

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
РАЗДЕЛ I. Методы психопатологического исследования	7
Глава 1. Наблюдение	9
Поведение в терапевтическом пространстве	9
Поза и положение тела	11
Двигательная активность	18
Речевая активность	31
Эмоциональное состояние и эмоциональные реакции	35
Глава 2. Опрос или беседа	57
Формы общения или характер речевой коммуникации	58
Формальное общение	58
Диалоговое общение	59
Дискурсивное общение	60
Запросы пациента	61
РАЗДЕЛ II. Синдромальная диагностика	67
Глава 3. Описание психического статуса (схема)	69
Глава 4. Классификация психопатологических синдромов	72
Глава 5. Примерные образцы описания психического статуса (на примере ситуативных задач)	81

ВВЕДЕНИЕ

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОПЕДЕВТИКА, ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Термин «пропедевтика» имеет греческие корни и переводится как «предварительно обучаю»; понятие «пропедевтика» означает предварительный вводный курс при изучении какой-либо науки, изложенный в сжатой и простой форме. В естественных науках закрепилось понятие «терапевтическая пропедевтика», или «вводный курс», при изучении внутренних болезней. Аналогично психопатологическая пропедевтика предполагает освоение элементарных навыков психиатрической диагностики, позволяющих симптоматически оценить психическое состояние больного.

Настоящее методическое руководство посвящено описанию способов диагностики различных психических нарушений и расстройств, наблюдаемых у пациентов психиатрического профиля. Как известно, основные средства психопатологической диагностики включают следующее:

- 1) простое наблюдение;
- 2) прицельный опрос;
- 3) эксперимент.

К сожалению, в настоящее время врач-психиатр в своей рутинной деятельности в основном использует первые два способа диагностики, пренебрегая экспериментальным методом, под которым врачи чаще всего имеют в виду экспериментально-психологическое исследование, проводимое психологами с использованием набора различных тестовых методик. Стоит напомнить, что многие известные психиатры прошлого, оставившие после себя богатое наследие в виде самых разнообразных психопатологических описаний, нередко самолично использовали эксперимент для понимания сути расстройства. К примеру, у К. Ясперса мы находим описание 24-летнего больного с симптоматикой корсаковского синдрома: пациент во время исследования болевой чувствительности (булавочные уколы), в силу того что каждый укол мгновенно забывался, некоторое время повторно протягивал руку для укола, но вскоре стал руку отдергивать, хотя и не мог объяснить своей реакции. На основании этого автор делает вывод, что даже в условиях полной фиксационной амнезии какой-то элемент неосознаваемого запоминания сохраняется. А.Р. Лурия, выдающийся советский ученый, основатель отечественной нейропсихологии, в своих работах проявлял

высокую изобретательность в плане проведения различных экспериментов при обследовании больных. Действительно, в тех случаях, когда наблюдение за пациентом и опрос заводят врача в диагностический тупик, умело поставленный эксперимент, базируемый на методиках психотерапевтической диагностики (широко представленных, к примеру, в гештальт-терапии, символ-драме, телесно ориентированной терапии), может внести диагностическую ясность и даже, более того, сориентировать врача в терапевтической тактике.

Настоящая работа представлена двумя разделами: первый раздел посвящен описанию методов психопатологического исследования, во втором разделе приводится схема синдромальной диагностики и примерные образцы описания психического статуса пациентов с различными психопатологическими состояниями на примере ситуативных задач.

Глава 2

ОПРОС ИЛИ БЕСЕДА

Один из основоположников лингвистики В. Гумбольдт полагал, что в самой структуре языка воплощено определенное воззрение на мир, он же развил учение о «внутренней форме языка» как выражения индивидуального мирозерцания. В психиатрии, как ни в какой другой медицинской специальности, опрос пациента или беседа с ним является важной составляющей диагностического процесса. Опрос или беседа должны носить прицельный характер, чтобы пациент чувствовал, что врача интересует только его болезненное состояние. Врач любой специальности никогда не должен забывать о том, что большинству людей вовсе не нравятся всякого рода осмотры, осуществляемые неизвестными ему людьми, и что всякого рода обнажение перед ними (как телесное, так и душевное) сопровождается некоторым чувством обезличенности, и только желание быть здоровым и уж тем более стремление избавиться от страдания заставляют его смириться с этим психологическим дискомфортом. Именно поэтому система медицинского менеджмента регламентирована не только по диагностическим и терапевтическим параметрам, но также и по параметрам деонтологического характера, с учетом особенностей каждой медицинской специальности. К примеру, только в психиатрии регламентирован принцип презумпции психического здоровья.

Опрос пациента или беседа с ним должны происходить в определенном диагностическом поле, также по деонтологическим соображениям. Если при проведении хирургического вмешательства все тело пациента закрывают медицинскими простынями, оставляя открытым необходимый участок тела, исходя из принципа стерильности, то во время родов или же при проведении ректального исследования свободные участки тела пациента также закрываются пеленками и простынями, но уже из-за другого принципа — этического или деонтологического. В психиатрии, поскольку беседа с пациентом является инструментом диагностики, каждый задаваемый врачом вопрос должен иметь определенную цель. Опытный врач, начав беседу, которая начинается формальными вопросами (Ф.И.О., возраст, трудовая занятость и т.п.), за короткий

период наблюдения уже сформировал некоторое предварительное диагностическое мнение, и следующие наводящие вопросы имеют целью подтвердить или опровергнуть его⁷.

ФОРМЫ ОБЩЕНИЯ ИЛИ ХАРАКТЕР РЕЧЕВОЙ КОММУНИКАЦИИ

Различают три формы общения между пациентом и врачом:

- 1) формальное;
- 2) диалоговое;
- 3) дискурсивное.

ФОРМАЛЬНОЕ ОБЩЕНИЕ

Формальное общение между пациентом и психиатром нередко рассматривается практикующими психиатрами как проявление негативизма и избегания вербального контакта. Это не всегда так. Как общается, например, человек, который или чрезвычайно устал, или сильно озабочен своими проблемами, или просто чем-то сильно опечален и которому некто навязывает свое общение? Он выдает короткие, лаконичные, формальные суждения («да», «нет», «не знаю», «хорошо», «ладно», «ага» и т.п.). Об отсутствии коммуникабельности мы говорим не тогда, когда у пациента нет мотивации к общению, а именно в тех случаях, когда пациент обнаруживает негативную мотивацию, то есть, буквально говоря, мотивирован на то, чтобы не иметь с другим человеком «ничего общего». Подобный стиль формального общения на фоне общего негативизма нередко можно наблюдать в психотических состояниях, чаще всего при параноидных психозах. В беседе такой пациент ведет себя примерно так же, как человек, совершивший преступление и допрашиваемый в кабинете следователя.

Возникает вопрос: может ли формальное общение с пациентом способствовать уточнению диагноза? В некоторых случаях это

⁷ При проведении супервизии обучающихся в ординатуре по психиатрии можно заметить, что начинающие врачи, проводя опрос больного, задают много лишних вопросов, не имеющих никакой диагностической цели. Когда потом такого врача спрашивают, с какой целью он задавал пациенту такие-то и такие-то вопросы, он нередко отвечает: «Чтобы поддержать разговор». Вопрос в том, нужна ли пациенту такая поддержка, которая, возможно, состоит в обратном: как можно меньше обращаться с вопросами к пациенту, находящемуся в болезненном состоянии.

возможно, если пациент не обнаруживает негативизма. Например, наблюдая за пациентом при первичном осмотре, врач может предположить наличие у него вербального галлюциноза: пациент замкнут, отрешен, внимание рассеянное, малоактивен, поза малоподвижная, слегка напряженная, выражение лица меняющееся, то растерянно-удивленное, то выражающее страх, общается формально («да», «нет»), многие вопросы оставляет без ответа. В данном случае можно просто спросить пациента, слышит ли он голоса. Довольно часто больные подтверждают их наличие коротким «да» или даже кивком головы. И далее врач может задавать вопросы именно в этом поле, стараясь строить вопросы так, чтобы на них можно было ответить утвердительно или отрицательно. Можно выяснить характер голосов (комментирующий, запрещающий, императивный), их интенсивность или болезненность в плане их влияния на общее состояние индивида, примерно следующими вопросами: «слышите ли вы голоса сейчас?», «они мешают вам говорить?», «бывает ли, что из-за голосов вы не можете уснуть?», «когда вы слышите голоса, вы можете что-то делать (по работе, по дому, для детей школьного возраста — выполнять уроки)?», «вы хотите, чтобы голосов не было?». На вопросы, на которые ответная реакция предполагает некоторую концентрацию внимания со стороны пациента или усложнение ответа («как долго вы слышите голоса?», «как влияют голоса на ваше настроение?»), пациент при формальном общении, скорее всего, не ответит.

ДИАЛОГОВОЕ ОБЩЕНИЕ

В устной диалогической речи исходным начальным этапом или стимулом к речи является вопрос одного собеседника (врача), из него исходит ответ второго собеседника (пациента). Основными разновидностями диалогической речи являются бытовой разговор, деловая беседа, переговоры, из которых *деловая беседа* применительна к общению между врачом и пациентом.

В диалоге представлены все разновидности повествовательных, побудительных, вопросительных предложений, широко используются частицы, велика роль интонации, в диалоге языковые средства усиливаются жестами и мимикой. Если пациент способен к диалоговому общению, это означает что он достаточно коммуникабелен и, возможно, готов к терапевтическому альянсу. При диалоговом общении врач может со слов пациента собрать анамнестические данные, при этом он должен постоянно помнить, что ему нужны только те