

Практическое занятие по темам № 3-5.

Специфика психологической работы с пациентами, страдающими:

- навязчивыми патологическими идеями;
- сверхценными патологическими идеями;
- бредовыми идеями.

Постоянная тревога, странные идеи и беспокойство - частые причины обращения к психотерапевту. В каждом клиническом случае важно правильно определить нарушение психики, при которых могут возникать навязчивые плохие мысли и страхи, - невроз или шизофрению. Это позволит назначить грамотное лечение.

Это обширное понятие обозначает появление у человека мыслей, произвольно возникающих в его сознании через неопределенные промежутки времени. Они обязательно имеют негативный оттенок и вызывают стресс, вплоть до неспособности думать о чем-то другом. Пациенты отмечают, что они не в силах справиться со своими мыслями и идеями, постоянно прокручивают их в голове и испытывают при этом большую тревожность. Качество жизни заметно ухудшается. Часто сочетаются с фобиями и навязчивыми действиями, но современная психиатрия придерживается точки зрения, что их нужно дифференцировать между собой. Поэтому классификация навязчивых мыслей очень затруднена. Немецкий психиатр Карл Ясперс предложил условно разделять все навязчивые идеи на две большие группы:

- относительно не приносящие ни вреда, ни пользы пациенту: например, желание постоянно рассказывать окружающим о своих воспоминаниях;
- вызывающие тревожность и иррациональный страх. Например, это опасение сделать что-то неправильно. После завершения какого-либо действия человек может стремиться постоянно проверять результат своей работы, или просто вспоминать в деталях процесс, мучительно пытаясь найти ошибку.

Термин «сверхценные идеи» был введен психиатром Вернике в 1892 году. Подобного рода идеи представляют собой суждения, которые возникают

у пациента под влиянием событий внешнего мира. При этом суждение имеет сильную эмоциональную окраску, оно преобладает в мышлении и подчиняет себе поведение человека. Вернике разделял сверхценные идеи на две категории:

- нормальные, при которых переживания, испытываемые больным, соразмерны с событием, которые их вызвали;
- болезненные, главным признаком которых является чрезмерное преувеличение вызвавших их причин.

Важно отметить, что, сосредотачиваясь на сверхценной идее, пациент затрудняется выполнять другие задачи, испытывает трудности с концентрацией внимания. Психиатрия выделяет несколько их главных характеристик:

- идеи возникают на основании реальных событий;
- субъективная значимость идей и вызвавших их событий для пациента чрезмерно велика;
- всегда имеют ярко выраженную эмоциональную окраску;
- пациент может объяснить идею окружающим;
- идея имеет тесную связь с убеждениями и системой ценностей пациента;
- пациент стремится доказать правильность своей идеи окружающим, при этом он может вести себя достаточно агрессивно;
- идея оказывает непосредственное влияние на поступки пациента и его повседневную деятельность. Можно сказать, что все, что делает человек, так или иначе связано с его идеей, носителем которой он является.

Причины появления исследования показывают, что для появления симптома достаточно двух факторов:

- личностные особенности человека, то есть склонность к сверхценным идеям. Как правило, пациенты, у которых обнаруживаются сверхценные бредовые идеи, имеют акцентуации характера и завышенные ценности. То есть для человека на протяжении всей жизни характерна некоторая увлеченность;

- определенная ситуация, которая служит «пусковым механизмом» для начала формирования сверхценной идеи. Нередко это бывают психотравмирующие ситуации: например, если родственник человека тяжело заболел, может возникнуть сверхценная идея, касающаяся заботы о собственном здоровье. При этом личность должна иметь тревожные и ипохондрические черты. Таким образом, синдром сверхценных идей развивается по тем же законам, что и любое расстройство невротического уровня. Личность с определенным типом, попадая в психотравмирующую ситуацию, вырабатывает определенную идею, которая при этом не входит в противоречие с существовавшими ранее ценностями и убеждениями.

В некоторых обстоятельствах сверхценная идея может обрести характер бреда. Бред представляет собой совокупность суждений, которые не имеют ничего общего с реальностью. Бредовые идеи всецело овладевают сознанием пациента, при этом переубедить его невозможно. Стоит отметить, что если возникновение сверхценных идей тесно связано с событиями из жизни пациента, то при наличии бреда определить, почему идеи имеют определенное содержание, не всегда представляется возможным.

На основании механизмов развития бредовых идей выделяются три основных формы бреда:

- бредовое восприятие. При этом пациенты своеобразно оценивают воспринимаемое. Оно обретает новый смысл и внушает страх, тревогу и даже ужас;

- бредовое представление, выражающееся во внезапном появлении необычных мыслей или идей. Такие идеи могут не иметь ничего общего с реальностью: например, пациент решает, что он является мессией и должен спасти мир от неминуемой гибели. При этом под влиянием подобного рода представлений нередко происходит переоценка всей прошлой жизни пациента;

- бредовое озарение. Человек уверен в том, что постиг смысл всего сущего. При этом его объяснения реальности кажутся окружающим странными, вычурными и не обоснованными никакими фактами. Бред может

сопровождаться галлюцинациями: в этих случаях он носит название «галлюцинаторный бред». Сверхценные идеи галлюцинациями не сопровождаются никогда. Как правило, данный симптом встречается у пациентов, страдающих шизофренией.

Для того чтобы психиатр мог точно определить, что бредовые синдромы - патологические проявления психиатрического заболевания, необходима качественная диагностика. Она проводится по определенным методикам, включающим в себя несколько этапов, помогающих проверить теорию болезни, а не заблуждения:

Появившийся бред – это, симптом психиатрической болезни.

Неосознанная логистическая ошибка, так называемый паралогизм, основанная на собственных бредовых убеждениях больного.

Отсутствие нарушений сознания, так называемое ясное сознание.

Неизменность бреда, ни один из способов коррекции, даже внушение, не способен изменить ее.

Абсолютная убежденность в правоте бредовых идей, основанная на их неправдоподобности или избыточности по отношению к реальности.

Это так называемая аффективная основа бреда.

Психиатрический бред протекает с сохранением интеллекта или незначительным его ослаблением. Еще Генри Модсли, английский философ и психиатр, в конце 19 века высказал предположение, что крайние степени слабоумия не могут формировать даже бредовые идеи. Глубокое психическое расстройство личности, проявляющееся в устойчивом изменении характерологической конституции и поведенческих тенденций человека. При проведении диагностического обследования психиатр должен четко суметь отделить бредо-подобные фантазии от истинного психиатрического бреда. Иногда такая дифференциация достаточно сложна, но грамотный специалист сумеет разобраться в том, является ли бред психиатрическим аспектом или же лишь заблуждением здорового человека. Психиатрическая патология - основа постановки диагноза.

Бред – это, достаточно сложно диагностируемое психиатрическое отклонение, основанное на патологии психического состояния пациента. Его подразделяют на:

- первичный;
- вторичный бред.

Первичный бред возникает внезапно, ему не предшествуют какие-либо события или потрясения, то есть его можно охарактеризовать как беспричинный. При таком типе бреда в первую очередь поражается мышление, логика, его иногда называют еще словесным бредом. Человек все больше и больше погружается в бредовое состояние, вовлекая все части окружающего мира, выстраивая свои логические цепочки на своем субъективном суждении по теме бредовой идеи. Паранойя - вариант первичного бреда.

Вторичный бред основан на искажении чувств, восприятий. Он характеризуется появлением галлюцинаций и иллюзий. Мышление же нарушается вторично, как возможность оправдать появившиеся чувственные образы. Этот тип бреда возникает как отклик на патологическое переживание. Галлюцинаторный бред характеризуется, так называемыми инсайтами - яркими вспышками озарений.

Психиатрия отдельно выделяет также такой тип бреда, как бред воображения. Он отличается от первых двух типов тем, что основывается на фантазии или интуиции. Он еще недостаточно хорошо изучен и систематизирован, но специалисты выделяют два вида такого бреда: интеллектуальный - бред воображения; наглядно-образный - бред фантазирования.

Порядок действий при психологической и психиатрической помощи пациенту:

Сначала необходимо поговорить с пациентом:

- беседу нужно начинать с расспроса паспортных данных, на основании чего составляется первое суждение о состоянии памяти;

- затем уточняется состояние памяти (кратковременная и долговременная
- даты собственной жизни, исторические события, недавние события);
- оценивается внимание;
- характеризуется состояние сознания: ориентировка во времени, месте и собственной личности;
- вопросы необходимо задавать в непринужденной, естественной манере, как в обычной беседе. Также выясняется отношение пациента к своему заболеванию, проблеме;
- в дальнейшей беседе выясняются особенности личности (до заболевания и на настоящий момент), оценка происходящих изменений, оценка самочувствия, работоспособности, определяется культурно-образовательный уровень.

Выполнению каждого задания должна предшествовать инструкция, которая должна определять ситуацию исследования и обеспечивать сотрудничество психолога и пациента. Небрежно поданная инструкция может привести к неадекватным результатам. Инструкция должна быть максимально лаконичной, соответствовать умственным способностям пациента, исключать возможность разноречивого понимания. Возможно использование предварительных примеров. Если пациент не справляется с заданием, важно совместно обсудить причины этого. Также важно оценить, принимается ли помощь со стороны психолога пациентом или отвергается им (негативизм, нарочитость = сопротивление). Необходима полная и точная запись обстоятельств проводимой беседы, высказываемых пациентом суждений.

Заключение всегда должно быть ответом на вопрос, поставленный перед психологом. Единой формы заключения нет. Но заключение никогда не является простым повторением протокола исследования. Важна характеристика психического состояния на основании полученных данных, должны быть отмечены:

- особенности поведения;
- отношение к исследованию;

- наличие установочного поведения;
- выделяются ведущие патопсихологические особенности (синдромы);
- указываются особенности протекания психических процессов (например, темп реакций, истощаемость, устойчивость);
- описываются сохраняющиеся стороны психической деятельности;
- допускается приведение характерных ярких примеров.

В конце делается резюме, отражающее наиболее важные данные (например, структуру патопсихологического синдрома). Заключение не должно быть категоричным по стилю утверждений.

Задание 1: Провести такой «эксперимент» психологической работы с пациентами, страдающими: навязчивыми патологическими идеями; сверхценными патологическими идеями; бредовыми идеями и все записать: Инструкция – Беседа – Резюме (Заключение).

Нарушения сознания.

Расстройство сознания – полная, либо частичная утрата способности к концентрации внимания, ориентации в месте, времени и собственной личности, и осуществлению других процессов, составляющих содержание сознания. Расстройства сознания могут быть количественными и качественными. Возникают в результате нарушений деятельности головного мозга, обусловленных травмами и болезнями ЦНС, интоксикациями, психическими расстройствами и соматическими заболеваниями. Диагностируются на основании объективной клинической картины, беседы с больным (если это возможно), данных анамнеза и результатов дополнительных исследований. Лечебная тактика зависит от причины и вида патологии.

Нарушение сознания - нарушение психических процессов, составляющих содержание сознания (восприятия, ориентировки, переработки информации, памяти). Расстройства сознания выявляются при травматических и

нетравматических повреждениях головного мозга, психических заболеваниях, интоксикациях, тяжелых соматических и инфекционных болезнях. Выраженность может варьировать от незначительных нарушений до полной утраты сознания. Тактика лечения и прогноз определяются основной патологией и тяжестью расстройств сознания. В зависимости от причины развития диагностику и лечение осуществляют специалисты в сфере психиатрии и психологии.

Расстройства сознания возникают вследствие нарушений нормальной работы ЦНС (центральной нервной системы). Причиной нарушения может стать прямое повреждение мозговых тканей в результате травмы, либо не прямое повреждение. Кроме того, расстройства сознания развиваются при шизофрении, эпилепсии и некоторых других психических заболеваниях, при алкоголизме, наркомании и токсикомании.

Наконец, расстройства сознания могут провоцироваться тяжелыми соматическими заболеваниями, сопровождающимися эндогенной интоксикацией и нарушением функции жизненно важных органов. Выраженность и легкость возникновения расстройств сознания определяется не только основной патологией, но и общим состоянием пациента. При физическом и психическом истощении такие расстройства могут наблюдаться даже при незначительном напряжении (например, обусловленном необходимостью концентрироваться на выполнении каких-то действий).

Все расстройства сознания подразделяются на две большие группы: качественные и количественные. Российское Министерство здравоохранения при постановке диагноза рекомендует различать два вида оглушения (умеренное и глубокое) и три вида комы (умеренную, глубокую и терминальную).

Общие симптомы расстройств сознания. При нарушениях сознания страдают процессы восприятия, мышления, памяти и ориентировки. Восприятие окружающего, времени и собственной личности становится фрагментарным, «смазанным» или вовсе невозможным. Вначале при

расстройствах сознания нарушается ориентация во времени. Последней утрачивается и первой восстанавливается ориентация в собственной личности. Степень нарушений ориентировки может существенно варьировать в зависимости от вида расстройства сознания – от легких затруднений при попытке сообщить время и дату до неспособности определить хоть какие-то ориентиры.

Способность осмысливать внешние события и внутренние ощущения снижается, утрачивается или искажается. Мышление отсутствует или становится бессвязным. Больной с расстройством сознания частично или полностью теряет способность фиксировать свое внимание на определенных предметах и явлениях, запоминать и в последующем воспроизводить информацию, касающуюся как происходящих событий, так и внутренних переживаний. После выздоровления наблюдается полная или частичная амнезия.

При определении вида и тяжести расстройств сознания учитывают наличие или отсутствие всех признаков, однако, для постановки диагноза может оказаться достаточно одного или двух симптомов. Клиническая картина расстройства сознания в каждом конкретном случае определяется тяжестью основного патологического процесса, локализацией зоны поражений мозговых тканей, возрастом пациента и некоторыми другими факторами.

Количественные расстройства сознания:

Умеренное оглушение сопровождается нерезким нарушением ориентации во времени. Ориентация в месте и собственной личности обычно не нарушена. Выявляется некоторая сонливость, вялость, заторможенность, ухудшение концентрации внимания и осмысления информации. Больной с расстройством сознания выполняет указания медленно, с запозданием. Способность к продуктивному контакту сохранена, однако понимание зачастую возникает только после повторения указаний.

Глубокое оглушение – расстройство сознания с нарушением ориентации в месте и времени при сохранении ориентации в собственной личности.

Выявляется выраженная сонливость. Контакт затруднен, больной понимает только простые фразы и только после нескольких повторений. Развернутые ответы невозможны, пациент отвечает односложно («да», «нет»). Пациент с этим расстройством сознания может выполнять простые указания (повернуть голову, поднять ногу), но реагирует с запозданием, иногда – после нескольких повторений просьбы. Наблюдается ослабление контроля над функциями тазовых органов.

Умеренная кома – полная утрата сознания в сочетании с отсутствием реакции на внешние раздражители. При интенсивном болевом воздействии возможно сгибание и разгибание конечностей или тонические судороги. Иногда наблюдается психомоторное возбуждение. При данном расстройстве сознания выявляется угнетение брюшных рефлексов, нарушение глотания, положительные патологические стопные рефлексы и рефлексы орального автоматизма. Контроль над функциями тазовых органов утрачен. Наблюдаются нарушения деятельности внутренних органов (учащение пульса, повышение АД, гипертермия), не угрожающие жизни больного.

Глубокая кома проявляется теми же симптомами, что и умеренная. Отличительным признаком этого расстройства сознания является отсутствие двигательных реакций в ответ на болевые воздействия. Изменения мышечного тонуса весьма вариативны – от тотального снижения до спонтанных тонических спазмов. Выявляется неравномерность зрачковых, роговичных, сухожильных и кожных рефлексов. Расстройство сознания сопровождается грубым нарушением вегетативных реакций. Наблюдаются снижение АД, расстройства дыхания и сердечного ритма.

Терминальная кома проявляется отсутствием рефлексов, утратой мышечного тонуса и грубыми расстройствами деятельности жизненно важных органов. Зрачки расширены, глазные яблоки неподвижны. При этом расстройстве сознания вегетативные нарушения становятся еще более выраженными. Наблюдается критическое снижение АД, резкое учащение пульса, периодическое дыхание или отсутствие самостоятельного дыхания.

Качественные расстройства сознания:

Делирий - может возникать при алкоголизме и органических поражениях головного мозга. Ориентация в месте и времени нарушена, в собственной личности сохранена. Наблюдаются зрительные галлюцинации, другие виды галлюцинаций (слуховые, тактильные) встречаются реже. Пациенты с этим расстройством сознания обычно «видят» реально существующих или фантастических существ, как правило - пугающих, неприятных, угрожающих: (змей, ящериц, чертей, инопланетян и т. п). Поведение пациентов зависит от содержания галлюцинаций. После выздоровления больные сохраняют воспоминания о происходившем в период расстройства сознания.

Онейроид - может развиваться при шизофрении, эпилепсии, психозе, тяжелых соматических заболеваниях, алкоголизме и токсикомании. Расстройство сознания сопровождается особым нарушением ориентировки, при котором реальные события замещаются галлюцинаторными и сновидными переживаниями. В эту картину могут включаться реальные люди, якобы действующие в пределах фантастического мира, порожденного сознанием пациента.

Аменция - выявляется при интоксикациях, инфекционных и травматических психозах. Возникает первично или при усугублении делирия, является более тяжелым расстройством сознания. Пациент дезориентирован в окружающем мире и собственной личности, постоянно, но безуспешно осуществляет поиск ориентиров. Мышление спутано, синтетический характер восприятия утрачен. Наблюдаются многочисленные галлюцинации отрывочного, фрагментарного характера. После выздоровления период болезни полностью восстанавливается.

Сумеречные расстройства сознания - обычно возникают при эпилепсии и характеризуются внезапным нарушением ориентации в окружающем в сочетании с ярко выраженными аффектами: злобой, тоской и страхом. Расстройство сознания сопровождается возбуждением и внезапными наплывами устрашающих галлюцинаций в красноватых, желтоватых или

черно-синих тонах. Поведение пациента при данном расстройстве сознания определяется содержанием бреда преследования или величия. Пациент проявляет агрессию по отношению к окружающим людям и неодушевленным предметам. После выздоровления развивается тотальная амнезия на события периода болезни.

Амбулаторный автоматизм – расстройство сознания, обычно наблюдающееся при эпилепсии. Проявляется автоматизированными действиями, выполняемыми на фоне полной отрешенности. Больной может вращаться на одном месте, облизываться, причмокивать, жевать или что-то стряхивать с себя. Иногда автоматические движения при этом расстройстве сознания носят более сложный характер, например, пациент последовательно раздевается. Возможны fugи (приступы бесцельного бегства) и трансы (длительные миграции или менее продолжительные «выпадения из реальности», во время которых больные проходят мимо собственного дома, пропускают остановку и т. д.). Иногда этот вид расстройства сознания сопровождается приступами двигательного возбуждения, антисоциальными или агрессивными действиями.

Двойная ориентировка – расстройство сознания, возникающее при бредовых состояниях, галлюцинациях. Характеризуется одновременным существованием двух потоков сознания – психотического и адекватного. При бреде величия пациенты с данным расстройством сознания могут считать себя великой, необыкновенно важной персоной (спасителем людей, императором фантастической вселенной) и обычным человеком, при бреде инсценировки – полагать, что одновременно находятся в реальном пространстве и ложной зоне инсценировки. Возможны более «мягкие» варианты расстройства сознания, при которых больные учитывают свои реальные качества, но полагают, что одно «Я» является сосредоточием достоинств, а другое – недостатков.

Общими для всех видов нарушения сознания являются, по К. Jaspers (1923), следующие признаки:

- отрешенность, расстройство непосредственного отражения реальных объектов и явлений в виде затруднения или исключения чувственного познания, его фрагментарности или искажения, связанного с обманами восприятия;

- нарушение рационального познания, то есть понимания связей и отношений между объектами и явлениями из-за обеднения, исключения или дезорганизации мышления, нарушения способности суждения;

- дезориентировка в месте, времени, окружающих лицах, а иногда в собственной личности. Ориентировка может вовсе отсутствовать или быть ложной;

- затруднение запоминания впечатлений о происходящих событиях и субъективных переживаниях, что проявляется по выходе из состояния нарушенного сознания амнезией. Воспоминания могут быть неполными, непоследовательными, неотчетливыми, отчужденными, как о сновидениях. [1,С.65]

Некоторые впечатления, напротив, легко приходят на память и отличаются особой живостью - феномен Моли. Встречается также отставленная или ретардированная амнезия, наступающая спустя несколько минут или даже часов после окончания спутанности сознания.

Диагноз помраченного сознания может быть установлен при наличии всех четырех упомянутых признаков. Но это не значит, что нужно ждать прекращения острого психоза и подтверждения факта амнезии, чтобы удостовериться в нарушении сознания.

Следует иметь также в виду, что неглубокие степени помрачения сознания могут не сопровождаться очевидными нарушениями ориентировки и способностей к конкретным суждениям, хотя бы позже все впечатления этого периода были утрачены. Ретроспективную оценку факта спутанности сознания иногда приходится давать по амнезии на период острого психического сознания, а также по содержанию сохранившихся воспоминаний, нередко весьма типичному для той или иной формы помрачения сознания. Между тем

распознавание типа помрачения сознания удается отнюдь не всегда из-за смешанных, переходных или очень динамичных его картин. В таких случаях констатируют спутанность сознания без указания ее формы. Разграничивают непродуктивные и продуктивные расстройства сознания.

Порядок действий при психологической и психиатрической помощи пациенту:

Проводится в форме беседы:

- 1) выяснить причину обращения больного (или его родственников, друзей, сослуживцев) за медицинской помощью;
- 2) создать доверительные отношения с пациентом, заложив тем самым основу для взаимодействия с ним в процессе восстановления (лечения);
- 3) сформулировать диагноз и план лечения;
- 4) сообщить пациенту о своих выводах.

Психиатрическое обследование показано при признаках угнетения или помрачения сознания, дезориентации во времени, месте и собственной личности, когнитивных и эмоциональных расстройствах [2, С.15]. Кроме этого обследования собирают также данные о жизни, болезнях и семейные данные, уделяя особое внимание недавно возникшим стрессовым ситуациям и переменам в жизни, особенностям личности (в частности, способности переносить трудности и противостоять психотравмирующим факторам), социальной среде и психологической поддержке со стороны родных и близких. Если имеется психопатологическая симптоматика, то надо четко определить ее характер, время и обстоятельства появления, динамику, продолжительность, провоцирующие и поддерживающие факторы. Иными словами, необходимо ясно понять, что случилось, когда, почему именно в данное время и у данного больного.

При психиатрическом обследовании иногда опускают некоторые этапы, полагаясь на косвенные признаки. Известен анекдотический случай, когда пациент при встрече со специалистом совершенно разумно, казалось бы, сказал: «Рад видеть вас, доктор Смит, я знаю, вы очень заняты сегодня», и на

основании этого психиатр счел его вполне ориентированным. Но как только специалист вышел, пациент, у которого была легкая форма спутанности сознания, сказал помощнице психиатра: «Хорошо подобрали артиста... совсем как доктор». Для того чтобы избегать подобных ошибок, необходимо подробно опрашивать не только пациента, но и его родственников и друзей. Если тот или иной этап психиатрического обследования опущен, об этом делают запись в истории постановки диагноза.

Психиатрическое обследование проводят в спокойной, уютной обстановке, предрасполагающей к открытому разговору. Умение завоевать доверие пациента требует опыта и уверенности в себе. Однако реальные условия обследования зачастую далеки от идеальных. В самом деле, довольно трудно говорить с глазу на глаз в шумном приемном отделении или среди большой группы людей, даже если отвлекающие факторы сведены к минимуму (задернуты занавески на окнах и т. п.). И все же всегда надо проявлять заинтересованность, сочувствие, симпатию к пациенту, стремление понять его и помочь. Сидеть следует на некотором отдалении от пациента, имея возможность смотреть ему в глаза. Важно наблюдать за невербальными реакциями и поведением собеседника (краска на лице, слезы). Иногда бывает необходимо записать некоторые сведения (чтобы затем точнее воспроизвести ход разговора), но делать это надо быстро и по возможности редко, чтобы не прерывать течение беседы. Удобный способ - делать отметки в специальном бланке (подготовленном заранее).

Расспрашивать пациента при первой же беседе о половой жизни, мыслях об убийстве или о самоубийстве может быть трудно. В то же время иногда такой расспрос бывает абсолютно необходим (например, относительно суицидальных намерений при депрессии). В таких случаях вопросы нужно задавать особенно тактично, внимательно наблюдая за эмоциональными реакциями. Надо уметь и терпеливо дожидаться ответа, и подбодрить пациента, если ему трудно отвечать на прямые и наводящие вопросы. Здесь мы не можем подробно обсуждать приемы общения с пациентом; посоветуем лишь избегать

«пулеметного» стиля (не засыпать больного вопросами, задаваемыми в резкой форме): это действует отталкивающе. Навыки беседы формируются только с опытом, и их надо вырабатывать.

Задания и вопросы: определите внешний вид и уровень сознания. Каков тип телосложения (гиперстенический, астенический)? Опрятен ли больной? Как одет? Неопрятность может быть одним из признаков депрессии. Нет ли видимых физических недостатков, уродств? Оценивают уровень сознания, при этом бывают полезны стандартные шкалы (балльная оценка в диапазоне от ясного сознания до комы). Легкое угнетение сознания может проявляться сонливостью. Не замечал ли кто-то из близких, что в темной комнате или с наступлением ночи пациент становится менее внимательным и контактным (вечерний синдром)? Двигательная сфера и поведение. Описывают позу (сгорбленная, восковая ригидность), походку (атактическая, семенящая, с широко расставленными ногами), величину зрачков, нарушения координации. Отмечают выражение лица (напряженное, испуганное, печальное, стремление отвести взгляд) и его соответствие аффекту. Важный признак - особенности поведения: неусидчивость (которая может быть вызвана маниакальным возбуждением), манерность, ритуалы, откусывание ногтей. При необходимости проводят неврологическое обследование. Контактность и отношение к беседе. Используют описательные термины (охотно вступает в контакт, безразличен, насторожен, подозрителен, смущен, агрессивен, сексуально расторможен). Жалобы. Необходимо в точности записать со слов пациента, почему он обратился за помощью, а также почему, по его мнению, он сейчас находится на приеме. Полезно сразу же задать вопросы: «Чем я могу вам помочь?», «Что вас беспокоит?», «Что привело вас ко мне?».

Важно дать пациенту время, чтобы он сосредоточился и сообщил действительно основные свои жалобы, иначе смысл этой части беседы будет утрачен. Если жалоба только одна, то целесообразно сказать пациенту: «Да, это, наверное, для вас неприятно. Мы об этом обязательно поговорим. А еще что-нибудь вас беспокоит?» или: «О чем еще вы хотели бы рассказать?».

Задание 2: Провести такой «эксперимент» психологической работы с пациентами, страдающими нарушением сознания и все записать: Инструкция – Беседа – Резюме (Заключение).

Студент получает оценку «выполнено» указанных выше заданий при условии проведения психологической работы с пациентами, страдающими нарушениями и описания по схеме: Инструкция – Беседа – Резюме (Заключение) в полном объеме, при соблюдении порядка действий психологической и психиатрической помощи пациенту. Особое внимание уделено заключению. При отсутствии какого-либо пункта описания последовательности работы с пациентом задание считается не выполненным.

Список источников:

1. Курс по психиатрии [Электронный ресурс]/ — Электрон. текстовые данные.— Новосибирск: Сибирское университетское издательство, Норматика, 2017.— 120 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/65229.html>.— ЭБС «IPRbooks»
2. Злова Т.П. Клинические задачи по детской психиатрии [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие/ Злова Т.П., Ахметова В.В., Говорин Н.В.— Электрон. текстовые данные.— Чита: Читинская государственная медицинская академия, 2011.— 60 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/55317.html>.— ЭБС «IPRbooks»