

## Курация больных с психическими расстройствами.

### Схема составления истории болезни.

#### Оформление титульного листа.

Волгоградский Государственный Медицинский Университет	
Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии.	
Заведующий кафедрой, к.м.н.	
Замятина И.И.	
История болезни	
Куратор студент _____ курса	
_____ факультета	
(Ф.И.О.)	
Преподаватель _____ (должность)	
_____ (Ф.И.О.)	

#### Схема истории болезни

##### I. Общие сведения

1. Фамилия, имя, отчество (в целях анонимности пациента рекомендуется сокращать фамилию; допустимо также использовать псевдоним)
2. Год рождения, возраст
3. Образование
4. Семейное положение
5. Профессия, место работы и должность
6. Дата поступления в больницу

##### II. Причина направления в больницу

- \* суицидальные мысли или суицидальные попытки
- \* агрессивность
- \* отказ от пищи по болезненным мотивам
- \* неадекватное поведение
- \* психофизическая беспомощность с утратой навыков к самообслуживанию
- \* судебно-психиатрическая, трудовая, военная экспертиза
- \* судорожные и бессудорожные припадки с расстройством сознания
- \* психические расстройства, не поддающиеся амбулаторному лечению

##### III. Жалобы больного в отношении состояния своего здоровья:

- \* на момент курации
- \* при поступлении больницу

Жалобы больного должны изучаться подробно, с деталями. Например, недостаточно отметить, что больного беспокоят "голоса". Следует уточнить характер "голосов", время их появления, локализацию, наличие элемента сделанности и т.д. При описании жалоб, необходимо их излагать, как говорит больной, не квалифицируя их, — например, надо отметить, что больной жалуется на "женские голоса, звучащие в левой части головы, которые приказывают сделать то-то и то-то", не используя специальную терминологию (т.е. без выражений типа "больной жалуется на императивные псевдогаллюцинации").

**IV. Анамнез:** (в психиатрии условно разделяется на объективный и субъективный анамнез)

- \* история жизни
- \* история данного заболевания (катамнез)

В начале курации необходимо ознакомиться с объективными сведениями о больных из истории болезни стационара и амбулаторной карты, затем приступить к сбору субъективного анамнеза со слов больного.

**История жизни.** Сбор сведений проводится по возрастным периодам жизни, начиная с семейного анамнеза и рождения пациента, в дальнейшем по мере его развития. Интересуются характерологическими чертами близких родственников. Выявляют заболеваемость в роду психическими заболеваниями (деликатно), нервными, соматическими, случаи суицидов. Выясняют состояние здоровья, болезни, травмы матери больного во время беременности, как протекали у нее роды. Фиксируются во времени моменты, когда курируемый стал держать головку, сидеть, стоять, ходить, говорить первые слова, фразы. Выявляют особенности темперамента ребенка по игровой деятельности. Описывают развитие и поведение в детском саду, дома, взаимоотношения с братьями и сестрами. Указывают возраст поступления в школу, если оно задержалось, то указать причину. Школьная успеваемость как общая, так и по конкретным предметам (точным наукам, гуманитарным), любимые и нелюбимые предметы, дублировал ли классы и по какой причине. Описывают учебную и трудовую деятельность ребенка, подростка, соответствие их возрасту. Указывают число законченных классов. Если обучение закончилось преждевременно, уточняют причину (материальные затруднения, трудности усвоения). Дальнейшее образование (училище, техникум, ВУЗ).

Описывается возраст вступления в брак, юридически оформленный или гражданский. Отражаются основные особенности отношения больного с брачным партнером, их длительность, причины разрыва брачных отношений (физические, материальные, психологические, культурные, сексуальные факторы). Выясняется число детей и отношение к ним больного. Следует расспросить мужчину о сроке призыва в армию, демобилизации, причинах задержки призыва и досрочной демобилизации, как переносил тяготы армейской службы, были ли поощрения или взыскания. Необходимо расспросить об успехе в приобретении специальности, отношение к ней (любимая, нелюбимая), особенностях трудовой деятельности на протяжении всей жизни, отношения в трудовых коллективах (хорошие, конфликтные), менял ли место работы и причины этого.

Описывают соматические заболевания, перенесенные в детском, юношеском, взрослом периоде жизни. Выясняют отношение к спиртному, табаку, наркотикам. Уточняют частоту, дозу мотивы потребляемого психоактивного вещества, как это потребление отражалось на физическом и психическом здоровье, лечился ли у наркологов. Уточняются конфликтные и другие психотравмирующие ситуации, возникавшие в течение всей жизни, реакцию на эти ситуации, обращение к помощи невропатолога и психиатра.

**История настоящего заболевания.** Описываются обстоятельства, предшествующие первому обращению к психиатру или первой госпитализации в психиатрическую больницу (психические травмы, контузии, соматические заболевания и др.). Выявляют начальные проявления психических расстройств и их связь с экзогенными вредностями (или же отсутствие таковых). Дальнейшее течение болезненных нарушений психики излагаются в сжатой форме по данным эпикризов, причины госпитализации в психиатрические больницы с указанием длительности стационарного лечения и периодов пребывания в домашних условиях до настоящей госпитализации. При этом отмечаются изменения социального статуса больного (снижение, рост, стабильность). Соматическое состояние. Приводится заключение терапевта из истории болезни стационара. Неврологическое состояние. Приводится заключение невролога из истории болезни стационара.

## **V. Психический статус.**

Это наиболее важная, центральная часть истории болезни. Расспрос является ведущим приемом психиатрического исследования. Расспрос неотделим от наблюдения. Расспрашивая больного, мы наблюдаем и задаем возникшие в связи с этим вопросы. Для диагностики заболевания, установления всех его особенностей необходимо внимательно следить за поведением больного; выражением его лица, интонацией голоса, улавливать его малейшие изменения, отмечать все движения больного. Психические нарушения в том или ином, часто едва заметном, виде сказываются на внешнем облике больных, в их поведении. Например, больной отрицает наличие голосов, но к чему-то прислушивается или временами закрывает уши руками, или временами начинает говорить в пустое пространство и т.д. Исследование (написание) психического статуса ведется путем последовательного изучения психических сфер у больного. Если в настоящее время у больного нарушение какой-либо психической сферы не отмечается, то следует поинтересоваться, не было ли нарушений ранее; такие анамнестические данные должны также подробно описываться, как и те, которые имеются у больного сейчас. Многолетний опыт преподавания психиатрии свидетельствует о наибольшей целесообразности следующей схемы исследования психического статуса:

- 1. Сознание*
- 2. Восприятие*
- 3. Внимание*
- 4. Память*
- 5. Мышление*
- 6. Интеллект*
- 7. Эмоции*
- 8. Двигательно-волевая сфера*
- 9. Поведение.*

В конце каждого отдела оценивают его состояние. Например, "память в пределах нормы", "эмоции без отклонения от нормы».

**1. Сознание.** Его состояние у больного оценивается куратором путем изучения признаков Ясперса, (наличие всех их говорит о нарушении сознания).

**2. Восприятие.** Выявляются жалобы на расстройства ощущений, восприятия, представлений в настоящее время и при поступлении в больницу (иллюзии, галлюцинации, сенестопатии, психосенсорные расстройства и т.д.). Здесь же отмечаются состояния "уже виденного" и "никогда не виденного". Иногда о наличии галлюцинаций можно судить по поведению больного, когда он, например, начинает прислушиваться к

"голосам" (в этот момент лучше спросить, "не слышит ли он какие-то голоса", "а что говорят ему сейчас голоса").

**3. Внимание.** Спрашивают больного, является ли он внимательным или отвлекаемым, может ли работать (читать) в шумной обстановке, в тесноте. В беседе отмечается устойчивость внимания, направленность, сосредоточенность в беседе, активность, степень отвлекаемости, переключаемость. Описывают выявленные симптомы (патологическая прикованность, истощаемость, рассеянность, тугоподвижность внимания).

**4. Память.** Интересуются у больного состоянием памяти, преимущественным типом памяти (механическая память, смысловая, зрительная, слуховая, моторная). Собирая анамнез у больного, сравнивают объем, точность, готовность, быстроту, с которой он описывает историю жизни (долговременная память), обстоятельства настоящей госпитализации (кратковременная память), текущих событий дня (способность к фиксации).

**5. Мышление** человека выражается через речь. Речь, прежде всего, должна быть средством общения и поэтому понятной. Описывается речь по форме: темп, стройность (связаны ли слова грамматически, логичны ли суждения по смыслу, последовательны ли умозаключения), целенаправленности (по существу ли задаваемых вопросов отвечает больной, насколько реальны у него идеи, что для больного актуально, какая тема его больше занимает). Делается вывод о формальных нарушениях мышления, и называются соответствующие симптомы. Затем описывается содержательная сторона речи. Речь в норме должна отражать реальные актуальные для больного события с учетом возраста и интересов. Внимание куратора обращается на необычные, нереальные суждения и умозаключения или же на идеи, которыми больной чрезвычайно охвачен. Отмечается отношение больного к своим высказываниям, насколько он убежден в правоте своих слов, как он обосновывает свои идеи, сохранена ли при этом критичность мышления. Делается вывод о продуктивных расстройствах мышления (навязчивые, сверхценные, бредовые идеи, неологизмы).

**6. Интеллект.** В норме уровень интеллекта зависит от возраста, полученного образования, в каких условиях воспитывался. При оценке уровня и развития интеллекта следует учитывать анамнестические сведения: время, когда начал держать голову, сидеть, ходить, говорить, выполнять простые действия по самообслуживанию, не учился ли во вспомогательной школе. Какой была успеваемость в школе, по каким предметам особенно успевал. Интеллектуальный уровень больного с высшим образованием часто становится ясным уже после сбора анамнеза. В своем рассказе больной употребляет общие и профессиональные понятия, высказывает суждения, умозаключения. Следует отмечать, как больной понимает вопросы куратора, сразу или после повторения, точно или неточно. Выявляют запас общежитейских знаний в соответствии с родом занятий больного, сельский ли он житель или городской. Определяют уровень осведомленности испытуемого в бытовых вопросах, умение решать практические задачи. Выясняют запас школьных и профессиональных знаний и навыков в пределах полученного образования, способен ли пациент понятно объяснить профессиональную терминологию и в чем суть его специальности. Уточняют круг его интеллектуальных интересов. О снижении интеллекта свидетельствует значительная утрата ранее приобретенных теоретических знаний и практических навыков, что приводит к снижению социального и профессионального уровня.

**7. Эмоции.** Определенные сведения дают ответы пациента на вопросы о том, какое у него сейчас настроение, каким оно преимущественно бывает за последнее время, как оно колеблется, долго ли помнят обиду, как реагируют на нее. Если больные отмечают понижение настроения, осторожно выявляют суицидальные мысли. Задают вопросы: "Не бывает ли у Вас такое отвратительное настроение, что и жить не охота" или "бывают ли нехорошие мысли что-то сделать с собой?". При описании настроения обращается внимание на общее выражение лица, позу. Отмечается его преобладающий фон,

устойчивость, причинная обусловленность того или иного настроения. Эмоциональное отношение больного к различным объектам действительности (к родным, близким, сослуживцам, к работе, обслуживающему персоналу, к себе) выясняется путем расспроса о том, какие чувства он испытывает по отношению к этому, а также, наблюдая за выражением лица больного при его рассказе на соответствующие темы (при этом указывается на выражение радости, горя, печали, страха, доброты, злобы и т.д.). В ходе клинического исследования эмоциональной сферы больного следует выявить такие симптомы: гипотимия, депрессия, гипертимия, эйфория, слабодушие, реактивная лабильность, дисфория, эмоциональная монотонность, уплощенность, апатия, тревога и др.

**8. Двигательно-волевая сфера.** В беседе выявляют волевые качества больного. Спрашивают о его настойчивости, внушаемости, терпеливости. Обращают внимание на внешний вид: небрежность в причёске, одежде, косвенно говорят о снижении инициативы. Выясняют планы больного на будущее, соответствие этих планов реальным возможностям. Наблюдают за поведением во время беседы (малоподвижность, суетливость, непоседливость, естественность позы. Необходимо отразить как количественные, так и качественные аспекты психомоторики больного. Описываются любые проявления манерности (неестественности) движений, их не целенаправленности в виде подергиваний, стереотипии. Отмечают излишнюю жестикуляцию или наоборот – обедненность действий, их ригидность, стиль походки, координированность действий.

**9. Поведение.** В этом разделе психического статуса описывают поведение больного во время осмотра и вне ситуации курации. Отмечают манеру держаться в беседе со студентами, с лечащим врачом, мед. персоналом, другими больными (проявления высокомерия, грубости, лъстивости вежливости, культуры). Поведение наблюдают, когда приходят в отделение. Обращают внимание, что делает больной (одинок он или с кем-то беседует, если занят трудовыми процессами — как это делает, с охотой или вяло), читает ли книги, смотрит телевизор.

Психический статус больного следует писать по следующей схеме: вначале приводятся описания каких-либо симптомов, а затем дается квалификация их, определение. Например, "больной слышит женский голос, комментирующий его мысли, поступки, иногда приказывающий больному совершать какие-либо действия (вербальные комментирующие и императивные галлюцинации)". Или "больной жалуется, что каждый раз, когда остается в квартире один, то чувствует сильный страх, что с ним что-то произойдет, остановится сердце, никто не сможет ему помочь, вызвать скорую помощь; понимает необоснованность своих страхов, но побороть их не может (навязчивые страхи — кардиофобия)".

Примеры психического статуса пациента:

*Сознание не помрачено, ориентирована всесторонне верно. Контактна, многословна. Во время беседы голос громкий, осипший, на вопросы отвечает в плане заданного, но легко отвлекаема, перескакивает с одной темы на другую. Предъявляет массу жалоб соматического, церебрастенического характера, на неустойчивость настроения, бессонницу. Обманов восприятия не обнаруживает. Мышление ускоренное по темпу, с тенденцией к обстоятельности, соскальзываниям, непоследовательностью в суждениях. Сообщает, что владеет несколькими иностранными языками (турецкий, немецкий, итальянский, английский), намерена развивать собственный бизнес, «везти арбузы из Быково в Тольятти». Эмоционально неустойчива, с преимущественными реакциями раздражения, недовольства, гневливости. Склонна к перепадам настроения. Суицидальных и агрессивных тенденций на момент осмотра не обнаруживает. Критика к собственному состоянию частично сохранена. Настроена на лечение.*

*Внешне опрятна, ухожена, на беседу пришла, принесла с собой тетрадь с собственными записями и чистый носовой платок. Сознание ясное, ориентировка всесторонне верная, контакту доступна. Выражение лица тревожное. При вопросе о времени и обстоятельствах начала заболевания схватилась за сердце: «не хочу сковыривать! не хочу о плохом говорить!», после чего заплакала. Активно жалуется на беспокойство, подавленность, отсутствие интереса к каким-либо увлечениям и удовольствиям:*

*«хочется чтобы были какие-то желания». Крайне ипохондрична, предъявляет множество соматических жалоб – на учащенное сердцебиение, одышку, боли в желудке и кишечнике, а также жалуется на наличие побочных эффектов от принимаемых препаратов. Некоторые болезненные ощущения отчетливо связывает с временем суток: усиливаются около полудня и исчезают после 16:00. Обманов восприятия не обнаруживает. Память без нарушений. Внимание избирательно, периодически пропускала вопросы врача, погружаясь в монолог. Фиксирована на собственных переживаниях. Эмоционально лабильна. Суицидальных, агрессивных тенденций не обнаруживает.*

*Сознание не помрачено, ориентирован всесторонне верно. Контакт продуктивный, на вопросы отвечает в плане заданного. Внешний вид беспокойный, мимика и жесты выражают тревогу. Жалуется на тревожность, подавленность, бессонницу, повышение артериального давления, сопровождающееся головными болями, неприятными ощущениями за грудиной, «сердце ноет». Фон настроения снижен, эмоции неустойчивы. Мышление по логическим связям, замедлено по темпу. Память, внимание снижены. Активной психопродукции, агрессивных, суицидальных тенденций не выявляет. Своим состоянием тягостится, ищет помощи.*

*Контакту доступен, в месте, времени, собственной личности ориентирован верно полностью. Жалоб активно не предъявляет. Фон настроения ровный, эмоции лабильны. Мышление по логическим связям, последовательное, замедлено по темпу. Суждения поверхностны, незрелы. Интеллект невысокий, запас школьных знаний недостаточен, ориентирован на примитивно-бытовом уровне. Память ослаблена. Внимание неустойчиво, истошаемо. Активной психопродукции не выявляет. Агрессивных, суицидальных тенденций нет.*

**VI. Постановка синдромального диагноза** является логическим завершением академической истории болезни. Опираясь на ваши знания об этиологии, патогенезе и клинической картине психических расстройств, после написания психического статуса пациента необходимо анализировать полученные вами данные. Обращают внимание на дебют заболевания, предшествовавшие ему обстоятельства (в том числе наследственную отягощенность по психическим расстройствам), его течение и результаты терапии (если она имела место быть), личностные особенности пациента. В клинике расстройства стоит выделять, во-первых, главные жалобы пациента, а, во-вторых, ведущий симптом согласно данным объективного исследования. Суммируя ведущие симптомы и используя ваши познания в общей психопатологии, выделите ведущий синдром. Помните, что одно и то же нарушение может встречаться в разных синдромах, поэтому классифицировать его необходимо как можно точнее (например, вместо «нарушение эмоций» следует охарактеризовать как именно изменилась эмоциональная сфера пациента и т.п.). Затем, учитывая всю полученную информацию, выставляется непосредственно диагноз. При этом указывается не только название заболевания, но и сопутствующая информация о текущем состоянии пациента. В конце диагноза необходимо написать синдром, если расстройство подразумевает их разнообразие (в случае аффективного расстройства указывается характер текущего аффективного эпизода).

Примеры диагнозов:

*Шизофрения параноидная, непрерывный тип течения, параноидный синдром на фоне выраженного дефекта комбинированного типа.*

*Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий депрессивный эпизод средней тяжести.*

*Шизоаффективное расстройство, приступообразный тип течения, смешанный (биполярный) аффективный тип, смешанный аффективный синдром.*

*Биполярное аффективное расстройство, текущий смешанный эпизод у психопатизированной личности.*