими, чтобы побудить больного к активному рассказу о своих переживаниях. Важно не только то, что рассказывает больной, но и как рассказывает: охотно или неохотно, со стремлением к диссимуляции или без такого стремления, с интересом, с видимой эмоциональной окраской, аффектом страха или безразлично, равнодушно.

**Сенестопатии.** К особенностям поведения больных, испытывающих сенестопатии, в первую очередь относятся настойчивые обращения за помощью к специалистам соматического профиля, а в дальнейшем - часто к экстрасенсам и колдунам. Этим удивительно стойким, монотонным болям / неприятным ощущениям свойственны отсутствие предметности переживаний в отличие от висцеральных галлюцинаций, нередко своеобразный, даже вычурный оттенок и нечеткая, изменчивая локализация. Необычные, мучительные, ни на что не похожие ощущения «бродят» по животу, грудной клетке, конечностям и больные четко противопоставляют их болям при обострении известных им заболеваний.

- Где Вы ощущаете это?

- Есть ли какие-то особенности у этих болей / неприятных ощущений?

- Меняется ли область, где вы ощущаете их? Связано ли это со временем суток?

- Являются ли они исключительно физическими по характеру?
- Есть ли какая-нибудь связь их возникновения или усиления с приемом пищи, временем суток, физической нагрузкой, погодными условиями?
- Проходят ли эти ощущения при приеме обезболивающих либо успокаивающих средств?

**Иллюзии и галлюцинации.** Расспрашивая об иллюзиях и галлюцинациях, следует проявлять особый такт. Прежде чем приступить к данной теме, целесообразно подготовить пациента, сказав: «у некоторых людей при нервном расстройстве бывают необычные ощущения». Затем можно спросить о том, не слышал ли больной каких-либо звуков или голосов в момент, когда в пределах слышимости никого не было. Если же история болезни дает основания предполагать в данном случае наличие зрительных, вкусовых, обонятельных, тактильных или висцеральных галлюцинаций, следует задать соответствующие вопросы.

Если больной описывает галлюцинации, то в зависимости от типа ощущений формулируются определенные дополнительные вопросы. Надлежит выяснить, слышал ли он один голос или несколько; в последнем случае казалось ли больному, что голоса разговаривали между собой о нем, упоминая его в третьем лице. Эти явления следует отличать от ситуации, когда больной, слыша голоса реальных людей, беседующих на расстоянии от него, убежден, что они обсуждают его (бред отношения). Если пациент утверждает, что голоса обращаются к нему (галлюцинации от второго лица), нужно установить, что именно они говорят, и если слова воспринимаются как команды, то чувствует ли больной, что должен им повиноваться. Необходимо зафиксировать примеры слов, произносимых галлюцинаторными голосами.

Зрительные галлюцинации следует дифференцировать от зрительных иллюзий. Если пациент не испытывает галлюцинаций непосредственно во время осмотра, то бывает трудно провести такое разграничение, поскольку оно зависит от присутствия или отсутствия реального зрительного раздражителя, который мог быть неверно интерпретирован.

**Слуховые галлюцинации.** Пациент сообщает о шумах, звуках или голосах, которые он слышит. Голоса могут быть мужские или женские, знакомые и незнакомые, больной может слышать критику или комплементы в свой адрес.

- Приходилось ли Вам слышать какие-либо звуки или голоса, когда никого нет рядом с Вами или Вы не понимали откуда они?
- Слышите ли Вы голоса, описывающие или обсуждающие Ваши действия и мысли?
- Что они говорят?

**Галлюцинации в форме диалога** - это симптом, при котором больной слышит два и более голосов, обсуждающих что-то, касающееся пациента.

- Сколько голосов удается различить?
- Что они обсуждают?
- Что это за звуки (голоса)?
- Откуда Вы их слышите?

**Галлюцинации комментирующего содержания.** Содержанием таких галлюцинаций является текущий комментарий поведения и мыслей больного.

- Голоса просто констатируют совершаемое Вами?
- Слышите ли Вы какие-нибудь оценки своих действий, мыслей?

**Императивные галлюцинации.** Обманы восприятия, побуждающие больного к определенному действию.

- Не приходилось ли Вам слышать голоса, приказывающие или советующие сделать что-либо?

**Тактильные галлюцинации.** К этой группе расстройств относят сложные обманы, тактильного и общего чувства, в виде ощущения прикосновения, охватывания руками, какой-то материей, ветром; ощущения ползания насекомых под кожей, укусов.

- Знакомы ли Вам необычные ощущения прикосновения в отсутствии кого-либо, кто мог бы сделать это?
- Не испытывали ли Вы когда-нибудь внезапного изменения веса своего тела, ощущения легкости или тяжести, погружения или полета.

**Обонятельные галлюцинации.** Больные ощущают необычные запахи, чаще неприятные. Иногда пациенту кажется, что этот запах исходит от него.

- Испытываете ли Вы какие-нибудь необычные запахи или запахи, которые другие не ощущают? Что это за запахи?

**Вкусовые галлюцинации** проявляются чаще в виде неприятных вкусовых ощущений.

- Приходилось ли Вам чувствовать, что обычная пища изменила свой вкус?
- Ощущаете ли Вы какой-нибудь вкус вне приема пищи?
- **Зрительные галлюцинации.** Больной видит очертания, тени или людей, которых нет в действительности. Иногда это очертания или цветовые пятна, но чаще - фигуры людей или похожих на людей существ, животных. Это могут быть персонажи религиозного происхождения.

- Приходилось ли Вам видеть то, что другие люди увидеть не в состоянии?
- Были ли у Вас видения?
- Что Вы видели?
- В какое время суток это случалось с Вами?
- Связано ли это с моментом засыпания или пробуждения?

**Деперсонализация и дереализация.** Больным, испытавшим деперсонализацию и дереализацию, обычно трудно описать их; пациенты, незнакомые с указанными явлениями, часто неправильно понимают заданный им по этому поводу вопрос и дают ответы, вводящие в заблуждение. Поэтому особенно важно, чтобы больной привел конкретные примеры своих переживаний. Рационально начать со следующих вопросов: «Вы когда-либо ощущали, что окружающие вас предметы нереальны?» и «У вас бывает ощущение собственной нереальности? Не казалось ли вам, что какая-то часть вашего тела ненастоящая?». Больные, испытывающие дереализацию, часто говорят, что все объекты окружающей среды представляются им ненастоящими или безжизненными, в то время как при деперсонализации пациенты могут утверждать, что чувствуют себя отделенными от окружения, неспособными ощущать эмоции или будто бы играющими какую-то роль. Некоторые из них при описании своих переживаний прибегают к образным выражениям (например: «как будто я - робот»), что следует тщательно дифференцировать от бреда.

**Феномены ранее виденного, слышанного, пережитого, испытанного, рассказанного (*deja vu, deja entendu, deja vecu, deja eprouve, deja raconte*).** Чувство знакомости никогда не привязано к определенному событию или периоду в прошлом, а относится к прошлому вообще. Степень уверенности, с какой больные оценивают вероятность того, что переживаемое событие происходило, может существенно отличаться при разных заболеваниях. При отсутствии критики эти парамнезии могут поддерживать мистическое мышление больных, участвовать в формировании бреда.

- Не казалось ли Вам когда-нибудь, что Вам уже приходила в голову мысль, которая не могла возникнуть раньше?
- Не испытывали ли Вы чувства, что Вы уже слышали когда-то то, что Вы слышите теперь впервые?
- Не было ли ощущения необоснованной знакомости текста при чтении?
- Не приходилось ли Вам, увидев что-то впервые, чувствовать, что Вы уже видели это раньше?

**Феномены никогда не виденного, не слышанного, не пережитого и др. (*jamais vu, jamais vecu, jamais entendu* и другие).** Больным кажется незнакомым, новым и непонятным привычное, хорошо известное. Ощущения, связанные с искажением чувства знакомости, могут быть как пароксизмальными, так и длительными.

- Не было ли у Вас ощущения, что привычная обстановка видится Вами в первый раз?
- Чувствовали ли Вы когда-нибудь странную незнакомость того, что должны были много раз слышать раньше?

### ***Расстройства мышления***

При анализе характера мышления устанавливается темп мыслительного процесса (ускорение, замедление, заторможенность, остановки), склонность к детализации, «вязкость мышления», склонность к бесплодному мудрствованию (резонерство). Важным является описание содержания мышления, его продуктивности, логики, установление способности к конкретному и абстрактному, отвлеченному мышлению, анализируется умение больного оперировать представлениями и понятиями. Изучается способность к анализу, синтезу, обобщению.

Одной из классических методик исследования мышления является методика исследования понимания рассказов. После прослушивания или чтения рассказа испытуемому предлагают воспроизвести рассказ. При этом обращают внимание на характер изложения (словарный запас, возможное наличие парафазий, темп речи, особенности построения фразы). Существенное значение имеет выяснение того, насколько доступен обследуемому скрытый смысл рассказа, связывает ли он его с окружающей действительностью, доступна ли ему юмористическая сторона рассказа.

**Для исследования можно использовать и тексты с пропущенными словами (проба Эббингауза).** Читая этот текст, испытуемый должен вставить недостающие слова, сообразуясь с содержанием рассказа. При этом возможно обнаружение нарушения критичности мышления: обследуемый вставляет случайные слова, иногда по ассоциации с близко расположенными и недостающими, а допускаемые нелепые ошибки не исправляет. Выявлению патологии мышления способствует выявление понимания переносного смысла пословиц и поговорок.

### **Формальные расстройства мышления**

Процесс мышления не может быть оценен непосредственно, поэтому главным объектом изучения является речь.

Речь больного позволяет выявить некоторые необычные расстройства, наблюдаемые в основном при шизофрении. Нужно установить, используются ли пациентом неологизмы, то есть слова, придуманные им самим, часто для описания патологических ощущений. Прежде чем признать то или иное слово неологизмом, важно удостовериться в том, что это не просто погрешность в произношении или заимствование из другого языка.

Далее регистрируются нарушения потока речи. Внезапные остановки могут указывать на обрыв мыслей, но чаще это просто следствие нервно-психического возбуждения. Быстрые переключения с одной темы на другую наводят на предположение о скачке идей, в то время как аморфность и отсутствие логической связи могут указывать на тип расстройства мышления, характерный для шизофрении.

***Замедление темпа речи*** (депрессивный субступор, кататонический мутизм)

Некоторые ответы не содержат полной информации, в том числе и на дополнительные вопросы;

Врач замечает, что вынужден часто побуждать больного, в порядке ободрения, к развитию или уточнению ответов;

Ответы могут быть односложными или очень короткими («да», «нет», «может быть», «не знаю»), редко более одного предложения;

Больной ничего не говорит и лишь изредка пытается ответить на вопрос.

***Обстоятельность.*** Снижение способности отделять главное от второстепенного приводит к хаотичности ассоциаций. Эти особенности мышления присущи людям с

органическим поражением центральной нервной системы и эпилептическими изменениями личности.

Повышенная склонность к детализации может быть заметна при свободном изложении, ответах на открытые вопросы;

Больные не могут ответить на конкретно поставленные вопросы, углубляясь в подробности.

**Резонерство.** В основе резонерства лежит повышенная тенденция к «оценочным суждениям», склонность к обобщению по отношению к мелкому объекту суждений.

Больные склонны пространно рассуждать о всем известных вещах, пересказывая и утверждая **банальные истины**;

Крайне многословная речь не соответствует скудности содержания. Речь может быть определена как «пустое философствование», «праздное мудрствование».

**Паралогичность** (т.н. «*кривая логика*»). При таком расстройстве мышления факты и суждения консолидируются на единой логической основе, укладываются в цепочку, нанизываются друг на друга с особой предвзятостью. Факты, противоречащие изначальному ложному суждению или не согласующиеся с ним, не принимаются во внимание.

Паралогичность лежит в основе интерпретативных форм бреда, по содержанию это чаще всего бредовые идеи преследования, реформаторства, изобретательства, ревности и другие.

При беседе такое нарушение мышления может проявляться в связи с обсуждением перенесенных в прошлом психических травм, которые стали «больным пунктом» в психике пациентов. Такой «кататимный» характер паралогического бредаобразования может возникать в случае влияния эмоциональной травмы, связанной с переживаниями ипохондрического характера, семейного, сексуального плана, тяжелых личных обид.

В более тяжелых случаях паралогическое мышление проявляется вне зависимости от темы беседы. При этом умозаключения определяются не действительностью, не логическими законами, а управляются исключительно потребностями (чаще болезненными) личности.

**Обрыв мысли**, или *шперрунг*. Проявляется внезапной остановкой речи прежде, чем мысль завершена. После паузы, которая может продолжаться несколько секунд, реже минут, больной не может вспомнить, что говорил или хотел сказать.

Длительное молчание только тогда может быть квалифицировано как обрыв мысли, когда больной произвольно описывает задержку мышления или после вопроса врача определяет причину паузы именно таким образом.

- Испытывали ли Вы когда-нибудь внезапное, не связанное с внешними причинами, исчезновение мысли?
- Что помешало Вам закончить фразу?
- Что Вы почувствовали?

**Ментизм.** Мысли могут приобретать произвольное, неуправляемое течение. Чаще наблюдается ускоренное течение процессов мышления, сконцентрировать внимание не удается и в сознании остается лишь «тени» мысли или ощущение «роя» проносащихся мыслей.

- Не ощущаете ли Вы порой (в последнее время) сумбур в голове?
- Не казалось ли Вам когда-нибудь, что Вы не контролируете поток собственных мыслей?
- Не было ли ощущения, что мысли мелькают мимо?

Необходимо обращать внимание на внешний вид больного: необычность одежды, выражение лица и взгляд (печальный, настороженный, сияющий и др.). Необычность позы, походки, лишние движения позволяют думать о наличии бреда или двигательных навязчивостей (ритуалов). О сверхценных и навязчивых идеях (в отличие от бредовых) больной обычно охотно рассказывает сам. Необходимо определить, насколько эти идеи

связаны с содержанием мышления в данный момент, их влияние на течение мыслительных процессов и связь этих идей с личностью больного. Так, если доминирующие и сверхценные идеи полностью связаны с содержанием мышления больного, определяют его, то навязчивые мысли (идеи) не находятся в связи с содержанием мышления больного в данное время и могут ему противоречить. Важно оценить степень насильственности различных идей в сознании больного, степень их чуждости мнению, мировоззрению и степень его критического отношения к указанным идеям.

**Обсессивные явления.** В первую очередь рассматриваются навязчивые мысли. Целесообразно начать с такого вопроса:

- Приходят ли вам в голову постоянно какие-то мысли, несмотря на то, что вы усиленно стараетесь их не допускать?

Если пациент дает утвердительный ответ, следует попросить его привести пример. Больные часто стыдятся навязчивых мыслей, особенно касающихся насилия или секса, поэтому может потребоваться настойчиво, но благожелательно расспросить пациента. Прежде чем идентифицировать подобные явления как навязчивые мысли, врач должен удостовериться, что больной воспринимает такие мысли как свои собственные (а не внушенные кем-то или чем-то).

Компульсивные ритуалы в некоторых случаях можно заметить при внимательном наблюдении, но иногда они принимают скрытую от постороннего глаза форму (как, например, мысленный счет) и обнаруживаются только потому, что нарушают течение беседы. При наличии компульсивных ритуалов необходимо попросить больного привести конкретные примеры. Для выявления подобных расстройств используют следующие вопросы:

- Чувствуете ли вы необходимость постоянно проверять действия, которые, как вы знаете, вы уже выполнили?

- Ощущаете ли вы необходимость снова и снова делать что-то, что большинство во людей делает только один раз?

- Чувствуете ли вы необходимость многократно повторять одни и те же действия абсолютно одинаковым способом? Если на любой из этих вопросов больной ответит «да», врач должен попросить его привести конкретные примеры.

### **Бред**

Бред - это единственный симптом, о котором нельзя спрашивать прямо, потому что больной не осознает разницы между ним и другими убеждениями. Врач может предполагать наличие бреда, основываясь на информации, полученной от других лиц или из истории болезни.

Если ставится задача выявить наличие бредовых идей, целесообразно для начала попросить пациента объяснить другие симптомы или описанные им неприятные ощущения. Например, если больной говорит, что жить не стоит, он также может считать себя глубоко порочным, а свою карьеру — погубленной, несмотря на отсутствие объективных оснований для такого мнения.

Врач-психиатр должен быть готовым к тому, что многие больные скрывают бред. Однако если тема бреда уже раскрыта, пациент часто продолжает развивать ее без подсказки.

Если выявлены идеи, которые могут оказаться бредовыми, но могут и не быть таковыми, необходимо выяснить, насколько они устойчивы. Необходимо выяснить, обусловлены ли убеждения пациента скорее культурными традициями, нежели бредом. Судить об этом бывает трудно, если пациент воспитан в традициях другой культуры или принадлежит к необычной религиозной секте. В таких случаях можно разрешить сомнения, подыскав психически здорового соотечественника пациента или лицо, исповедующее ту же религию.

Существуют специфические формы бреда, распознать которые особенно сложно. Бредовые идеи открытости необходимо дифференцировать от мнения, что окружающие могут догадаться о мыслях человека по выражению его лица или поведению. Для выявления указанной формы бреда можно спросить:

- Верите ли вы в то, что другие люди знают, о чем вы думаете, хотя вы не высказывали своих мыслей вслух?

В целях выявления бреда «вкладывания мыслей» используют соответствующий вопрос:

- Вы когда-нибудь чувствовали, что некоторые мысли не принадлежат собственно вам, а внедрены в ваше сознание извне?

Бред «отнятия мыслей» может быть диагностирован с помощью вопроса:

- Ощущаете ли вы иногда, что мысли изымают у вас из головы?

При диагностике бреда контроля врач сталкивается с аналогичными трудностями. В этом случае можно спросить:

- Чувствуете ли вы, что какая-то внешняя сила пытается управлять вами?
- Не бывает ли у вас ощущения, что ваши действия контролируются каким-то лицом или чем-то, находящимся вне вас?

Поскольку переживания такого рода далеки от нормальных, некоторые пациенты неправильно понимают вопрос и отвечают утвердительно, имея в виду религиозное или философское убеждение в том, что деятельность человека направляется Богом или дьяволом. Другие думают, что речь идет об ощущении потери самоконтроля при крайней тревоге. Больные шизофренией могут заявить о наличии у них указанных ощущений, если они слышали «голоса», отдающие команды. Поэтому за получением положительных ответов должны следовать дальнейшие вопросы для исключения подобных недоразумений.

**Бред ревности.** Его содержанием является убежденность в измене супруги/супруга. Любые факты воспринимаются как доказательства этой измены. Обычно больные прилагают большие усилия, чтобы найти подтверждения внебрачной любовной связи в виде волос на постельном белье, запаха духов или одеколону от одежды, подарков от любовника. Вырабатываются планы и делаются попытки заставить любовников вместе.

- Не бывает ли у Вас мысли о том, что Ваш(а) супруг(а) / друг, могут быть неверны Вам?
- Какие подтверждения тому у Вас есть?

**Бред виновности.** Пациент уверен, что он совершил какой-то ужасный грех или сделал что-то непозволительное. Иногда пациент чрезмерно и неадекватно поглощен (охвачен) переживаниями о том «плохом», что он делал в детстве. Иногда пациент чувствует ответственность за какие-то трагические события, как, например, пожар или авткатастрофу, к которым в действительности он не имеет отношения.

- Не бывает ли у Вас ощущения, что Вы совершили что-то ужасное?
- Есть ли что-то такое, за что Вас мучает совесть?
- Можете ли Вы рассказать об этом?
- Кажется ли Вам, что Вы заслуживаете наказания за это?
- Думаете ли Вы иногда о том, чтобы наказать себя?

**Мегаломанический бред.** Больной считает, что обладает особыми способностями и могуществом. Он может быть уверен в том, что является знаменитой личностью, например, какой-нибудь рок-звездой, Наполеоном или Христом; считать, что он написал великие книги, сочинил гениальные музыкальные произведения или сделал революционные научные открытия. Часто возникают подозрения в том, что кто-то пытается украсть его идеи, малейшие сомнения со стороны в его особых способностях вызывают раздражение.

- Не возникает ли мыслей, что Вы можете добиться чего-то великого?
- Если бы Вы сравнили себя со средним человеком, как бы Вы оценили себя: немного лучше, немного хуже или такой же?
- Если хуже; то в чем? Есть ли в Вас что-то особенное?
- Есть ли у Вас какие-либо особые способности, дарования или возможности, имеете ли Вы экстрасенсорное восприятие или какой-то способ влиять на людей?

- Считаете ли Вы себя яркой личностью?
- Можете ли Вы описать, чем Вы знамениты?

**Бред религиозного содержания.** Пациент охвачен ложными религиозными представлениями. Иногда они возникают в рамках традиционных религиозных систем, скажем, представления о Втором Пришествии, Антихристе или овладении дьяволом. Это могут быть и совершенно новые религиозные системы или смесь представлений из различных религий, в частности восточных, например, идеи реинкарнации или нирваны. Религиозный бред может сочетаться с мегаломаническим бредом величия (если пациент считает себя религиозным лидером); бредом виновности, если мнимое преступление является, по убеждению больного, грехом, за который он должен нести вечную кару Господа, или бредом воздействия, например, при убежденности в одержимости дьяволом. Бред религиозного содержания должен выходить за рамки представлений, принятых в культуральном и религиозном окружении пациента.

- Вы религиозный человек?
- Что Вы под этим понимаете?
- Имели ли Вы какой-нибудь необычный религиозный опыт (впечатления)?
- Вы воспитывались в религиозной семье или пришли к вере позже? Как давно?
- Близки ли Вы к Богу? Означил ли Бог особую роль или цель для Вас?
- Имеете ли Вы особую миссию в жизни?

**Ипохондрический бред** проявляется болезненной убежденностью в наличии тяжелого, неизлечимого заболевания. Любое высказывание врача в этом случае трактуется как попытка обмануть, скрыть истинную опасность, а отказ от операции или другого радикального способа лечения убеждает пациента в том, что болезнь достигла терминальной стадии.

Эти расстройства следует отличать от **дисморфомонического (дисморфофобического)** синдрома, когда основные переживания больного сосредоточены на возможном физическом недостатке или уродстве. Помимо собственно идей физического недостатка, у страдающих дисморфоманией, как правило, наблюдаются идеи отношения (ощущение, что все окружающие замечают их дефект, посмеиваются над ними), тоскливый фон настроения. Описывают постоянное стремление больных незаметно от окружающих рассматривать себя в зеркале («симптом зеркала»), настойчивый отказ от участия в фотосъемках, обращения в косметологические салоны с просьбами о проведении операций по исправлению «недостатков».

Например, больной может считать, что его желудок или мозг сгнил; его руки вытянулись или изменились черты лица (дисморфомания).

- Нет ли каких-либо нарушений в работе Вашего организма?
- Не замечали ли каких-нибудь изменений Вашего внешнего вида?

**Бред отношения.** Больные считают, что ничего не значащие замечания, высказывания или события относятся к ним или предназначены им специально. Увидев смеющихся людей, больной убежден, что смеются над ним. Читая газету, слушая радио или смотря телевизор, больные склонны воспринимать определенные фразы в качестве специальных сообщений, адресованных им. Твердую убежденность в том, что не имеющие отношения к пациенту события или высказывания относятся к нему, следует считать бредом отношения.

- Входя в комнату, где находятся люди, не думаете ли Вы, что они разговаривают о Вас и, может быть, смеются над Вами?
- Бывает по телевидению, в радиопрограммах и газетах какая-то информация, имеющая отношение лично к Вам?
- Как реагируют на Вас незнакомые люди в общественных местах, на улице, в транспорте?

**Бред воздействия.** Больной испытывает отчетливое влияние на чувства, мысли и действия со стороны или ощущение управления ими какой-то внешней силой. Главным признаком этой формы бреда является выраженное ощущение воздействия.

Наиболее характерны описания чуждых сил, поселившихся в теле пациента и заставляющих его двигаться особым образом или каких-либо телепатических посланий, вызывающих чувства, воспринимающиеся как чужие.

- Некоторые люди верят в возможность передавать мысли на расстояние. Каково Ваше мнение?
- Не приходилось ли Вам испытывать ощущение несвободы, не связанное с внешними обстоятельствами?
- Не было ли когда-нибудь впечатления, что Ваши мысли или чувства не принадлежат Вам?
- Приходилось ли Вам ощущать, что какая-то сила управляет Вашими движениями?
- Чувствовали ли Вы когда-нибудь необычное воздействие?
- Было ли это воздействие со стороны какого-то человека?
- Не было ли необычным образом вызванных неприятных либо приятных ощущений в теле?

**Открытость мыслей.** Пациент убежден в том, что люди могут читать его мысли на основании субъективного восприятия и особенностей поведения окружающих.

**Вкладывание мыслей.** Больной считает, что мысли, не являющиеся его собственными, вкладываются в его голову.

**Изъятие мыслей.** Больные могут описывать субъективные ощущения внезапного удаления или прерывания мысли со стороны какой-то внешней силы.

Субъективный, перцептивный, компонент бреда воздействия, называемый психическим автоматизмом (идеаторный, сенсорный и моторный варианты), выявляется с помощью тех же вопросов:

- Не случалось ли Вам чувствовать, что люди могут знать, о чем Вы думаете, или даже читать Ваши мысли?
- Как они могут делать это?
- Зачем им это нужно?
- Можете ли Вы сказать, кто контролирует Ваши мысли?

Вышеописанные симптомы входят в структуру идеаторного автоматизма, наблюдающегося при синдроме Кандинского-Клерамбо.

### ***Расстройства памяти***

В процессе сбора анамнеза должны быть заданы вопросы о наличии постоянных затруднений при запоминании. Во время обследования психического статуса пациентам предлагаются тесты для оценки памяти на текущие, недавние и отдаленные события. Кратковременная память оценивается следующим образом. Больного просят воспроизвести ряд однозначных чисел, произносимых достаточно медленно, с тем, чтобы дать возможность больному зафиксировать их.

Для начала выбирают легкий для запоминания короткий ряд чисел, дабы удостовериться в том, что больной понял задание. Называют пять разных чисел. Если больной сможет повторить их правильно, предлагают ряд из шести, а затем из семи чисел. Если пациент не справился с запоминанием пяти чисел, тест повторяют, но уже с рядом других пяти чисел.

Нормальным показателем для здорового человека считается правильное воспроизведение семи чисел. Для выполнения этого теста необходима также достаточная концентрация внимания, поэтому его нельзя использовать для оценки памяти, если результаты тестов на концентрацию явно ненормальны.

Далее оценивается способность к восприятию новой информации и немедленному ее воспроизведению, а затем и к ее запоминанию. В течение пяти минут врач продолжает беседовать с пациентом на другие темы, после чего проверяются результаты запоминания. Здоровый человек допустит лишь несущественные погрешности.

Память на недавние события оценивают, спрашивая о новостях за последние один-два дня или о событиях в жизни больного, известных врачу. Новости, о которых задаются вопросы,

должны соответствовать интересам больного и широко освещаться средствами массовой информации.

Память на отдаленные события можно оценить, попросив больного вспомнить определенные моменты из его биографии либо хорошо известные факты общественной жизни за последние несколько лет, такие как даты рождения его детей или внуков или же имена политических лидеров. Четкое представление о последовательности событий так же важно, как и наличие воспоминаний об отдельных событиях.

Когда больной находится в больнице, определенные выводы о его памяти можно сделать на основании информации, предоставляемой средним медицинским персоналом. Их наблюдения касаются того, насколько быстро больной усваивает обыденный распорядок дня, имена сотрудников клиники и других больных; не забывает ли он, куда кладет вещи, где расположена его кровать, как пройти в комнату для отдыха.

Стандартизированные психологические тесты на усвоение и память могут помочь при диагностике и обеспечивают количественную оценку нарастания расстройств памяти. Среди них одним из наиболее эффективных является тест Векслера на логическую память, при котором требуется воспроизвести содержание короткого абзаца немедленно и по истечении 45 минут. Подсчет баллов производится на основании количества правильно воспроизведенных пунктов.

Нарушения памяти встречаются часто, а во второй половине жизни в той или иной степени имеют место у большинства людей. Квалификация специфики нарушений памяти может помочь врачу составить целостное представление о ведущем синдроме, нозологической принадлежности заболевания, стадии течения, а иногда и о локализации патологического процесса.

За жалобами на «потерю памяти» может скрываться иная патология. Действительная замедленность мышления усугубляется неуверенностью либо невнимательностью, связанной с тревожностью депрессивных больных, а сниженная самооценка обрамляет эти реальные когнитивные нарушения в рамки переживаний малоценности. На начальных этапах развития депрессии это могут быть жалобы на нарушение памяти.

При реактивных истерических состояниях возможно активное забывание или вытеснение тягостных психотравмирующих переживаний. Вне временных рамок патогенной ситуации память остается сохранной.

Фрагментарные выпадения из памяти отдельных (часто значимых) деталей событий, происшедших в состоянии алкогольного опьянения, - *палимпсесты* - являются достоверным признаком начальной стадии алкоголизма.

Для выявления патологии памяти используются пробы на запоминание искусственных словосочетаний и десяти слов.

*Элективные, избирательные дисмнезии* - запоминание конкретной информации, возникающее в ситуациях психоэмоциональной напряженности, лимита времени, характерное для сосудистой мозговой патологии. Забывание дат, имен, адресов или номеров телефонов при волнении может обратить на себя внимание уже при сборе анамнеза. В этом случае особенно уместно уточнить:

- Не замечали ли Вы, что Вам не удается вспомнить что-то хорошо знакомое, когда вспомнить нужно срочно, например, при неожиданном телефонном разговоре либо когда Вы разволновались?

- *Динамические нарушения памяти.* При сосудистых заболеваниях головного мозга у больных, перенесших черепно-мозговые травмы, при некоторых интоксикациях мнестическая деятельность может носить прерывистый характер. Подобные нарушения редко выступают в виде изолированного моносимптома, а проявляются в сочетании с прерывистостью всех психических процессов. Память в данном случае является индикатором неустойчивости, истощаемости умственной работоспособности больных в целом.

Одним из показателей динамического нарушения памяти является возможность ее улучшения при применении средств опосредования, к чему больные прибегают в повседневной жизни. О таком приспособлении уместно поинтересоваться:

- Не делаете ли Вы себе какие-нибудь заметки для памяти (узелки на носовом платке)?
- Не оставляете ли Вы на видном месте какие-нибудь предметы, которые напомнили бы Вам о чем-то?

**Фиксационная амнезия** состоит в нарушении запоминания текущих событий, при сохранности памяти на прошлое. Эта амнезия является ведущим симптомом синдрома Корсакова при токсических, травматических и сосудистых психозах, протекающих как остро, так и хронически. Представившись пациенту, уместно предупредить, что в интересах обследования Вы попросите назвать Вас по имени спустя какое-то время. Обычно задаются следующие вопросы:

- Что Вы делали сегодня утром?
- Как зовут Вашего лечащего врача?
- Назовите имена пациентов из Вашей палаты.

**Ретроградная амнезия** представляет собой выпадение из памяти событий, предшествовавших периоду нарушенного сознания.

При **антероградной амнезии** из памяти больного выпадают события на период времени, непосредственно следующий за периодом нарушенного сознания

**Конградная амнезия** представляет собой отсутствие памяти на события, происшедшие в период нарушенного сознания.

Поскольку эти амнезии отличает приуроченность к определенному состоянию или действию патогенного фактора, то, расспрашивая больного, следует очертить границы этого периода, в рамках которого восстановить события больным в памяти не удастся.

**Прогрессирующая гипомнезия.** Опустошение памяти нарастает постепенно и происходит в определенной последовательности: от частного к общему, от позднее приобретенных навыков и знаний к тем, что были получены раньше, от менее эмоционально значимого к более значимому. Такая динамика соответствует закону Рибо. Выраженность прогрессирующей амнезии могут выявлять вопросы о жизненных событиях, задаваемые в последовательности - от текущих к отдаленным. Не могли бы Вы назвать:

- последние наиболее известные события в мире;
- приблизительную численность населения города (поселка), где Вы живете;
- часы работы Вашего ближайшего продуктового магазина;
- дни Вашего обычного получения пенсии (зарплаты);
- сколько Вы платите за квартиру?

**Псевдореминисценции** - обманы памяти, заключающиеся в смещении во времени событий, действительно имевших место в жизни больного. События прошлого выдаются за настоящее. Содержание их, как правило, однообразно, обыденно, правдоподобно. Обычно как псевдореминисценции, так и конфабуляции спонтанно излагаются больными в рассказе. Вопросы, направленные на выявление этих расстройств не определены.

**Конфабуляции.** Воспоминания, не имеющие никакого реального основания в прошлом, временной причинной связи с ним. Выделяют фантастические конфабуляции, которые представляют собой вымысел о необыкновенных событиях, происшедших с больными в различные периоды жизни, в том числе и в доболлезненный период. Конфабуляции могут быть отрывочны, изменчивы, при повторных рассказах сообщаются новые невероятные подробности.

### **Расстройства внимания**

**Внимание** — это способность сосредоточиться на каком-либо объекте. Концентрация — способность удерживать эту сосредоточенность. Во время сбора анамнеза врач должен следить за вниманием и его концентрацией у пациента. Таким образом он уже сможет сформировать суждение о соответствующих способностях до окончания обследования

психического статуса. Формальные тесты позволяют расширить эту информацию и дают возможность с определенной достоверностью выразить в количественных показателях изменения, развивающиеся по мере прогрессирования заболевания. Обычно начинают со счета по Крепелину: больного просят отнять 7 от 100, затем вычесть 7 из остатка и повторять указанное действие до тех пор, пока остаток не окажется меньше семи. Регистрируют время выполнения теста, а также количество ошибок. Если создается впечатление, что пациент плохо справился с тестом из-за слабого знания арифметики, следует предложить ему выполнить более простое аналогичное задание или перечислить названия месяцев в обратном порядке.

Исследование направленности и сосредоточенности психической деятельности пациентов является очень важным в различных областях клинической медицины, так как с расстройства внимания начинаются многие психические и соматические болезненные процессы. Нарушения внимания часто подмечаются самими больными, а почти житейский характер этих расстройств позволяет пациентам рассказывать о них врачам различных специальностей. Однако при некоторых психических заболеваниях больные могут и не замечать своих проблем в сфере внимания.

К числу основных характеристик внимания относят объем, избирательность, устойчивость, концентрацию, распределение и переключение.

Под **объемом** внимания понимается то количество объектов, которое может быть отчетливо воспринято в относительно короткий период времени.

Ограниченность объема внимания требует постоянного выделения субъектом каких-либо наиболее значимых объектов окружающей действительности. Этот выбор из множества стимулов только некоторых носит название **избирательности внимания**.

- Больной обнаруживает рассеянность, периодически переспрашивает собеседника (врача), особенно часто к концу беседы.
- На характере общения сказывается заметная отвлекаемость, трудность в поддержании и произвольном переключении внимания на новую тему.
- Внимание пациента удерживается на одной мысли, теме разговора, объекта совсем недолго

**Устойчивость внимания** - это способность субъекта не отклоняться от направленной психической активности и сохранять сосредоточенность на объекте внимания.

Больного отвлекают любые внутренние (мысли, ощущения) или внешние раздражители (посторонний разговор, уличный шум, какой-нибудь предмет, попавший в поле зрения). Продуктивный контакт может быть практически невозможен.

**Концентрация внимания** является способностью фокусировать внимание при наличии помех.

- Замечаете ли Вы, что Вам трудно сосредоточиться при выполнении умственной работы, особенно в конце рабочего дня?
- Не замечаете ли Вы, что стали делать больше ошибок в работе по невнимательности?

**Распределение внимания** свидетельствует о возможности субъекта направлять и сосредоточивать свою психическую деятельность на нескольких независимых переменных одновременно.

**Переключение внимания** представляет собой перемещение его направленности и сосредоточенности с одного объекта или вида деятельности на другие.

- Чувствительны ли Вы к внешним помехам при выполнении умственной работы?
- Быстро ли Вам удастся переключить внимание с одного занятия на другое?
- Всегда ли Вам удастся уследить за сюжетом интересующего Вас фильма, телепередачи?
- Часто ли Вы отвлекаетесь при чтении?
- Часто ли Вам приходится замечать, что Вы механически пробегаете текст взглядом, не улавливая его смысл?

Исследование внимания также проводится с помощью таблиц Шульте и корректурной пробы.

### ***Расстройства эмоций***

Оценку настроения начинают с наблюдения за поведением и продолжают с помощью прямых вопросов:

- Какое у вас настроение?
- Как вы себя чувствуете в смысле душевного состояния?

Если выявлена депрессия, следует более подробно расспросить пациента о том, ощущает ли он иногда, что близок к слезам (существующая фактически слезливость часто отрицается), посещают ли его пессимистические мысли о настоящем, о будущем; возникает ли у него чувство вины по отношению к прошлому. Вопросы при этом могут формулироваться следующим образом:

- Как вы думаете, что с вами будет в будущем?
- Вините ли вы себя в чем-нибудь?

При углубленном исследовании состояния ***тревоги*** больного спрашивают о соматических симптомах и о мыслях, сопровождающих данный аффект:

- Замечаете ли вы какие-либо изменения в своем организме, когда ощущаете тревогу?

Затем переходят к рассмотрению специфических моментов, осведомляясь об учащенном сердцебиении, сухости во рту, потливости, дрожи и других признаках активности вегетативной нервной системы и мышечного напряжения. Чтобы выявить наличие тревожных мыслей, рекомендуется спросить:

- Что приходит вам на ум, когда вы испытываете тревогу?

Вероятные ответы связаны с мыслями о возможном обмороке, потере контроля над собой и о надвигающемся сумасшествии. Многие из этих вопросов неизбежно совпадают с задаваемыми при сборе сведений для истории болезни.

Вопросы о ***приподнятом настроении*** соотносятся с задаваемыми при депрессии; так, за общим вопросом («Как настроение?») следуют при необходимости соответствующие прямые вопросы, например:

- Чувствуете ли вы необычайную бодрость?

Приподнятое настроение часто сопровождается мыслями, отражающими чрезмерную самоуверенность, завышенную оценку своих способностей и сумасбродные планы.

Наряду с оценкой доминирующего настроения врач должен выяснить, ***как изменяется настроение*** и соответствует ли оно ситуации. При резких сменах настроения говорят, что оно лабильно. Необходимо также отмечать любое стойкое отсутствие эмоциональных реакций, обычно обозначаемое как притупление или уплощение эмоций. У психически здорового человека настроение изменяется в соответствии с основными обсуждаемыми темами; он выглядит грустным, говоря о печальных событиях, проявляет гнев, рассказывая о том, что его рассердило, и т.д. Если настроение не совпадает с ситуацией (например, больной хихикает, описывая смерть своей матери), оно отмечается как неадекватное. Этот симптом часто диагностируют без достаточных оснований, поэтому необходимо записать в истории болезни характерные примеры. Более близкое знакомство с больным может в дальнейшем подсказать другое объяснение его поведению; например, улыбка при разговоре о грустных событиях может оказаться следствием смущения.

Состояние эмоциональной сферы определяется и оценивается в процессе всего обследования. При исследовании сферы мышления, памяти, интеллекта, восприятия фиксируется характер эмоционального фона, волевых реакций больного. Оценивается особенность эмоционального отношения больного к родственникам, сослуживцам, соседям по палате, медицинскому персоналу, собственному состоянию. При этом важно учитывать не только самоотчет больного, но и данные объективного наблюдения за психомоторной активностью, мимикой и пантомимикой, за показателями тонуса и направленности

вегетативно-обменных процессов. Следует опросить больного и наблюдавших за ним о продолжительности и качестве сна, аппетита (снижен при депрессии и повышен при мании), физиологических отправлениях (запоры при депрессии). При осмотре обратить внимание на величину зрачков (расширены при депрессии), на влажность кожи и слизистых (сухость при депрессии), измерить артериальное давление и сосчитать пульс (повышение АД и учащение пульса при эмоциональном напряжении), выяснить самооценку больного (переоценка при маниакальном состоянии и самоуничижение при депрессии).

### **Депрессивные симптомы**

**Подавленное настроение (гипотимия).** Пациенты испытывают чувства печали, уныния, безнадежности, обескураженности, чувствуют себя несчастными; тревога, напряженность или раздражительность также должны оцениваться как дисфорическое настроение. Оценка производится безотносительно длительности настроения.

- Испытывали ли Вы напряженность (тревогу, раздражительность)?
- Как долго это длилось?
- Испытывали ли Вы периоды подавленности, грусти, безнадежности?
- Знакомо ли Вам состояние, когда Вас ничто не радует, когда Вам все безразлично?

**Психомоторная заторможенность.** Пациент ощущает заторможенность и испытывает затруднения в движениях. Должны быть заметны объективные признаки заторможенности, например, замедленная речь, паузы между словами.

- Ощущаете ли Вы заторможенность?

**Ухудшение когнитивных способностей.** Пациенты жалуются на ухудшение способности концентрировать внимание и вообще ухудшение мыслительных способностей. Например, беспомощность при обдумывании, неспособность к принятию решения. Нарушения мышления в большей степени субъективны и отличаются от таких грубых расстройств, как разорванность или бессвязность мышления.

- Испытываете ли Вы какие-либо проблемы при обдумывании; принятии решений; выполняя арифметические действия в быту; при необходимости сконцентрироваться на чем-то?

**Потеря интереса и/или стремления к удовольствиям.** Пациенты утрачивают заинтересованность, потребность в получении удовольствия в различных сферах жизни, снижается половое влечение.

Не замечаете ли Вы изменений в Вашем интересе к окружающему?

- Что обычно доставляет Вам удовольствие?
- Радует ли Вас это сейчас?

**Идеи малоценности (самоуничижения), виновности.** Больные уничижительно оценивают свою личность и способности, умаляя или отрицая все положительное, говорят о чувстве вины и высказывают необоснованные идеи виновности.

- Нет ли у Вас чувства недовольства собой в последнее время?
- С чем это связано?
- Что в Вашей жизни можно расценить как Ваше личное достижение?
- Не испытываете ли Вы чувства виновности?
- Не могли бы Вы рассказать, в чем Вы себя обвиняете?

**Мысли о смерти, суициде.** Почти все депрессивные больные часто возвращаются к мыслям о смерти или самоубийстве. Обычны высказывания о желании уйти в забытие, чтобы это случилось внезапно, без участия больного, «заснуть и не проснуться». Характерно обдумывание способов самоубийства. Но иногда больные склонны к конкретным суицидальным действиям.

Большое значение имеет так называемый «антисуицидальный барьер», одно или несколько обстоятельств, удерживающих больного от суицида. Выявление и укрепление этого барьера является одним из немногих способов предотвращения суицида.

- Нет ли ощущения безнадежности, жизненного тупика?

- Не бывало ли у Вас ощущения, что Ваша жизнь не стоит того, чтобы ее продолжать?
- Приходят ли в голову мысли о смерти?
- Появлялось ли у Вас желание лишиться жизни?
- Обдумывали ли Вы конкретные способы самоубийства?
- Что Вас удерживало от этого?
- Были ли попытки сделать это?
- Могли бы Вы рассказать об этом подробнее?

**Снижение аппетита и / или веса.** Депрессия, как правило, сопровождается изменением, чаще снижением, аппетита и массы тела. Повышение аппетита встречается при некоторых атипичных депрессиях, в частности, при сезонном аффективном расстройстве (зимней депрессии).

- Изменился ли Ваш аппетит?
- Не похудели / пополнили ли Вы в последнее время?

**Бессонница или повышенная сонливость.** Среди нарушений ночного сна принято выделять бессонницу периода засыпания, бессонницу середины ночи (частые пробуждения, поверхностный сон) и преждевременные пробуждения с 2 до 5 часов.

Нарушения засыпания более характерны для бессонницы невротического генеза, ранние преждевременные пробуждения чаще встречаются при эндогенных депрессиях с отчетливым тоскливым и / или тревожным компонентами.

- Есть ли у Вас проблемы со сном?
- Легко ли Вы засыпаете?
- Если нет, что мешает Вам заснуть?
- Бывают ли беспричинные пробуждения среди ночи?
- Беспокоят ли Вас тяжелые сновидения?
- Не бывает ли преждевременных предутренних пробуждений? (Вам удается снова заснуть?)
- В каком настроении Вы просыпаетесь?

**Суточные колебания настроения.** Уточнение ритмических особенностей настроения больных представляет собой важный дифференциальный признак эндо- и экзогенности депрессии. Наиболее типичным эндогенным ритмом является постепенное уменьшение тоски либо тревоги, особенно выраженной в утренние часы в течение дня.

- Какое время суток является наиболее тяжелым для Вас?
- Вы чувствуете себя тяжелее утром или вечером?

**Снижение эмоционального реагирования** проявляется бедностью мимики, диапазона чувств, монотонностью голоса. Основанием для оценки являются двигательные проявления и эмоциональный ответ, регистрируемые в ходе расспроса. Следует учитывать, что оценка некоторых симптомов может быть искажена приемом психотропных средств.

**Однообразное выражение лица**

- Мимическая экспрессия может быть неполной.
- Выражение лица пациента не меняется либо мимический ответ меньше ожидаемого в соответствии с эмоциональным содержанием беседы.
- Мимика застывшая, безучастная, реакция на обращение вялая.

**Уменьшение спонтанности движений**

- Пациент выглядит очень скованным во время беседы.
- Движения замедлены.
- Больной сидит неподвижно в течение всей беседы.

**Недостаточная жестикаляция или ее отсутствие**

- Больной обнаруживает некоторое уменьшение выразительности жестов.
- Больной не использует для выражения своих идей и чувств движения руками, наклоны вперед при сообщении чего-то доверительного и т.д.

**Отсутствие эмоционального ответа**

- Недостаточность эмоционального резонанса может быть проверена улыбкой или шуткой, которая обычно вызывает ответную улыбку или смех.
- Больной может пропускать некоторые из таких стимулов.
- Больной не реагирует на шутку, как бы его ни провоцировали.

#### *Монотонность голоса*

- Во время беседы больной обнаруживает легкое снижение голосовой модуляции.
- В речи пациента слова мало выделяются высотой или силой тона.
- Больной не меняет тембр или громкость голоса при обсуждении сугубо личных тем, способных вызвать возмущение. Речь больного постоянно монотонна.

**Анергия.** Этот симптом включает чувство потери энергии, быструю утомляемость или чувство беспричинной усталости. Расспрашивая об этих нарушениях, следует их сравнивать с обычным уровнем активности пациента:

- Не испытываете ли Вы большей, чем обычно, усталости, выполняя обычные дела?
- Приходится ли чувствовать физическое и/или душевное истощение?

### **Тревожные расстройства**

**Панические расстройства.** К ним относятся неожиданные и беспричинные приступы тревоги. Такие соматовегетативные симптомы тревоги, как тахикардия, одышка, потливость, тошнота или дискомфорт в области живота, боль или неприятное ощущение в груди, могут быть более выражены, чем психические проявления: деперсонализация (дереализация), страх смерти, парестезии.

- Приходилось ли Вам испытывать внезапные приступы паники или страха, при которых Вам было очень тяжело физически?
- Как долго они продолжались?
- Какие неприятные ощущения их сопровождали?
- Не сопровождалась ли эти приступы страхом смерти?

### **Маниакальные состояния**

**Маниакальные симптомы.** Повышенное настроение. Состояние больных характеризуется чрезмерной веселостью, оптимистичностью, иногда раздражительностью, не связанной с алкогольной или иной интоксикацией. Пациенты редко расценивают повышенное настроение как проявление болезни. В то же время диагностика актуального маниакального состояния не вызывает особых трудностей, поэтому расспрашивать приходится чаще о перенесенных в прошлом маниакальных эпизодах.

- Приходилось ли Вам ощущать особую приподнятость настроения в какой-то период Вашей жизни?
- Существенно ли он отличался от Вашей нормы поведения?
- Были ли у Ваших родственников, друзей основания думать, что Ваше состояние выходит за рамки просто хорошего настроения?
- Испытывали ли Вы раздражительность?
- Как долго это состояние длилось?

**Гиперактивность.** Пациенты обнаруживают повышенную активность в работе, семейных делах, сексуальной сфере, в построении планов и проектов.

- Верно ли, что Вы (были тогда) активны и заняты больше, чем обычно?
- Как насчет работы, общения с друзьями?
- Насколько Вы увлечены сейчас Вашим хобби или другими интересами?
- Можете (могли) ли Вы сидеть спокойно или Вам хочется (хотелось) все время двигаться?

**Ускорение мышления / скачка идей.** Больные могут испытывать отчетливое ускорение мыслей, заметить, что мысли опережают речь.

- Замечаете ли Вы легкость возникновения мыслей, ассоциаций?
- Можно сказать, что Ваша голова полна идей?

**Повышенная самооценка.** Оценка достоинств, связей, влияния на людей и события, силы и знаний отчетливо повышена по сравнению с обычным уровнем.

- Чувствуете ли Вы большую уверенность в себе, чем обычно?
- Есть ли у Вас какие-то особые планы?
- Ощущаете ли Вы в себе какие-то особые способности или новые возможности?
- Не кажется ли Вам, что Вы особая личность?

**Снижение продолжительности сна.** При оценке нужно учитывать средний показатель за несколько последних суток.

- Вам требуется меньше часов для сна, чтобы чувствовать себя отдохнувшим, чем обычно?
- Сколько часов на сон Вам хватает обычно и сколько теперь?

**Сверхотвлекаемость.** Внимание пациента очень легко переключается на незначимые или не относящиеся к теме разговора внешние раздражители.

- Замечаете ли Вы, что окружающее отвлекает Вас от основной темы разговора?

### ***Критика в отношении заболевания***

При оценке осознания больным своего психического состояния необходимо помнить о сложности этого понятия. К концу обследования психического статуса врач должен составить предварительное мнение о том, в какой степени пациент осознает болезненную природу своих переживаний. Затем следует задать прямые вопросы для того, чтобы глубже оценить это осознание. Указанные вопросы касаются мнения больного о природе его отдельных симптомов; например, полагает ли он, что его гипертрофированное чувство вины оправданно, или нет. Врач также должен выяснить, считает ли пациент себя больным (а не, скажем, преследуемым своими врагами); если да, то связывает ли он свое нездоровье с физическим или с психическим заболеванием; находит ли он, что нуждается в лечении. Ответы на эти вопросы важны еще и потому, что они, в частности, определяют, насколько больной склонен принимать участие в процессе лечения. Запись, которая лишь фиксирует наличие или отсутствие соответствующего явления («имеется осознание психического заболевания» или «нет осознания психического заболевания»), не представляет большой ценности.