СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

I. **Общие сведения:**

Фамилия, имя, отчество, возраст, семейное положение, образование. Профессия, занятие, домашний адрес, инвалидность. Дата начала курации. Дата поступления в клинику: первичное, повторное. Дата окончания курации.

II. **ЖАЛОБЫ**

(во время курации физическое состояние) головные боли, голово­кружения, тошнота, рвота, обмороки.

III. **АНАМНЕЗ**

(со слов больного - субъективный или со слов родных - объективный)

*Анамнез рода:* сведения о здоровье родителей и родственников. Не страдали ли родители или другие члены семьи психическими заболеваниями, алкоголизмом, наркоманией, судорожными припадками, сифилисом, эндокринными заболеваниями, злокачественными новообразованиями, сосудистыми заболеваниями. Наличие в семье людей со странностями. Характер родителей. Не было ли в семье случаев самоубийства, причины смерти родителей.

*Анамнез жизни:* Особенности протекания беременности у матери. Роды и их особенности. Как шло физическое и психическое развитие больного с раннего детства, когда начал ходить, говорить. Перенесенные в детстве болезни, не было ли невротических проявлений, судорожных реакций, ночных страхов, снохождения, позднего недержания мочи.

Школьный период - возраст начала обучения в школе, какова была успеваемость по различным предметам, дисциплина. Отношение к педагогам, товарищам. Каков был по характеру в это время - общительный, замкнутый, добрый, эгоистичный, вспыльчивый, раздражительный. Любые занятия, хобби. Взаимоот­ношения в семье. Труд и бытовые условия. Когда начал самостоятельно работать. Сколько имел профессий и какие именно. Причины перемены профессий и места работы. Заработок. Отношение к труду. Участие в общественной жизни. Использование досуга. Особые интересы, конфликты на производстве и в быту. Военная служба. Условия прохождения, отношение к дисциплине, продвижение по службе, поощрения, взыскания. Участие в Великой Отечественной войне. Отношения к воинской обязанности (военнообязанный, снят с военного учета, по какой статье). Период полового развития. Время появления менструации, изменение характера, взаимоотношения с окружающими. Начало половой жизни. Когда вступил в брак (первый, повторный) удовлетворен ли семейной жизнью. Сколько было беременностей (у жены), их протекание. Не было ли произвольных абортов и мертворождений. Количество детей. Смертность детей и их причины. Специально для больных женщин: когда появились менструации; как они протекают или протекали. Когда появились перебои в менструальном цикле. Время протекания месячных. Психическое состояние во время этого периода Перенесенные болезни и вредные привычки. Инфекционные заболевания, болезни внутренних органов. Гинекологические заболевания. Венерические болезни. Переносил ли психические травмы, их характер — острые, длительно воздействующие. Ранения, физические травмы, закрытые травмы черепа, была ли при закрытых травмах черепа, потеря сознания Злоупотребление алкоголем и другими наркотиками (характер, длительность, количество, отношение и реакция).Тип нервной высшей деятельности. Характер. Общая оценка уравновешенности и подвижности нервных процессов до начала психического заболевания: преодоление препятствий, инициативность, настойчивость в достижении цели, устойчивость, выносливость, сдержанность, терпеливость, дисциплинированность, быстрый или медлительный, приспособленность к новым условиям, соотноше­ние эмоциональных реакций и рассудочной деятельности; тревож­ность, мнительность, плаксивость, суетливость, боязливость, внушаемость, утомляемость.

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Начало заболевания: острое или постепенное, дальнейшее развитие болезни. Заболел впервые или повторно, если повторно, то когда имело место в прошлом заболевание, сколько времени продол­жалось, где и когда лечился, какой был установлен диагноз, выздо­ровел или переведен на инвалидность. Данные врачебно-трудовой, военно-врачебной экспертизы. Находился ли на учете в психоневро­логическом диспансере и по какому поводу. Какие причины по мне­нию больного или его близких вызвали настоящее заболевание. Ка­кие вредности (инфекции, интоксикации, соматические заболевания, физические и психические травмы) непосредственно предшествовали настоящему заболеванию. Первые признаки настоящего заболевания:

изменение работоспособности и характера, поведения и нарушения сна, аппетита, настроения Последовательность развития психотиче­ских симптомов. Чем непосредственно вызвано данное стационирование в клинику. Течение болезни в клинике до начала, курирования и проведенное лечение.

Клиническое психиатрическое исследование больных осущест­вляется путем расспроса больных, собирания субъективного (от больного) и объективного (от родственников, знакомых) анамнеза и наблюдения. Расспрос является основным приемом психиатрического исследования. При исследовании пало беседовать просто и естественно, при таком характере собеседования выясняются психические отклонения. При сообщении больным о том или ином расстройстве необходимо просить привести соответствующий пример, подробно описать все проявления, вес обстоятельства наступления того или иного нарушения. Расспрос неотделим от наблюдения, необходимо внимательно следить за поведением больного, выражением его липа, интонацией голоса, улавливая его малейшие изменения, все движения больного. Психические нарушения в том или ином, часто едва заметном виде, сказываются во внешнем облике больных, в их поступках. Для распознавания болезни, помимо точного определения настоящего состояния, необходимо установление характера предшествующих изменении, т. е. знание анамнеза болезни и жизни. Собирание субъективного анамнеза неотделимо от расспроса. При собирании субъективного анамнеза всегда имеются в виду особенности освещения его больным, что зачастую характеризует не только анамнез, но и данное психическое состояние больного, его психический статус. В истории болезни, данные психические статуса и субъективного анамнеза для удобства изложения заносятся отдельно. Объективный анамнез собирается у близких родственников, знакомых, сослуживцев, соседей, лиц хорошо знающих больного. Дополнительным материалом психиатрического исследования служат самоописание больным своей болезни, письма, рисунки и другие виды творчества больных, а также данные, получаемые средним и младшим медицинским персоналом (по журналу наблюдения). Наряду с психическими исследованием обязательно проводится неврологическое исследование, Это необходимо потому, потому что, ряд психических болезней возникает в результате грубоорганического поражения головного мозга, а многие психические болезни сопровождаются разными неврологическими расстройствами, не менее обязательно обще соматическое, лабораторное исследования. Иногда требуется дополнительно обзорный снимок черепа, пневмоэнцефалография, электроэнцефалография. Проводится психологическое исследование, дачей которого является установление характера изменения отдельных процессов психической деятельности. Полученные в результате психиатрического, в том числе и экспериментально - психологического исследования, данные излагаются психическом статусе, причем необходимо дать описание всех проявлений психического расстройства, имеющегося у данного конкретного больного со всеми присущими ему особенностями. Не следует излагать статус в виде психиатрических терминов, надо провести подробное описание психических нарушений так, как они обнаруживаются у больного.

Психический статус: 1. Внешний вид

2. Сознание.

З.Восприятие.

4. Память и интеллект.

5. Эмоции воля.

6. Критика.

При описании: Манера держаться. Особенности позы, мимика, жесты. Тональность голоса — громкость, приглушенность, шепотная, речь. Аккурат­ность, неряшливость, особенности одежды (причудливость, украше­ния). Доступность контакту. Характер контакта — проявляет ли при этом инициативу, вежливость, корректен, фамильярен, замкнут, фор­мален. Внимание (активное, пассивное), повышенная истощаем ость внимания, отвлекаем ость, недостаточная способность к переключе­нию. Основные спонтанные жалобы больного, их стойкость, обилие, отношение к ним

Ориентировка в собственной личности (аутопсихическая), времени, месте, лицах, окружающей обстановке (аллопсихическая) Сознание ясное или помраченное: делириозное, онейроидное, аментивное, сумеречное).

Точность восприятия, нарушение восприятия. Иллюзии (аффектив­ные, парейдолические). Галлюцинации, псевдогаллюцинации, их ха­рактер, содержание, степень выраженности, постоянство или эпизодичность, влияние на поведение. Психосенсорные расстройства (нарушение схемы тела, деперсонализация и дереализация).

*Память.* Тип памяти. Способность к запоминанию. Удержание событий. Воспроизведение прошлого. Амнезии: антероградная, ретроградная, полная, ретардированная, фиксационная. Парамнезии (ошибки памяти): псевдореминисценции, конфабуляции и криптомнезии

Речевая продукция больного, грамматический и синтаксический строй речи. Запас представлений и понятий:

а) запас школьных знаний

б) общежитейские знания

в) уровень профессиональных сведений и знании

г) круг общих понятий

*Мышление и его расстройства*. Течение представлений и понятий (ассоциаций). Изменение темпа ассоциативной деятельности (замедление, ускорение, ментизм, «скачка идей»). Нарушение качества ассоциативной деятельности: уплощение ассоциаций, патологическая обстоятельность, «топтание па месте», резонерство, разорванность, «атактические замыкания», бессвязность, неологизмы, символы, шперрунги, щизофазия.

Исследование функций интеллекта. Синтез и анализ, умение опе­рировать своими знаниями. Комбинаторные способности (классифи­кация, выделение четвертого лишнего, рассказ по картинкам, арифметические действия и др). Способность к обобщению, выбору, оригинальность мышления. Способность к абстрагированию, пониманию переносного смысла (пословицы, поговорки, иноска­зания, басни). Образование суждений, умозаключений, умение сделать вывод. Критика к окружающему, самокритика, такт, этика, учение держать себя. Заключение о выявлении дефекта интеллекта: слабоумие, (деменция), лакунарное, глобарное. Малоумие (олигофрения), его степени. Псевдодеменция. Качественные нарушения мышления:

Навязчивые мысли: (форма, содержание, эмоциональная окраска, сочетание с другими навязчивыми проявлениями). Фобии. Ритуалы. Сверхценные идеи, содержание. Бредовые идеи, их содержание, структура (систематизированные отрывочные). Эмоциональная окраска бредовых идей, их влияние на поведение больного. Настроение (устойчивое, неустойчивое), раздражительное, тревож­ное, боязливое. Эйфория. Маниакальность. Депрессия, Слабодушие. Равнодушие. Безучастие, эмоциональная тупость. Эмоциональная неадекватность. Дисфория, Аффекты. Амбивалентность (двойствен­ность) чувств. Усиление и ослабление волевых побуждений. Абулия, ступор, мутизм. Гипобулия, заторможенность, скованность, пассивная под­чиняем ость, каталепсия, эхолалия, эхопраксия. Гипербулия, повы­шенная инициатива, двигательное беспокойство. Импульсивность, агрессивность, амбитендентность, стереотипии, негативизм (актив­ный, пассивный).

Творчество больных: письма, стихи, рассказы, рисунки, изделия, песни.

Расстройства влечений (пищевого, полового, самосохранения). Снижение влечения. Извращения влечений. Импульсивные влечения: дромомания, клептомания, пиромания. Взаимоотношения с окружающими, дисциплина, соблюдение режима в отделении. Отношение к лечению. Желания и стремления. Планы на будущее.

7. Данные дополнительных исследований (если есть)

9. Клинический диагноз:

А. Нозология

Б. Форма заболеваний.

В. Тип течения.

Г. Обострение \ ремиссия.

Д. Основной.

10. Обоснование диагноза.

А. Нозологии.

Б. Формы заболевания,

В Типа течения,

Г. Ремиссии

**Внимательно прочти до начала курации**

ПАМЯТКА

1. Необходимо быть вежливым с больными, независимо от их посе­дения ко всем следует обращаться на «Вы», называя их по имени и отчеству.

2. Не вступать с больными в разговоры и обсуждения, касающиеся их болезни, режиме и лечении, вопросов выписки, отношений с родственниками и другими лицами.

При необходимости дать конкретный ответ на вопросы больного — направлять его к лечащему, врачу, самостоятельно не решать этих вопросов и не давать никаких обещаний.

3. Не вести в присутствии больного разговоров на медицинские темы, особенно относящихся к его болезни.

4. Беседовать с больными в серьезном, не торопливом тоне. Не вы­шучивать высказывания больных, не смеяться над ними. Не всту­пать с больными в пререкания.

При обследовании больного нужно исходить из четкого плана  
беседы с ним, при отвлекаемости больных следует (не допуская  
резкости) направить разговор в нужную сторону.

Не обманывать больных. Воздерживаться от разговора о том, что  
может вызвать нежелательную реакцию. Не давать больным невы-­  
полнимых обещаний.

7. Следить, чтобы больной после обследования не оставался без над-­  
зора. Побеседовав с ним, передавать его дежурному санитару; Не  
уводить больных из отделения без ведома персонала. Не оставлять  
открытыми двери отделения.

8. Не оставлять ничего в отделении, а частности лезвий бритв, бу-­  
лавок и т. д.

9. Не выполнять без ведома врача, просьб больного: не передавать  
письма, вещи, не сообщать посетителям каких-либо сведений 6  
больном. Не передавать ничего больному.

**Схема описания психического состояния.**

**1. Состояние сознания:**

степень ясности сознания, аллопсихическая ориентировка (во времени, месте, окружающем); аутопсихическая ориентировка, наличие ясного сознания- оценка своего состояния, практическое отношение к своей болезни. Степень доступности, степень контакта с врачом, персоналом, окружающими. Отношение к беседе с врачом- активное стремление или пассивное, полное безразличие, формальное Стремление открыть или подчеркнуть болезненные симптомы. Расстройства сознания: оглушенность, помрачение сознания: сумеречное, сновидное, суженное.

**2. Психомоторная сфера:**

*Внешний вид:* выразительные движения - мимика, жестикуляция - адекватность их переживаний. Особенности поз, походки, вид движений.

*Выраженные расстройства в психомоторной сфере:* общее психомоторное возбуждение, отдельные гиперкинезы, тики, навязчивые движения. Общая замедленность, скованность, явления ступора.

*Речь:* темп и ритм речи, выразительность и сила голоса, модуляция, ясность произношения, артикуляция, фонация.

*Расстройства речи:* расстройства артикуляции, фонации, спотыкание в слогах, скандированная речь, заикания, явления сенсорной, моторной, амнестической афазии, парафазии, олигофазии. Оскудением словарного запаса, неологизмы, вычурность, витиеватость речи, аграмматизмы, склонность к вводным, лишним или дополнительным словам. Персеверативность речи.

1) алалия. 2) афазия. 3) дизартрия, 4) дислалия, 5) диспраксия, 6) нарушение пространственного синтеза, 7) дискалькулия.

**3. Эмоционально-волевая сфера:**

Преобладающее настроение (спокойное, серьезное, угрюмое, веселое, гневное, раздражительное и т.д.), лабильность и устойчивость настроения

*Расстройства:* патологически повышенное или подавленное, склонность к сменам настроения и т.д.. Спонтанное и реактивное возникновение смен настроения, их лабильность, частота и периодичность.

*Качественные особенности расстройств настроения*: преобладание тоскливости, вялости, заторможенности, злобности, гневливости.

*Возбудимость эмоций:* патологическое усиление эмоциональной возбудимости, повышенная истощаемость эмоционального тонуса, повышенная чувствительность, раздражительность, обидчивость, пугливость, плаксивость.

*Понижение эмоциональной возбудимости:* вялость, эмоциональная холодность. Патологическая длительность переживаний, способность к их подавлению. Сверхценные образования, быстрота отреагирования эмоций. Способность к переключению. Наклонность к быстро переходящим вспышкам настроения или длительным вспышкам эмоционального возбуждения.

*Аффект:* злоба, гнев, тоска, страх. Сила и продолжительность аффекта. Патологический аффект. Физиологические проявления аффекта (вазомоторные и двигательные компоненты). Навязчивые страхи.

*Инстинкты и влечения:* инстинкт самосохранения, эгоизм, жадность, повышенная сексуальность, онанизм, повышенное влечение к еде, извращение влечений.

**4. Поведение**

Установки в отношении себя и внешнего мира. Социальные установки. Стеничность, активность, решительность. Чувство собственного превосходства, переоценка своей личности, склонность к агрессивным действиям.

*Астенические установки:* пассивность, неуверенность, нерешительность, тревожность, сознание собственной неполноценности, стремление к компенсации своей неполноценности или недостаточности. Сливается ли с коллективом или стоит особняком. Отношение к товарищам и близким, чувство товарищества и ответственности, принципиальность, сознание своего долга.

Общительность, избирательная общительность. Отзывчивый, замкнутый, недоверчивый, скрытный, неискренний, злобный, льстивый, грубый, мстительный, злопамятный.

**5. Интеллектуальная сфера:**

1.) восприятия: точность восприятия, отчетливость, неясность, недифференцированностъ. Изменения качества восприятия: нарушение схемы тела пространственные восприятия, нарушение восприятия тела, временные восприятия отчужденности переживаемого, эйдетизм

2.) обманы восприятия: иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации, гипногагические. Отношение больного к обманам восприятия: критическое, аффектное, безразличное.

3.) внимание: активное, пассивное, объемы напряженности - внимания. Наблюдательность, способность к длительному сосредоточению, отвлекаемость, способность к переключаемости внимания.

4.) память: быстрота и точность вспоминания, запоминания, ретенция, репродукция и точность воспроизведения. Расстройства памяти на прошлые и текущие события. Псевдоременесценции. Конфобуляции. Ретро- и антиретроградная амнезия. Явления амнестической амнезии.

5.) интеллект и мышление: правильность, последовательность и логичность мышления, способность к обобщениям, суждениям и умозаключениям. Склонность к схематизации мышления, резонерство, вычурность и витиеватость.

6.) расстройства мышления: ускорение или замедление мышления, наплыв мыслей, задержка или потеря мыслей, раздвоение или разорванность мышления. Отчуждение мыслей- «чужие мысли». Автоматизмы мышления, прилипаемость или стереотипность, персеверативность мышления, навязчивые мысли и отношение к ним больного. Бредовые идеи: отношения воздействия, преследования, самообвинения и прочее. Стойкость бредовых идей от аффективных нарушений и расстройств восприятия Резидуальный бред. Синдром бредоподобных фантазий.

ОБСЕССИВНЫЙ СИНДРОМ

1. чувства, мысли, страх, воспоминания, влечения, двигательные акты возникают у больного помимо его желания

2. критика сохранена по содержанию

Навязчивые сомнения

СИНДРОМ ГАНЗЕРА

Псевдодеменция (больные не могут ответить на элементарные вопросы)

Сумеречное помрачение сознания

Длительность несколько дней

Амнезия.

КОРСАКОВСКИЙ АМНЕСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Дезориентировка во времени и пространстве.

Фиксационная амнезия.

Антероградная амнезия.

Парамнезия: а) конфабуляция  
 б) псевдореминисценции.

СИНДРОМЫ ПАТОЛОГИИ СОЗНАНИЯ

1. Количественные нарушения сознания (выключения):

а) оглушение: -обнубиленция

-сомналенция

б) Сопор

в) Кома

2. Качественные нарушения сознания:

а) Делирий: профессиональный

мусситирующий

б) Онейроид (сновидение)

в) Аменция

г) Сумеречное помрачение сознания:

* классические сумерки (бред, галлюцинации)
* амбулаторный автоматизм (фуги, трансы, сомнамбулизм)
* особые состояния
* психогенное сужение сознания

СЕНЕСТОПАТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

состояние, при котором больной испытывает неопределенные, тягостные, мучительные ощущения в различных областях и частях тела.

ПАРАФРЕННЫЙ СИНДРОМ

1. Повышенный фон настроения.

2. Бредовые идеи величия.

3. Синдром Кандинского-Клерамбо или его элементы

4. Парамнезии (конфабуляция, псевдореминисценция).

Бред преследования.

Отсутствие критики.

СИНДРОМ КАП-ГРА

С-м «Фрегали» (один и тот же человек периодически появляется в разных лицах).

С-м «положительного двойника» (незнакомые и чужие воспринимаются как знакомые и родные).

Бред «отрицательного двойника» (знакомые и родные воспринимаются как незнакомые и чужие).

Бред интерметарфозы (многое из окружающих людей подвержены внешним и внутренним изменениям).

Навязчивые воспоминания. Навязчивые представления Навязчивые влечения Навязчивые страхи Навязчивые чувства апатии Навязчивые опасения, действия.

ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОИДАЛЬНЫЙ (Кандинского-Клерамбо)  
1. синдром ассоциативного автоматизма), псевдогаллюцинации

б) ментизм

в) с-м «отнятия мыслей»

г) с-м «открытости мыслей»

д) с-м «эхо мыслей»

е) с-м «разматывания мыслей».  
2. сенестопатический (сенсорный) автоматизм

а) сенестопатии

б) бредовые идеи или воздействия (психического, физического)  
3. кинетический (моторный, речедвигательный) автоматизм.

Движения, совершаемые больными производятся помимо их воли, под влиянием воздействия из вне.

4. бред преследования

5. транзитивизм

ГАЛЛЮЦИНАТОРНЫЙ СИНДРОМ тревога, страх. Двигательное беспокойство.

Наплыв зрительных, слуховых, тактильных галлюцинаций. Могут сопутствовать бредовые идеи. Сознание не нарушено.

ИПОХОНДРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ Чрезмерное внимание к своему здоровью. Утрированная озабоченность. Убежденность в несуществующем заболевании.

ПСЕВДОПАРАЛИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Тотальное (диффузное, тотально-глобарное) слабоумие:

а) эйфория

б)нарушение памяти

в) отсутствие критики

г) нелепости в поведении

Распад личности (маразм)

КАТАТОНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Ступор:

а) мышечное оцепенение (обездвиженность)  
б) восковая гибкость- каталепсия  
в) мутизм  
дополнительно:  
а) воздушная подушка Дюпре  
б) с-м хоботка  
в) с-м Павлова  
г) с-м Канюшона

*Возбуждение (речево*е): а) эхолалия б)персеверации в) вербигерации

г) инкогеренция д) стереотипная речь- шизофазия.

*Возбуждение (двигательное):* а) эхопраксия б) вычурные движения в) Стереотипные движения г) импульсивные движения д) активный и пассивный негативизм.

СИНДРОМ СВЕРХЦЕННЫХ ИДЕЙ

На реальных фактах ложная идея.

Не бывает нелепой, правдоподобна.

Моноидея

Не изменяет мировоззрения

Два пути развития:  
а) медленное угасание- результат лечения  
б) трансформация в бред - паранойяльный бред

По содержанию - ипохондрическая, ревности, изобретательства, преследования и т.д,

МАНИАКАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

Повышенное настроение.

Ускорение темпа мышления.

Психомоторное возбуждение.

Переоценка собственной личности, доходящая до бреда величия.

ДЕПРЕССИВНЫЙ СИНДРОМ

Пониженное настроение (тоска).

Замедленные темпы мышления.

Двигательная заторможенность.

Бредовые идеи самообвинения, самоунижения.

ГАЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОИДНЫЙ СИНДРОМ Бредовые идеи. Галлюцинации.

паранойяльный синдром

Характерен реальный факт. Ложное умозаключение. Псевдоподобные доказательства. Бред преследования. Обстоятельность мышления. Отсутствие критики. Патологическая почва.

ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИОННЫЙ СИНДРОМ

1. Искаженное восприятие собственного тела.

2. Нарушение схемы тела.

3. Искажение своего «Я».

СИНДРОМ КАТАРА

1. Пониженное настроение (ажитация).

Ипохондрический бред.

Нигилистический бред.

Идеи громадности (всеобщая гибель)

Идеи самообвинения, самоунижения.

Отсутствие критики.

ДЕРЕАЛИЗАЦИОННЫЙ СИНДРОМ

1. Искажение восприятия окружающего мира.

2. Искаженное восприятие окружающего больного:

а) во времени

б) вычурные движения

в) стереотипные движения

г) импульсивные движения

д) активный и пассивный негатизм

ИСТЕРИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ  
1. Состояния функциональных по механизму - расстройства психики, моторики и чувствительности,

Психогенные по происхождению.

Полиморфная симптоматика:  
а) истерические припадки

б) истерические сумеречные состояния

в) истерические амбулаторные автоматизмы

г) см-м Ганзера

д) псевдодеменция

е) пуэрелизм и др.