

Петрозаводский государственный университет

Клиническая история болезни по психиатрии  
Методические указания

Петрозаводск 2005

Рассмотрены и рекомендованы к печати на заседании кафедры психиатрии и неврологии сентября 2005г.

Рассмотрены и утверждены к печати редакционной комиссией по отрасли науки «медицина» октября 2005г.

Составители

Марк Михайлович Буркин, доктор мед. наук, профессор, зав.кафедрой психиатрии и неврологии

Базарова Екатерина Николаевна, старший преподаватель кафедры психиатрии

Рецензенты

## **Введение**

Настоящие методические указания предназначены для студентов V курса, изучающих психиатрию. Указания могут быть использованы как во время микрокурсии по отдельным темам, так и в процессе написания клинической истории болезни.

Цель настоящих методических указаний -- помочь студенту правильно построить беседу с больным в процессе сбора анамнез, изучения психического состояния и последовательно изложить в истории болезни полученные данные.

История болезни должна быть составлена таким образом, чтобы по возможности полно раскрыть динамику психических расстройств и особенности терапии, отразить объективные данные о больном, полученные от родственников и ближайшего окружения, а также от медицинских работников.

Важно отметить, что история болезни является первоисточником, имеющим научное значение, а также юридическим документом, отражающим обоснованность и правомерность действий врача.

В предлагаемых методических указаниях помещена схема клинической истории болезни, даются рекомендации по описанию анамнеза, психического состояния пациента, обсуждаются вопросы формулировки психиатрического диагноза. В конце каждого раздела помещены вопросы для самоконтроля.

## Оформление титульного листа

Петрозаводский государственный университет  
Медицинский факультет  
Кафедра психиатрии

Зав.кафедрой –  
доктор медицинских наук,  
профессор Буркин М. М.

Преподаватель –

### ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Больной (ая) \_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество, возраст

#### Диагноз:

- основное заболевание (развернутый окончательный диагноз болезни);
- осложнения основного заболевания;
- сопутствующие заболевания.

Куратор --  
студент \_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество

группы \_\_\_\_\_

Сроки курации  
(дата начала и окончания)

**План истории болезни**

Паспортная часть

Анамнез жизни больного

Наследственность

Здоровье матери во время беременности

Младенческий и дошкольный возраст.

Школьные годы. Пубертатный период. Юношеские годы.

Зрелый возраст.

Период обучения.

Трудовая деятельность, профессия.

Прохождение военной службы.

Половое развитие и половая жизнь.

Перенесенные ранее заболевания.

Характерологические особенности преморбидной личности.

Анамнез заболевания (субъективный).

Объективный анамнез (по данным направления, со слов родственников или лиц, сопровождающих больного)

Неврологический статус

Соматический статус

Дополнительные и специальные исследования

Психическое состояние:

1) Доступность контакту

2) Сфера сознания

3) Сфера восприятия

4) Сфера мышления;

5) Интеллектуальная сфера:

внимание

память

формальные способности

6) Сфера чувств

7) Волевая сфера

Диагноз

Обоснование диагноза

Дифференциальный диагноз

Использованная литература

## Общие положения

Беседа начинается с обязательного представления больному, знакомства с ним. Даже не очень продолжительная беседа должна быть персонифицированной. Беседа ни в коем случае не должна выглядеть в виде вопросов и ответов; только в диалоге можно получить достаточный материал для анализа.

Изучение психического состояния больного проводится в виде беседы и начинается с момента, когда он входит в кабинет. При этом необходимо обратить внимание на характер поведения больного, манеру держаться, отвечать на вопросы, говорить и т.п.

Пациенты зачастую не могут точно описать свое состояние и сформулировать жалобы. Поэтому важно не только внимательно выслушать изложение его проблем, но и помочь сформулировать проблему, кристаллизовать ее. Речь, обращенная к пациенту должна быть ему понятна и доступна, соответствовать его образованию, уровню знаний, словарного запаса. Одним из важных моментов является последовательность расспроса – от простых симптомов к более сложным, с учетом типа реагирования (эндогенного и психогенного), уровня расстройств (психотического и непсихотического), и последовательности появления симптомов и синдромов.

Необходимо объяснить цель беседы. В некоторых случаях целесообразно предоставить пациенту возможность свободно высказаться (для изучения спонтанной речи, выявления наиболее актуальных переживаний). Расспрос вести свободно, в доброжелательном тоне, обязательно на «Вы», не нарушая необходимой дистанции.

Если беседу ведут несколько студентов, то вопросы задает один и только по окончании его расспроса можно подключаться к беседе другим. Недопустимо задавать больному перекрестные вопросы, вызывающие у больного негативную реакцию, раздражающие его.

В разговоре с больным не всегда целесообразно четко разделять сбор общих данных анамнеза и сведений, касающихся истории настоящего заболевания. Однако, в истории болезни описание полученных данных следует проводить раздельно, выделяя историю настоящего заболевания из общего анамнеза. При описании психического статуса следует чаще цитировать больного, включать отрывки его спонтанной речи: «больной утверждает, что...», «больной заявил, что...».

В психическом статусе отражается настоящее состояние. Здесь не содержится анамнестических данных или характеристик симптомов, имевших место в прошлом. Дается описательная характеристика состояния больного. Представляются психопатологические расстройства, а не перечисляются отдельные синдромы и симптомы.

## Анамнез

Анамнестические сведения о пациенте студент получает во время обследования. Начинать следует с настоящего времени: чем больной занимается в настоящее время, где работает или учится, каково семейное положение, жилищные условия, заработок и т.п. Затем можно переходить к выяснению наследственности, анамнезу жизни. В тех случаях, когда больной находится в состоянии депрессии, напряжен или тревожен, лучше начать собеседование с более «нейтральных» для него моментов анамнеза: даты рождения, событий раннего детства, школьных и юношеских лет и т.п.

Однако любой анамнез должен содержать следующие сведения:

- о наследственной отягощенности в роду (по прямой и боковой линиям) психическими и другими заболеваниями (хронический алкоголизм, припадки, опухоли мозга и других органов; сосудистые заболевания, диабет, зоб и другие эндокринные болезни; сифилис и другие хронические инфекции). Если таких сведений от больного и дающих объективные сведения получить не удается, следует об этом написать;

- о характере, особенностях личности и поведении ближайших родственников (бабушек, дедушек, отца, матери, братьев и сестер), о материальной, жилищно-бытовой ситуации, о моральной атмосфере в семье и об отношениях, сложившихся между больным и остальными членами семьи, соседями;

- исход предыдущих и последующих беременностей (мертворождения, выкидыши, аборт). Здоровье детей от предыдущих беременностей;

- роды: срочные, преждевременные, поздние, без осложнений, с осложнениями (какие), роды в головном, тазовом предлежании. Вес, рост ребенка при рождении, асфиксия (длительность), оперативное вмешательство в родах;

- раннее детство (признаки дизонтогенеза). Внешность ребенка, тип вскармливания, аппетит, заболевания (диспепсия, дизентерия, пневмония, припадки и т.д.) и степень тяжести их протекания. Физическое и психическое развитие (сидение, стояние, ходьба, первые слова, фразы). Усвоение навыков опрятности, приема пищи. Игровая деятельность;

- дошкольный возраст. Рисунок поведения дома и в детском коллективе. Особенности воспитания (строгое, мягкое, отсутствие общей линии). Перенесенные больным в раннем детстве и в дошкольном периоде детские инфекции и другие заболевания (корь, скарлатина, дифтерия, рахит, тяжелые ангины, нейроинфекции и др.); как они протекали, сопровождались ли они мозговыми явлениями (высокая температура, головные боли, головокружения, тошнота, рвота, судороги, припадки, расстройства сознания, бессонница и т.п.) и как они отразились на психическом и физическом развитии больного в дальнейшем;

- школьный возраст. Способности, прилежание, успеваемость, дисциплинированность.

Основные черты характера в детстве (общительность, замкнутость, участие в детских играх и позиция больного в них; наличие невротических проявлений, страхов, эгоцентричности, капризов, отзывчивость, холодность, отвлекаемость, впечатлительность, мнительность, повышенная возбудимость, уравновешенность, рассудительность, педантичность, организованность, трудолюбие и др.);

- необходимо уточнить, какие школьные дисциплины легче всего давались больному и какие усваивались хуже; особенности памяти, сообразительности и мышления. Были ли задержки в учебе (дублирование классов) и по каким причинам (болезни, расстройства поведения, конфликты, материальные затруднения, психические травмы и др.). Взаимоотношения между больным и товарищами, учителями и родителями, каковы были внешкольные интересы и увлечения; участие в самодеятельности и общественной работе в школе. Какие изменения в характере и в успеваемости произошли в процессе учебы. Как больной окончил школу. Его социальная и трудовая жизнь в дальнейшем (продолжал ли учебу и где, как в дальнейшем учился, менялись ли интересы и наклонности; поступил ли сразу на работу, как успевал в учебе или на работе, продвигался ли по службе или нет), часто ли менял место работы (учебы) и по каким причинам. Взаимоотношения с товарищами, подчиненными, начальством, родителями, соседями; участие в общественной работе. Как менялось материальное положение, появились ли какие-либо новые интересы. Динамика развития характера и личности в этом периоде;

- период полового созревания и половой жизни. Когда появилось половое влечение. Большую часть психосексуальных переживаний раннего детского

возраста невозможно восстановить, однако многие больные могут вспомнить свой интерес к этой сфере, который проявляется в возрасте 3-6 лет. Первым впечатлениям и выбору объекта сексуального фантазирования принадлежит существенная роль в формировании сексуальной ориентации, парафилических расстройств.

Возраст начала пубертатного периода, соответствующие ему переживания представляют значительный интерес. Важно расспросить, не было ли очерченных периодов спада или подъема настроения.

Наличие и характер половых связей до брака и после брака (для женщин -- время начала и установления менструального цикла, наличие дисменорреи, аменорреи; беременности и их протекание; аборт, роды и их характер, климакс и менопауза). Взаимоотношения и моральная ситуация в семье, состояние здоровья детей и супругов. О дальнейших изменениях в характере и личности больного в этот период;

- религиозность. В некоторых случаях бывает важным получить ответ на следующие вопросы:

— Были ли религиозными людьми родители больного, и воспитывался ли он сам в религиозном духе?

— Были ли в семье споры по поводу религиозного воспитания ребенка?

— Считает ли он себя религиозным человеком?

- «история настоящего заболевания»: эти данные должны быть изложены наиболее полно и исчерпывающе. Следует указать, началось ли заболевание остро или исподволь. Необходимо изложить начальные явления (продром) болезни. В случаях вялого начала исследуется связь начальных проявлений с более ранними изменениями характера и личности. Точно и последовательно описывается дальнейшее развитие болезни, динамика развития каждого симптома (синдрома) и последовательная смена синдромов. Наряду с этим, описывается как болезнь одновременно отражалась на трудоспособности, социальных и трудовых связях, на взаимоотношениях в семье больного, на личности больного в целом. Отражая нарастание симптомов и их динамику, необходимо отметить, при каких обстоятельствах больной впервые обратился за помощью (психиатрической), где и как лечился до последнего стационарирования и каковы были результаты лечения; какова была обратная динамика клинической картины болезни. В случаях наступления ремиссии необходимо одновременно описать, выявились ли изменения личности и трудоспособности; отмечалось ли нарастание дефектных (негативных) симптомов; были ли в структуре ремиссии явления астении (гиперстении) и резидуальные симптомы перенесенного психоза. В случаях отсутствия ремиссии необходимо показать динамику (нарастания, усиления, обострения) психотической и дефектной симптоматики, обусловивших повторное стационарирование.

При периодическом (фазном) течении также необходимо описать характер интермиссии, динамику повторного рецидива. Описывая состояние ремиссии (периода между стационарированиями) следует указать, продолжал ли больной лечение в амбулаторных условиях (регулярно или с перерывами) и какими лекарствами. Имели ли место лекарственные осложнения, были ли какие-либо другие заболевания и как они отразились на психическом состоянии больного. Какие изменения произошли в семейном, материальном, жилищно-бытовом и социальном положении больного.

Последовательность изложения указанных выше сведений зависит от характера (формы) болезни и от возраста ее начала. В тех случаях, когда заболевание началось в раннем детстве, анамнез жизни совпадает с историей настоящего заболевания. В этих случаях анамнестические сведения должны быть изложены в хронологическом порядке развития болезни. Естественно, что в анамнезе должно

быть показано, как отдельные этапы (проявления) болезни отразились на жизни пациента в целом -- на формировании и развитии личности больного, его интеллекта, интересов, трудоспособности и социальных связей.

Когда же психическое заболевание началось в более поздние сроки жизни (в зрелом возрасте) последовательность изложения должна быть подчинена хронологическому описанию развития личности со всеми ее особенностями до начала психического заболевания. Если по психическому состоянию больного получить анамнестические сведения не удастся, об этом делается соответствующая запись в истории болезни. При получении объективных данных необходимо указать точно фамилию и инициалы дающего сведения и какое родственное отношение он имеет к больному.

### **Дневник**

Немаловажное значение для выбора терапии и своевременного изменения проводимых лечебных мероприятий имеют записи в истории болезни. Причем следует обратить внимание, что иногда специалисты, особенно молодые, злоупотребляют специальной терминологией. Надо отметить, что информация, представленная в дневниковых записях, должна быть непредвзятой, описательной и, по возможности, простой в изложении, без канцеляризмов. Не следует перегружать ее специальными терминами, иначе эти записи просто не будут представлять ценности при последующем анализе данного случая болезни. Если студент отмечает динамику в состоянии больного, то необходимо конкретно отметить, в чем выражается улучшение самочувствия больного или ухудшение его состояния. Полезно цитировать высказывания больного в виде прямой речи; отметить, какие признаки свидетельствуют о нормализации его поведения (пациент стал ровнее, спокойнее, у него улучшился аппетит и т. д.). План описания статуса выбирается индивидуально, в зависимости от состояния больного и характера его жалоб, отмечается только то, что студент выявил. В дневниковых записях также должно быть представлено и лечение. Причем, несмотря на то, что в листе назначений отмечается динамика доз препаратов, смена препаратов, эти изменения должны найти свое отражение и в дневниковой записи. Это позволит сопоставить характер терапии и динамику состояния больного. Описание лечения касается не только медикаментозных и биологических методов, но также и психотерапии и социотерапии. Если ведется последовательная психотерапия с данным пациентом, в дневнике могут быть отмечены темы, которые затрагиваются в беседах, и характер поведения и реакции больного на собеседования. Важно в дневниковых записях отмечать информацию, которая получается дополнительно от родственников и из других источников. Также следует фиксировать в истории болезни любую информацию, которую вы сообщаете больному или его родственникам, в том числе и рекомендации, которые даются больному.

В истории болезни отмечаются все записи консультантов-специалистов, информация о клинических разборах, которые проводятся заведующим отделением, заместителем главного врача по медицинской части или приглашенными консультантами, например сотрудниками кафедры. Специалисты-психиатры сейчас все чаще обращаются к психологам, социальным работникам, в психиатрическое бюро медико-социальной экспертизы, с которыми обсуждается состояние больного, и эти специалисты дают свои резюме и рекомендации. Эта информация также должна найти свое отражение в истории болезни. Все решения и рекомендации, принятые во время консилиума, врачебных обходов или полученные от консультантов, необходимо четко отразить в истории болезни. Особенно это касается планов лечения, реабилитации либо рекомендаций, выданных на период



амбулаторного наблюдения, касающихся терапии, социальных вопросов, трудовой деятельности.

### **Эпикриз**

Эпикриз — важная часть истории болезни, может быть двух видов. Выделяют так называемый этапный эпикриз, который заполняется в течение недели с момента поступления больного и подводит итог первому впечатлению о больном, дает возможность сформулировать план ведения, обследования и терапии. Здесь полезно выделить наиболее характерные для данного случая черты. Этапный эпикриз также пишется при смене лечащего врача.

Что касается выписного эпикриза, то он обычно готовится за день-два до выписки больного из стационара. В краткой, но исчерпывающей форме указываются причины направления больного в стационар, описываются обстоятельства, послужившие непосредственным поводом для госпитализации больного. Кроме того, приводится семейный анамнез: важные для данного случая условия воспитания и развития, данные о родственниках больного, их личностных чертах и возможных психических заболеваниях. Кроме того, в эпикризе полезно представить информацию об анамнезе жизни больного, начиная с момента рождения, далее о раннем развитии в детском возрасте, школьной успеваемости, об уровне образования, о трудовой деятельности, семейном положении, наличии детей, бытовой ситуации, а также о перенесенных в прошлом операциях, травмах и заболеваниях. По возможности подробно останавливаются на преморбидной личности, касаясь основных черт характера пациента, его отношения к алкоголю, наркотикам. В дальнейшем можно перейти к изложению анамнеза настоящего заболевания. В этом разделе эпикриза излагается динамика психических расстройств: появление предвестников, продром и переход заболевания в активную фазу. Описывается состояние больного в момент поступления в психиатрическую больницу, достаточно подробно излагается психический статус. Если при соматическом осмотре не было обнаружено патологии, то это необходимо констатировать. В эпикризе приводятся данные тех специальных исследований, которые проводились в период пребывания больного в стационаре: патопсихологического, электрофизиологического, лабораторного и т. д. Достаточно подробно представляются лечение и течение болезни в период пребывания в стационаре: максимальные и минимальные дозы препаратов, продолжительность курса лечения и параллельно с этим динамика психопатологических проявлений. Описывая состояние больного при выписке из стационара, особое внимание следует обратить на остаточные психопатологические проявления заболевания, степень критического отношения к болезни. После этой записи указывается клинический диагноз.

Прогноз следует сформулировать кратко и определенно.

В разделе эпикриза, отражающем дальнейшее ведение больного, рекомендуется указать вид амбулаторного наблюдения (активное диспансерное, консультативно-лечебная помощь) и отношение к нему пациента, характер поддерживающей терапии, дозировку препаратов, кратность наблюдения больного участковым психиатром или врачом общей практики, характер рекомендуемых психотерапевтических и реабилитационных мероприятий.

### **Психическое состояние больного**

Описание «психического статуса» является наиболее сложной частью составления истории болезни. В нем достаточно полно должны быть изложены симптомы и синдромы, характеризующие психопатологическую картину болезни данного больного с присущими только ему особенностями личности, интеллекта, мимики, речи, эмоций, жестов, манер и т.п.

### Первая встреча

При первой беседе студент должен представиться больному, обратившись к нему по имени и отчеству, а затем объяснить, как он планирует провести беседу: «Сначала расскажите о том, что Вас беспокоит в настоящее время, сегодня, сейчас, а потом я хотел бы услышать о том, как и когда эти проблемы возникли впервые». При этом необходимо дать возможность пациенту в свободном монологе рассказать о своем состоянии. Важно отметить, как говорит больной и что он при этом хочет выразить, насколько непринужденно он держится, готов ли к сотрудничеству, степень его заинтересованности, дружелюбно или враждебно настроен, насторожен, подозрителен.

### Внешний вид

Описание внешности отражает первое впечатление врача о состоянии пациента и включает в себя походку, осанку, мимику, жестикуляцию, манеру одеваться, опрятность в одежде. Полезно обратить внимание на кожу внутренних поверхностей предплечий, локтевых сгибов, кистей. Именно на этих участках тела чаще могут быть обнаружены следы самопорезов, инъекций, знаки искусственной дерматографии (татуировки).

Больной может выглядеть недомогающим, бодрым, старше или младше своих лет, иметь детское (грацильное) телосложение.

Нужно обратить внимание и начать описание с того, как больной входит в кабинет: робко, неуверенно, с трудом переставляя ноги, вздыхая, подозрительно оглядывая присутствующих, громко говоря, с радостной улыбкой на лице и т. д.

Больной может сидеть в согбенной, напряженной позе, либо обнаруживать неусидчивость. Одежда, прическа, макияж могут быть вычурными, нелепыми, неаккуратными.

### Поведение, контактность больного.

В психическом статусе необходимо описать внешний облик и поведение больного. При этом отметить как доставлен больной в кабинет (пришел самостоятельно, в сопровождении), охотно ли беседует или отказывается от общения, поза больного во время беседы (стоит, сидит или беспокойно движется, вскакивает, куда-то стремится), его осанка, походка, выражение лица и глаз, движения, жестикуляция, опрятность в одежде, отношение к беседе и степень заинтересованности в ней (сосредоточенно слушает или отвлекается, понимает ли содержание вопросов). Особое внимание уделяется определению адекватности поведения больного по отношению к окружающей обстановке. Проверяется так же способность понимать вопросы и отвечать на них, выполнять некоторые задания (например, писать, рисовать, решать элементарные арифметические задачи).

Необходимо отразить степень контактности пациента, его доступность. Контактность, доступность больного может носить формальный характер (больной отвечает приветливо, по существу на все вопросы, не касающиеся его болезненных переживаний и уклоняется от ответа на вопросы, связанные с заболеванием, диссимулирует). При описании психического статуса необходимо описать и раскрыть характер неконтактности или недоступности больного. Недоступность больного может быть связана с наличием бреда, императивных галлюцинаций, аутизма, депрессии или установочного поведения. Большую помощь студенту в определении вида нарушения сознания могут оказать сведения, почерпнутые из «Журнала наблюдения» (особенно из записей сестры ночной смены) и из бесед с очевидцами (родными, сотрудниками больного по работе).

Жалобы больного необходимо излагать в последовательности, отражающей наиболее важные психические расстройства. Необходимо подчеркнуть активно или пассивно излагает он свои жалобы, какой эмоциональной или вазовегетативной

окраской они сопровождаются. Вопрос «На что Вы жалуетесь?» должен несколько раз повторяться в виде вопроса «Еще на что жалуетесь?» прежде чем будет выявлено наличие конкретных жалоб. Например: на головные боли, чувство страха, нарушение сна, припадки, преследование и т.д. Необходимо не только перечислить жалобы и высказывания больного, но и показать степень, его убежденности в своих умозаключениях и возможность их коррекции.

#### Сфера сознания

Исследование сознания -- это подчас изучение всех сфер психической деятельности в совокупности с изучением соматической сферы (при наличии сопора, комы). Наличие измененного сознания затрудняет сбор анамнеза. В этих случаях субъективный анамнез может быть кратким или запись его откладывается до улучшения состояния больного, а в истории болезни делаются отметки – «собрать анамнез в виду нарушения сознания не удалось» и т.п.

Обнаружение синдромов расстроенного сознания обычно происходит в результате наблюдения за поведением больного. В более сложных случаях беседа с больным помогает выявить общие признаки нарушенного сознания. Оценивается контактность, способность понимать задаваемые вопросы, характер ответов на эти вопросы. Изучение состояния сознания начинается с проверки ориентировки в собственной личности (фамилия, имя, отчество, возраст, профессия и т.д.), в месте (город, учреждение, где находится больной), времени (текущий год, месяц, число) и окружающем (с кем больной беседует, кто его окружает). Любое нарушение ориентировки должно быть подвергнуто тщательному анализу и соответствующему описанию.

Сфера восприятия и представлений. О наличии и характере нарушений восприятия у больного студент может узнать различными способами. К ним относятся: осмотр больного, наблюдение за его поведением, расспрос, изучение рисунков, письменной продукции и т.п. Объективные признаки наличия иллюзий или 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, шепчет, со страхом озирается по сторонам, от кого-то отмахивается, что-то собирает на полу, стряхивает с себя и т.п. В истории болезни необходимо подробно 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-либо больному. Лучше, если эти вопросы будут наводящими, с тем 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, радости или безразлично, равнодушно).

Расспросы следует начинать с выявления элементарных галлюцинаций (фотопсий, акозмов), психических иллюзий, окликов и лишь затем переходить к выяснению наличия сложных иллюзорных и галлюцинаторных переживаний (парейдолий, истинных галлюцинаций, псевдогаллюцинаций). Необходимо определить и подчеркнуть их особенности: яркость, красочность, проекции, динамичность, зависимость от времени суток, самостоятельный или насильственный характер, сюжет, содержание, целостность галлюцинаторного образа, величина. Необходимо уточнить степень критического отношения больного к галлюцинациям.

Описывая тот или иной симптом (синдром), необходимо избегать обобщающих формулировок. Не следует писать, что больной испытывает «галлюцинации» или «псевдогаллюцинации». Необходимо изложить, в чем эти симптомы выражаются,

как больной мотивирует реальность своих болезненных переживаний. Больные, как правило, если они доступны контакту, рассказывают о том, что они «слышат», «видят», какие запахи ощущают, своеобразно описывая свои восприятия. Это своеобразие должно быть отражено в статусе, особенно в той части, где описывается наличие у больного интерорецепторных патологических ощущений (парестезии, сенестопатии), изменение схемы тела, метаморфопсии и т.п. О наличии гиперестезии или гиперпатии можно судить по особенностям реакций на некоторые раздражители: больной садится к окну спиной, просит врача говорить негромко, сам старается произносить слова тихо, полушепотом, вздрагивает и морщится при скрипе или хлопаньи двери.

Если по ряду признаков студент убедился в существовании расстройств восприятия, а больной всячески старается избегать ответов на расспросы о них, то форму вопросов можно изменить. Например, не спрашивая, «есть ли голоса» следует сразу задать такие вопросы: «Чей голос Вы слышите? Когда слышите, как часто, что он говорит? Что Вы испытываете во время Ваших видений?» Иногда удается проверить (оживить) расстройства восприятия. Так, если больной сообщает что галлюцинаторные образы чаще появляются вечером или в то время, когда он остается наедине с самим собой, то ему предлагают закрыть глаза, отвлечься от посторонних раздражителей, не разговаривать, «прислушаться». В такой обстановке иногда на несколько минут появляются «голоса».

#### Вопросы для самоконтроля:

1. Определение восприятия
2. Классификация расстройств восприятия
3. Иллюзии (физиологические, физические). Парейдолии, аффективные иллюзии, вербальные иллюзии.
4. Галлюцинации (зрительные: фотопсии, простые, сложные; слуховые: акаозмы, вербальные, комментирующие, императивные. Опасность императивных галлюцинаций. Обонятельные, тактильные, висцеральные, вкусовые).
5. Псевдогаллюцинации. Функциональные галлюцинации.
6. Тактика врача в отношении галлюцинирующего больного.
7. Психосензорные расстройства.
8. Расстройства схемы тела
9. Сенестопатии.
10. Синдромы и заболевания, при которых встречаются те или иные расстройства восприятия.
11. Для педиатрических групп: особенности восприятия и патологии восприятия у детей.

Сфера мышления. При анализе характера мышления устанавливается темп мыслительного процесса (ускорение, замедление, заторможенность, остановки), склонность к детализации, «вязкость мышления», нарушение ассоциативных связей («разорванность мышления», склонность к бесплодному мудрствованию (резонерство). Важным является описание содержательности мышления, его продуктивности, логики, установление способности к конкретному и абстрактному, отвлеченному мышлению (для этого используются тесты, анализ пословиц и поговорок, анализируется умение больного оперировать представлениями и понятиями). Изучается способность к анализу и синтезу, обобщению, для чего больному так же предлагаются тесты. Необходимо обращать внимание на внешний вид больного: необычность одежды, выражение лица и взгляд (печальный, настороженный, сияющий). Необычность позы, походки, лишние движения позволяют думать о наличии бреда или навязчивостей (ритуалы). О доминирующих

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.

При описании obsesий необходимо указывать наличие и характер «защитных приспособлений» (ритуалов), используемых больным для борьбы с навязчивостями.

Большое значение для определения характера заболевания, особенностей его течения имеет выявление и описание бредовых идей. В ряде случаев больные активно и охотно высказывают бредовые идеи. В процессе сбора анамнеза есть смысл дать больному свободно высказаться, не перебивая его, не задавая вопросов. При этом важно следить за его мимикой, поведением (контакты с другими пациентами, подвижность, отказы от еды и т.п.). В спонтанной речи больного легко можно отметить персеверацию, разорванность и другие так называемые формальные расстройства ассоциативного процесса. Имеют так же значение лаконичность или распространенность ответов, богатство словарного запаса и смыслового содержания. Патология суждения в спонтанной речи проявляется не всегда, поэтому больному следует задать специальные вопросы: об отношении к нему окружающих (раньше, теперь, дома, на улице и т.п.), о самочувствии, деятельности внутренних органов, о наличии страхов и опасений, не делая специального акцента на возможность постороннего воздействия, преследования, лишения его жизни. Более конкретно можно расспрашивать о навязчивостях, ибо критика к ним сохраняется во всех случаях. Напротив, большие затруднения могут возникнуть перед студентом во время беседы с больным у которого есть сверхценные идеи. Нужен большой такт и осторожность в выражениях, вопросы следует ставить обдуманно, не сразу касаясь в них существа расстройства мышления. Только при таком подходе удастся вызвать больного на откровенный разговор о его переживаниях. Уход от вопроса, задержка с ответом или молчание заставляют предположить наличие скрываемых переживаний (диссимуляция). В психиатрической клинике мы нередко встречаемся с подобной ситуацией. Такие больные уходят от прямых ответов, переводят разговор на другую тему или пытаются дать «логическое объяснение» своим нелогичным поступкам. Обследованию помогает ознакомление с записями сестер в «Журнале наблюдений», получение объективной информации от родственников и ближайшего окружения больного. Очень важно анализировать речь больного, отмечать ее темп, грустную или возвышенную интонацию. Большую ценность представляют письма и рисунки больных. В них отражаются детализация, символика, опасения и бредовые тенденции. Весьма существенным для диагностики является классификация формы бредовых переживаний (бред величия, изобретательства, ипохондрический, нигилистический, ревности, виновности, отношения, преследования и т.п.). Необходимо определить особенности его возникновения, динамику, структуру, этап развития, степень его сложности, актуальность, направленность. Необходимо выявить связь бредового синдрома с другими психопатологическими симптомами и синдромами, уровень «эмоциональной заряженности», влияние бреда на настроение больного, его намерения и поведение.

#### Вопросы для самоконтроля:

1. Мышление, этапы мышления.

2. Формы мышления (наглядно-действенное, наглядно-образное, образное, абстрактное).
3. Ускорение ассоциативного процесса, скачка идей.
4. Замедление ассоциативного процесса.
5. Бессвязность мышления (инкогеренция), разорванность мышления, их различия.
6. Обстоятельность мышления.
7. Бред. Определение бреда, этапы бреда, классификация бреда по фабуле (персекуторный, самоуничужения, величия). Резидуальный бред.
8. Сверхценные идеи, навязчивые явления (отвлеченная навязчивость, навязчивое сомнение, опасения, влечения, действия). Навязчивые страхи (фобии). Ритуалы.
9. Паранойяльный, параноидный, парафренный синдром, синдром Кандинского-Клерамбо. Ипохондрический синдром, его особенности при шизофрении, неврозах.
11. Для педиатрических групп: особенности мышления и его патологии в раннем детском и подростковом возрасте.
12. Тактика врача при бредовых расстройствах.

Внимание. 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. В таких случаях могут быть особенно полезны инструментальные методики, представленные ниже.

Внимание активное и пассивное оценивается по тому, как больной сосредотачивается на предлагаемых вопросах или заданиях, по его отвлекаемости способности переключаться на новые темы, а так же в зависимости от его истощаемости. Расстройства внимания выявляются во время сбора анамнеза (больной отвлекается на посторонние раздражители, не может сосредоточиться на теме беседы, утомляется и т.п.) Используются и специальные пробы, тесты, (пациента просят перечислить месяцы, дни недели в обратном порядке, денежные знаки -- от самой мелкой монеты до наиболее крупной ассигнации). Применяются и специальные таблицы для экспериментально-психологических исследований.

Память. С необходимостью исследования памяти врачу приходится сталкиваться, работая с пациентами не только психиатрического, неврологического, но и соматического профиля.

Нарушения памяти встречаются часто, а во второй половине жизни в той или иной степени имеют место практически у каждого человека. 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.

В качестве примера можно привести посттравматический психоорганический синдром в психиатрии; опухолевое или локальное сосудистое поражение в неврологии. Мнестические расстройства являются также существенным критерием тяжести дисциркуляторных расстройств при гипертонической болезни и церебросклерозе, важны для экспертной оценки трудоспособности.

Начальный этап исследования мнестических расстройств относительно прост, так как больные часто активно предъявляют жалобы на расстройства памяти. Это происходит отчасти потому, что признаться врачу в «забычивости», «рассеянности»

психологически проще, чем, например, в снижении интеллекта или нарушениях поведения. Кроме того, психические нарушения, протекающие с преобладанием мнестических расстройств, чаще не затрагивают критические способности пациента.

Первые трудности начинаются уже в процессе уточнения жалоб, так как за предъявляемой «потерей памяти» может скрываться совершенно иная патология. Особенно это касается депрессивных пациентов.

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 одним из достоверных признаков алкоголизма.

Память исследуется во время беседы с больным. Последний не может вспомнить даты, имена близких людей, фамилии общественных деятелей, названия населенных пунктов, свой домашний адрес, путает события. Иногда воспоминания о событиях в личной жизни сохраняются лучше, чем даты и события общественной жизни. Определяется сохранность памяти на текущие и прошедшие события. В процессе сбора анамнеза и в разговоре о событиях в общественной жизни проверяется долговременная память. Для изучения памяти на прошлое ограничиваться только сбором анамнеза нельзя, так как чрезвычайно важную роль в прочности дат, событий, связанных с самим больным играет эмоциональный фактор. Следует задать вопросы о событиях, не имеющих непосредственного отношения к больному (например, даты некоторых общеизвестных политических, международных событий; о маршрутах поездов, городского транспорта). С целью исследования памяти на текущие события, больного расспрашивают о дате поступления в больницу, об имени и отчестве врачей, соседей по палате, о том, что он ел вчера во время обеда, о принимаемых препаратах, свиданиях с родственниками и т.д. Особенности кратковременной памяти изучаются так же при пересказе просмотренной сегодня телевизионной передачи, кинофильма, только что прочитанной статьи. При грубой фиксационной амнезии наблюдается дезориентировка, больные не могут найти свою палату, постель. Характеризуя состояние памяти, необходимо указывать на наличие или отсутствие ложных воспоминаний (псевдореминисценций) или тенденции к заполнению пробелов памяти нереалистическими или фантастическими вымыслами (конфабуляции).

Интеллект является сложной, интегрированной функцией психики, поэтому и оценка интеллекта складывается из исследования его базовых структур. Характер и сложность вопросов тестов следует соотносить с уровнем образования больного и особенностями социальной среды. При диагностике задержки психического развития и олигофрении приходится учитывать вклад семьи в воспитание и образование ребенка.

Формальные способности определяются обычно с помощью заданий на устный счет. Больному предлагается математические и логические задачи, поговорки, классификации, сравнения. Способность к устному счету проверяется с помощью элементарных задач на все четыре действия, а так же с помощью так называемого «счета по Крепелину». В этом случае больному предлагается в уме (без сопровождения счета произносимыми вслух подсчетами) отнимать от 100 по 7, 17.

При выявлении слабоумия необходимо учитывать преморбидные особенности

личности, чтобы судить о наступивших изменениях. Подбирая вопросы и задания, необходимо заботиться об их адекватности запасу знаний предполагаемому у больного.

Снижение интеллекта у малограмотного больного может показаться более грубым, чем развившаяся деменция у больного, имевшего высшее образование и высокий культурный уровень. Обращается внимание на общее оскудение психики, сужение кругозора, потерю школьных и житейских навыков и знаний. Используемые при обследовании тесты следует предлагать с учетом возраста больного, образования, среды в которой он жил, воспитывался, работал. Основная цель исследования -- выяснить, соответствует ли интеллект в данное время полученному образованию и предполагаемому жизненному опыту.

Вопросы для самоконтроля:

1. Память, этапы памяти.
2. Гипермнезия, гипомнезия.
3. Амнезия (ретроградная, антероградная, антероретроградная, фиксационная, прогрессирующая).
4. Конфабуляции, псевдореминисценции, криптомнезии
5. Корсаковский синдром.
6. Предпочтительность расстройств памяти при психических заболеваниях.
7. Особенности памяти и её расстройств в детском возрасте.
8. Внимание. Активное и пассивное внимание.
9. Определение интеллекта.
10. Врожденное нарушение интеллекта (олигофрения). Степени олигофрении (дебильность, имбецильность, идиотия).
11. Приобретенное снижение интеллекта в результате заболеваний (деменция). Тотальная и лакунарная деменция.
12. Предпочтительные заболевания, при которых развивается деменция.

Эмоционально-волевая сфера. Состояние эмоциональной сферы определяется и оценивается в процессе всего обследования. При исследовании сферы мышления, памяти, интеллекта, восприятия оценивается характер эмоционального фона, волевых реакций больного. Наряду с этим, необходимо оценить настроение больного, его колебания в течение суток, адекватность происходящим событиям. 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). Обязательно расспросить депрессивного больного о суицидальных намерениях. В случае повышенного настроения у больного, с ним можно говорить свободно, даже шутить, в случаях депрессии – мягко, сочувственно. Во время беседы с больным необходимо выяснить, тяготится ли он пребыванием в клинике, скучает ли по дому, ждет ли свиданий с близкими и как обычно себя ведет на свиданиях с ними. Проявляет ли больной заботу о детях, родителях. Обращается внимание на эмоциональную окраску ответов больного (адекватная реакция, неадекватная,



монотонная). При этом отмечается, какие вопросы (по содержанию, по форме) вызывают соответствующие эмоции -- отрицательные, положительные.

При малейшем подозрении на диссимуляцию депрессивного больного (равно как и при явной депрессии), за ним устанавливается круглосуточное наблюдение с целью предотвращения суицидальных действий.

Для констатации того или иного расстройства в сфере чувств показателен также и характер бреда. Депрессивные больные высказывают идеи самообвинения, самоуничтожения, виновности, преследования и ущерба. В случаях маниакальных состояний -- идея величия, переоценки собственной личности, богатства и т.п. Для выбора терапии очень важным является уточнение оттенков настроения (классическая депрессия, тревожная, классическая мания, эйфория, гневливая мания, мория и т.п.). Наилучшее представление о состоянии волевой сферы дает наблюдение за поведением больного, его активностью и способностью к целенаправленной деятельности. Необходимо расспросить больного о причинах его поступков, реакций.

**Воля.** Гипобулия представляет собой характерный недостаток энергии, побуждений и интересов. Больной не способен мобилизовать себя, начать и довести до конца выполнение различных задач. В отличие от снижения энергичности и заинтересованности при депрессии, симптомокомплекс гипобулии не сопровождается печальным или тоскливым аффектом. Волевые нарушения выражаются также в неспособности контролировать мысли, речь и движения.

Симптомокомплекс «безволия», или абулии, являясь негативным (дефицитарным) расстройством, часто приводит к снижению социального функционирования больных.

Основа исследования - осмотр и наблюдение за поведением больного. Все имеет значение -- выражение лица, поза, характер двигательного беспокойства. Необходимо уточнить как пациент проводит время в отделении: общается с больными, помогает персоналу, участвует в трудовых процессах и других реабилитационных мероприятиях и т.п.

При описании статуса обращается внимание на такие обстоятельства: стремится ли больной к движению (движение ради движения, без определенной цели) либо к осознанной деятельности. При заторможенности и неподвижности больного, необходимо описать его внешность, особенности вегетатики, реакцию на обращенную речь, состояние мышечного тонуса (гипертония, гипотония), наличие или отсутствие негативизма, восковидной гибкости. В случаях мутизма можно попытаться вступить в письменный или пантомимический контакт. При кататоническом ступоре контакту может способствовать шопотная речь (симптом И.П.Павлова).

Исследование социальной адаптации больного. Изучение приспособляемости больных, уровня социального функционирования дает чрезвычайно важную информацию о пациенте. Молодым врачам часто бывает трудно заметить изменения в личности больного в результате даже такого серьезного психического заболевания, как шизофрения. Вызывает сложности оценка динамики стойких (дефицитарных) психических изменений еще и потому, что врач не знал пациента до болезни и не мог оценить его состояние. Критерии социальной адаптации достаточно конкретны, они позволяют сравнивать уровень приспособляемости в разные периоды жизни больного, таким образом, являясь косвенными, но очень информативными признаками тяжести болезненного процесса. Так, например, за утратой прежде близких отношений с домашними может скрываться нарастающее аффективное уплощение; оценка характера сексуальных отношений, социальной активности позволяет составить представление об аутизации; анализ использования времени и ощущения цели может уточнить степень волевых нарушений.

Не менее важна оценка приспособляемости и при относительно стабильных патологических состояниях, таких как психопатии и олигофрении. Использование социальных критериев помогает в разграничении названных заболеваний от акцентуации характера и случаев низкого интеллекта в пределах психической нормы, а также в характеристике периода болезни (компенсация, декомпенсация).

#### Вопросы для самоконтроля:

1. Определение эмоций, эмоциональные состояния
2. Гипертимия, гипотимия.
3. Маниакальный синдром, отличие его от эйфории и гебефренического возбуждения.
4. Депрессивный синдром, варианты депрессивного синдрома.
5. Психиатрическая бдительность при депрессивном синдроме.
6. Эйфория, дисфория.
7. Эмоциональная лабильность
8. Апатия.
9. Патологический эффект, его дифференциация с физиологическим аффектом и судебно-психиатрическое значение.
10. Предпочтительность эмоциональных расстройств при различных заболеваниях.
11. Для педиатрических групп: особенности эмоций и их расстройств в детском возрасте.

### **Диагноз**

Диагностика психических болезней имеет свои особенности. Психиатр в процессе обследования больного мало использует инструментальную технику. Для него важно уметь видеть, наблюдать, расспрашивать пациента.

В зависимости от характера поведения больного, степени его контактности, от того как и на что он жалуется, эмоциональной окраски жалоб и поведения, врач получает необходимую информацию для постановки диагноза. При оценке полученных от больного данных, необходимо учесть, что психическое заболевание накладывает отпечаток на личность больного.

Синдромологический анализ состояния больного предваряет нозологический диагноз. При этом учитываются не только статика, но и динамика синдромальных проявлений болезни, указываются типичное или атипичное проявление синдрома (и в чем его атипичность), его простота или сложность, его нозологическая специфичность. Отмечаются симптомы, которые, как правило, наблюдаются при данном синдроме, но редко встречаются при других синдромах (так называемые дискриминирующие симптомы).

Следующий важнейший этап диагностического процесса — нозологический диагноз. Путь к нозологическому диагнозу лежит через синдромологический. Устанавливая нозологический диагноз, мы прежде всего говорим о диагнозе болезни, хотя речь также идет и о форме течения заболевания, и о его прогнозе. Нозологический диагноз в известной мере дает возможность построить прогностическое суждение в каждом конкретном случае, выбрать адекватную терапию и организационную форму медицинской помощи.

Диагностика (полный и методический диагноз), отражающая не только нозологическую принадлежность болезни, но и индивидуальные ее проявления у конкретного больного — индивидуальный диагноз, может быть обеспечена только многоуровневым подходом к оценке состояния больного. В этом случае важным представляется адекватное использование диагностических критериев с учетом не только нозологической принадлежности психического расстройства, но и других

факторов (наследственность, конституция, пол, возраст, преморбидные, соматические и средовые факторы, терапевтическое влияние), а также использование параклинических методов исследования (экспериментально-психологического, электрофизиологического, биохимического, соматоневрологического).

Диагноз включает в себя не только определение болезни, ее стадии и тип течения, он выполняет и прогностическую роль, предсказывая характер компенсации, ремиссии и исхода заболевания. Он содержит элементы прогноза, определяя возможности восстановления личного и социального статуса. Располагая анамнестическими, клиническими, лабораторными данными, студент формулирует клинический диагноз.

На первом месте ставится диагноз нозологический. За ним, там где это возможно, следует название формы болезни и основного синдрома. Вслед за основным диагнозом следуют диагнозы сопутствующих заболеваний и осложнений.

Нозологический диагноз должен соответствовать названию и официально принятой номенклатуре.

### **Дифференциальный диагноз**

Дифференциальная диагностика 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 этих целях необходимо установить ведущий синдром, наблюдаемый в клинике заболевания данного больного. Далее определяется дифференциально-диагностическое значение выявленных симптомов и, наконец, необходимо обосновать диагноз заболевания, с учетом его сходства и различий с другими заболеваниями.

#### **Схема клинического разбора больного**

1. Квалификация состояния
  - a. Назвать симптомы, составляющие статус
  - b. Определение синдрома
  - c. Указать типичное или атипичное проявление синдрома. Если синдром атипичный, то указать в чем проявляется атипичия
  - d. Определить простой или сложный синдром (с перечислением всех признаков, делающих синдром простым или сложным), можно также указать, в случае сложного синдрома, какие его компоненты типичны, какие атипичны. Учитывая особенности данного синдрома, назвать круг дифференциально-диагностических возможностей, исходя из особенностей статуса.
  
2. Анализ течения заболевания (не повторять анамнез, а квалифицировать)
  - a. общая тенденция течения заболевания (прогредиентная, не прогредиентная, ремитирующее, непрерывное, приступообразное, шубообразное, с обострениями, с усложнением продуктивной симптоматики или без таковой).
  - b. Характер и тенденция развития любых негативных расстройств (органического, шизофренического, эпилептического дефекта)
  - c. Последовательная классификация имевших место на всем протяжении болезни синдромов и их особенностей
  - d. Квалификация соматических и неврологических расстройств, обуславливающих или осложнивших заболевание. Сопоставить их с

- психическими расстройствами, наличие или отсутствие психосоматических корреляций (причинно-следственная связь).
- е. Сопоставление настоящего статуса с предшествующим течением (исходить из положения, что психический статус – есть этап предшествующего течения). Признаки дефекта могут быть как видны в статусе, так и не выражены из-за массивности продуктивной симптоматики, которая как бы заслоняет дефект.
3. Дифференциальный диагноз на основании полной истории болезни
    - а. Название всех дифференциально-диагностических возможностей с клиническим обоснованием каждого из выдвинутых предположений и с приведением данных против этого предположения (сначала исключить менее вероятные предположения). Дифференциальный диагноз может проводиться и внутри одного заболевания, между разными формами болезни.
    - б. Развернутое обоснование диагноза в любом случае, так же и там, где не требуется дифференциальный диагноз.
  4. Прогноз и лечение болезни.

#### Вопросы для самоконтроля:

##### Синдромы психических заболеваний

1. Синдромы: астенический, психоорганический, ипохондрический, паранояльный, парафренный, Кандинского-Клерамбо, судорожный, Корсакова, кататонический (онейроидная и люцидная кататония), психоэндокринный синдром; предпочтительность синдромов при различных психических заболеваниях. Варианты астенического, психоорганического и судорожного синдромов в зависимости от нозологической принадлежности.
2. Принципы психиатрической бдительности при указанных синдромах.

##### Соматогенные и инфекционные психозы

1. Общие закономерности течения соматогенных психозов при различных заболеваниях.
2. Особенности психических расстройств при заболеваниях сердца, желудочно-кишечного тракта, почек.
3. Особенности психических расстройств при эндокринных заболеваниях. Психоэндокринный синдром.
4. Экзогенные типы реакций по К.Бонгефферу.
5. Психические нарушения при ревматизме, эпидемическом и клещевом энцефалитах, нейросифилисе, гриппе, пневмонии, болезни Боткина, холере.
6. Общие принципы реабилитации больных с соматогенными и инфекционными психозами.
7. Особенности психопатологических нарушений при инфекционных заболеваниях у детей.

##### Шизофрения

1. Облигатные признаки шизофрении (специфические расстройства мышления, эмоций, воли).
2. Классическая дифференциация шизофрении по формам (простая, параноидная, гебефреническая, кататоническая).
3. Современная дифференциация шизофрении.
4. Принципы реабилитации больных шизофренией (психофармакологическая терапия, инсулинотерапия, трудовая и социальная терапия). Особенности

реабилитации больных в зависимости от прогрессивности процесса и степени выраженности изменения личности.

5. Для педиатрических групп: особенности детской шизофрении, отграничения пубертатного криза от дебюта шизофрении.

### Эпилепсия

1. Клиника эпилепсии (пароксизмальные и непароксизмальные проявления эпилепсии). Большой и малый эпилептический припадок.

2. Эквиваленты эпилептического припадка (дисфории, сумеречные расстройства сознания: фуги, трансы, амбулаторные автоматизмы, «истинные» сумеречные расстройства сознания).

3. Психические изменения при эпилепсии, эпилептическое слабоумие.

4. Реабилитация больных эпилепсией (дифференцированная медикаментозная терапия, принципы трудоустройства).

5. Для педиатрических групп: особенности детской эпилепсии и судорожный синдром у детей. Медикаментозная терапия «малой» эпилепсии.

6. Эпилептический статус, клиника и терапия. Последовательность проведения терапии при эпилептическом статусе.

### **Расстройства настроения (АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА)**

#### Маниакальный эпизод

- ❖ Гипомания.
- ❖ Мания без психотических симптомов.
- ❖ Мания с психотическими симптомами:
  - Маниакально-бредовое состояние с конгруэнтным аффекту бредом.
  - Маниакально-бредовое состояние с неконгруэнтным аффекту бредом.
  - Другая мания с психотическими симптомами.
  - Другие маниакальные эпизоды.
  - Маниакальный эпизод неуточненный.

#### Биполярное аффективное расстройство

- Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод гипомании.
- Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов.
- Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании с психотическими симптомами:
  - Маниакально-бредовое состояние, биполярный тип, с конгруэнтным аффекту бредом.
  - Маниакально-бредовое состояние, биполярный тип, с неконгруэнтным аффекту бредом.
  - Другое биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании с другими психотическими симптомами.
- Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии:
  - Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии без соматических симптомов.
  - Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии.
  - Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов.
- Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой

депрессии с психотическими симптомами:

- Депрессивно-бредовое состояние, биполярный тип, с конгруэнтным аффекту бредом.
- Депрессивно-бредовое состояние, биполярный тип, с неконгруэнтным аффекту бредом.
- Другое биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии с другими психотическими симптомами.
- Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанного характера.
- Биполярное аффективное расстройство, текущая ремиссия.
- Другие биполярные аффективные расстройства.
- Биполярное аффективное расстройство неуточненное.

### **ДЕПРЕССИВНЫЙ ЭПИЗОД**

- Депрессивный эпизод легкой степени:
  - Депрессивный эпизод легкой степени без соматических симптомов.
  - Депрессивный эпизод легкой степени с соматическими симптомами.
- Депрессивный эпизод средней степени:
  - Депрессивный эпизод средней степени без соматических симптомов.
  - Депрессивный эпизод средней степени с соматическими симптомами.
- Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов.
- Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами:
  - Депрессивно-бредовое состояние, с конгруэнтным аффекту бредом.
  - Депрессивно-бредовое состояние, с неконгруэнтным аффекту бредом.
  - Другой депрессивный эпизод тяжелой степени.
- Другие депрессивные эпизоды.
- Депрессивный эпизод неуточненный.

### **РЕКУРРЕНТНОЕ ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО**

- Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени:
  - Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени без соматических симптомов.
  - Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени с соматическими симптомами.
- Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени:
  - Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени без соматических симптомов.
  - Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени с соматическими симптомами.
- Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени без психотических симптомов.
- Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами:
  - Маниакально-депрессивный психоз, монополярно-депрессивный тип с психотическими симптомами.
  - Депрессивно-бредовое состояние, монополярный тип с неконгруэнтным аффекту бредом.
  - Другое рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени с другими психотическими симптомами.
- Рекуррентное депрессивное расстройство, текущее состояние ремиссии.

- Другие рекуррентные депрессивные расстройства.
- Рекуррентное депрессивное расстройство, неуточненное.

### **УСТОЙЧИВЫЕ (ХРОНИЧЕСКИЕ) расстройства НАСТРОЕНИЯ (АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА)**

- Циклотимия.
- Дистимия.
- Другие устойчивые (хронические) расстройства настроения (аффективные расстройства).
- Устойчивое (хроническое) расстройство настроения (аффективное расстройство) неуточненное.

Вопросы для самоконтроля: >

1. Перечислите основную триаду депрессивных симптомов.
2. Перечислите основную триаду маниакальных симптомов.
3. Назовите основные механизмы действия антидепрессантов.

### **НЕВРОТИЧЕСКИЕ, СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА**

- Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога).
- Генерализованное тревожное расстройство.
- Обсессивно-компульсивное расстройство.
- Острая реакция на стресс.
- Посттравматическое стрессовое расстройство.
- Конверсионное расстройство.
- Соматоформное расстройство.
- Ипохондрическое расстройство.
- Хроническое соматоформное болевое расстройство.
- Неврастения.
- Синдром дереализации-деперсонализации.

Вопросы для самоконтроля:

1. Отличие генерализованного и пароксизмального тревожных расстройств.
2. Дифференциальная диагностика соматических и соматоформных симптомов.
3. Дисгармонические типы раннего воспитания, предпосылки формирования неврозов.
4. Преневротический личностный радикал, понятие невротического конфликта.
5. Основные психотерапевтические подходы, их сочетание с фармакотерапией при лечении расстройств невротического регистра.

### **РАССТРОЙСТВА ЗРЕЛОЙ ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ**

- Параноидное расстройство личности.
- Шизоидное расстройство личности.
- Диссоциальное расстройство личности.
- Эмоционально-неустойчивое расстройство личности;
  - а) импульсивный тип;
  - б) пограничный тип.
- Истерическое расстройство личности.
- Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности.
- Тревожное расстройство личности.

- Зависимое расстройство личности.
- Смешанные расстройства личности.

Вопросы для самоконтроля:

1. Диагностические критерии расстройства личности.
2. Отличие расстройств личности от акцентуации характера.
3. Особенности эмоционально-волевых нарушений при различных расстройствах личности.

### **ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА**

- Деменция при болезни Альцгеймера.
- Сосудистая деменция.
- Психическое расстройство вследствие повреждения или дисфункции головного мозга:
  - а) органический галлюциноз;
  - б) органическое бредовое расстройство;
  - в) органическое тревожное расстройство;
  - г) органическое аффективное расстройство.

Вопросы для самоконтроля:

1. Особенности психопатологических нарушений при органических психических расстройствах.
2. Экзогенно-органический тип реагирования. Экзогенный тип реакций по Бонгефферу.

### **Лечение**

При составлении плана лечения необходимо вначале дать краткий обзор видов терапии, применяемых вообще при данном заболевании и затем описать лечение курируемого больного: вид надзора, режим, диета, медикаментозная терапия, методы психотерапии и реабилитации.

В заключение дается список использованной литературы

#### Вопросы для самоконтроля

1. Определение реабилитации больных и инвалидов
2. Этапы реабилитации
3. Формы реабилитации
4. Роль и место медикаментозной терапии в реабилитационном комплексе.
5. Классификация психофармакологических препаратов
6. Преимущественный спектр действия нейролептиков,
7. Преимущественный спектр действия антидепрессантов.
8. Преимущественный спектр действия транквилизаторов.
9. Побочные эффекты психофармакологической терапии (синдром Куленкампа-Тарнова, тортиколлис, паркинсонизм, акатизия, тасикинезия) .
10. Корректирующая терапия.
11. Препараты пролонгированного действия.
12. Принципы внебольничной терапии.



### Дополнительная литература:

#### Общая психопатология

1. Банщиков В. М., Короленко И. П., Давыдов И. П. Общая психопатология. М., 1971. -- 176 с.
2. Блейхер В. М. Расстройства мышления. Киев, 1986.
3. Блейхер В. М., Круг И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж, 1995.
4. Буркин М. М., Рыбак Ю. Е. Введение в диагностику психических заболеваний. Учебное пособие. Изд-во ПетрГУ, 1999.—228с.
5. Бухановский А. О., Кутявин Ю. А., Литвак М. Е. Общая психопатология. Ростов-на-Дону: «Феникс», 1998. – 416с.
6. Жмуров В. А. Общая психопатология. Иркутск, 1994, в 2 т.
7. Исаев Д. Н. Психопатология детского возраста: учебник для вузов – СПб.: Спецлит, 2001. – 463с.
8. Кандинский В. Х. О псевдогаллюцинациях. М., 1952.
9. Озерецковский Д.С. Навязчивые состояния. М.,1950.
10. Рыбальский М. И. Бред (систематика, семиотика, нозологическая принадлежность). М., 1993.
11. Рыбальский М. И. Иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации. М.,1989.
12. Снежневский А. В. Общая психопатология. Валдай, 1970.
13. Терентьев Е. И. Бред ревности. М., 1991.
14. Эглитис И. С. Сенестопатии. Рига, 1977.
15. Ясперс К. Общая психопатология. М., 1997 г.

#### Руководства, учебники

1. Блейлер Е. Руководство по психиатрии. Изд. НПА, 1993.
2. Буркин М. М. Аспекты реабилитации психически больных. Петрозаводск, 1980.
3. Гиляровский В. А. Психиатрия. М., 1954.
4. Евсегнеев Р. А. Психиатрия для врача общей практики. Справочное издание. Изд-во «Беларусь», 2001.
5. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. М.,1965.
6. Каплан Г. И., Сэдок Б. Клиническая психиатрия. М., 1994.
7. Кискер К., Фрайбергер Г., Розе Т., Вунтер Э. Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия. М.: «Алтейя», 1999. – 504с.
8. Клиническая психиатрия (под ред. Груле Г.). М.,1967.—832 с.
9. Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилев В.В., Карева М.А. Практикум по психиатрии. М.: Изд-во Российского университета Дружбы Народов, 1997. – 185с.
10. Коркина М. В., Лакосина Н. Д., Личко А. Е. Психиатрия. М., 1995.
11. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. Спб., 1994.
12. Попов Ю.В., Вид В. Д. Современная клиническая психиатрия. М.: «Экспертное бюро – М», 1997. – 496с.
13. Ранняя диагностика психических заболеваний (под ред. В. М. Блейхера). Киев, 1989.
14. Руководство по психиатрии (под ред. Морозова Г. В.) М.,1988., в 2-х т.
15. Руководство по психиатрии (под ред. Снежневского А. В.). М., 1983, в 2-х т.
16. Руководство по психиатрии (под ред. Тиганова А. С.). 2002г., в 2-х т.
17. Сметанников П. Г. Психиатрия. Спб.,1995.

#### История психиатрии

1. Александер Ф., Селенжер Ш. Человек и его душа. М., 1995, 608 с.
2. Каннабих Ю. История психиатрии. М., 1994, 520 с.

#### Шизофрения

1. Смулевич А. Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. М., 1987.
2. Смулевич А. Б., Щирин М. Г. Проблема паранойи. М., 1972.
3. Смулевич А. Б., Буркин М. М. Пограничные состояния и вялотекущая шизофрения. Петрозаводск, 1979.
4. Течение и исходы шизофрении в позднем возрасте. (под ред. Штернберга Э. И.). М., 1981.
5. Тиганов А. С. Фебрильная шизофрения. М., 1982.
6. Фуллер Торри. Шизофрения. СПб., 1996.
7. Шизофренический дефект. Диагностика, патогенез, лечение. СПб., 1991.
8. Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. (под ред. Снежневского А. В.) М., 1972.

#### Маниакально-депрессивный психоз

1. Вовин Р. Я., Аксенова Н. А. Затяжные депрессивные состояния. Л., 1982.
2. Лукомский И. И. Маниакально-депрессивный психоз. М., 1968
3. Нуллер Ю. Л. Депрессия и деперсонализация. Л., 1981
4. Нуллер Ю. Л., Михаленко И. Н. Аффективные психозы. Л., 1988.
5. Пападопулос Т. Ф. Острые эндогенные психозы. М., 1975.

#### Эпилепсия

1. Болдырев А. И. Эпилепсия у взрослых. М., 1984.
2. Карлов В. А. Эпилепсия. М., 1990.
3. Саджишвили П. М., Геладзе Т. М. Эпилепсия. М., 1977.

#### Геронтология

1. Авербух Е. С. Расстройства психической деятельности в позднем возрасте. Л., 1969.
2. Банщикова В. М. Атеросклероз сосудов головного мозга с психическими нарушениями. М., 1967.
3. Блейхер В. М. Клиника приобретенного слабоумия. Киев, 1976.
4. Тибилова А. У. Восстановительная терапия больных позднего возраста. Л., 1991.
5. Шахматов Н. Ф. Психическое старение. М., 1996.
6. Штернберг Э. А. Геронтологическая психиатрия. М., 1974.
7. Штернберг Э. Я. Клиника деменций пресенильного возраста М., 1967.

#### Пограничная психиатрия

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. М., 1993.
2. Александровский Ю. А., Лобастов О. С., Сливак Л. И. Психогении в экстремальных условиях. М., 1991.
3. Братусь Б. С. Аномалии личности. М., 1988.
4. Вейн А. М., Вознесенская Т. Г., Голубев В. Л., Дюкова Г. М. Депрессия в неврологической практике. М.: «Медицинское информационное агентство», 2002. – 160с.
5. Ганнушкин П. Б. Избранные труды. М., 1964.
6. Карвасарский Г. Д. Неврозы. М., 1988.

7. Кемпински А. Психология шизофрении.
8. Кемпински А. Психопатология невротозов. Варшава, 1975.
9. Кречмер Э. Строение тела и характер. М., 1995.
10. Кречмер Э. Об истерии. СПб., 1996.
11. Лакосина Н. Д., Трунова М. М. Невротозы, невротическое развитие личности. М., 1994.
12. Леонгард К. Акцентуированные личности. Киев, 1989.
13. Мясищев В. Н. Личность и невротозы. Л., 1960
14. Наку А. Г., Ревенко М. Т., Опря Н. А. Клиника и некоторые варианты динамики психопатии. Кишинев, 1980.
15. Свядош А. М. Невротозы. М., 1982.
16. Семке В. Я. Истерические состояния. М., 1988.
17. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицинской практике. М.: изд-во «Берег», 2000. – 160с.
18. Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. М., 1987.

#### Детская психиатрия

1. Башина В. М. Ранняя детская шизофрения. М., 1980.
2. Буянов М. Н. Беседы о детской психиатрии. М., 1992.
3. Захаров А. Н. Невротозы у детей и подростков. М., 1988.
4. Каган В. Е. Аутизм у детей. Л., 1981.
5. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. М., 1995.
6. Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М., 1985.
7. Никольская О. С., Басенко Е.Р., Либлина М. М. Аутичный ребенок. М.: «Теревинар», 1997. – 341с.
8. Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста. М., 1974.
9. Ушаков Г. К. Детская психиатрия. М., 1973
10. Эриксон Э. Детство и общество. СПб., 1996.

#### Подростковая психиатрия

1. Гилинский Я., Гурвич И., Русакова М., Симпура Ю., Хлопушин Р. Девиантность подростков: теория, методология, эмпирическая реальность. Учебно-научное издание. – СПб., Медицинская пресса. 2001. – 200с.
2. Гурьева В. А., Гиндикин В. Л. Юношеские психопатии и алкоголизм. М., 1980.
3. Кон И. С. Психология ранней юности. М., 1989.
4. Коркина М. В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. М., 1984.
5. Коркина М. В., Цивилько М. А., Мариллов В. В. Нервная анорексия. М., 1986.
6. Личко А. Е. Подростковая психиатрия. Л., 1985.
7. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л., 1983.
8. Личко А. Е. Шизофрения у подростков. Л., 1989.
9. Личко А. Е., Битенский Г. С. Подростковая наркология. Л., 1991.
10. Пантелеева Г. П., Цуцельковская М. Я., Беляев Б. С. Гебоидная шизофрения. М., 1986.
11. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. М., 1996.

#### Психосоматика и соматоформные расстройства

1. Гиндикин В. Я. Справочник. Соматогенные и соматоформные психические расстройства. М.: «Триада – Х», 2000. – 256с.
2. Дворкина М. Я. Инфекционные психозы. М., 1975.
3. Добжанский Т. Вопросы внутренней патологии у психически больных. М., 1973.

4. Ипохондрия и соматоформные расстройства (под ред. Смулевича А. Б.) М., 1992
5. Карвасарский Б. Д., Простомолотов В. Ф. Невротические расстройства внутренних органов. Кишинев, 1988.
6. Любан-Плотца Б., Пельдингер В. Психосоматический больной на приеме у врача. СПб., 1996.
7. Парцерняк С. А. Стресс. Вегетозы. Психосоматика. СПб., 2002. – 382с.
8. Тополянский В. Д., Струкова М. В. Психосоматические расстройства внутренних органов. Кишинев, 1988.
9. Целибеев Б. А. Психические нарушения при соматических заболеваниях. М., 1972.

#### Наркология

1. Буркин М. М., Горанская С.В. Основы наркологии. Петрозаводск, 2001.
2. Гузиков Б. М., Мейроян А. А. Алкоголизм у женщин. Л., 1988.
3. Иванец Н. Н., Валентик Ю.В. Алкоголизм. – М.: Наука. 1988.
4. Лекции по наркологии. Издание второе, переработанное и расширенное. Под. ред Н. Н. Иванца. – М.: Нолидж, 2000. – 448с.
5. Лисицын Ю. П., Сидоров Н. И. Алкоголизм. М., 1990
6. Личко А. Е., Битенский В.С. Подростковая наркомания. – Ленинград: Медицина, 1991.
7. Наркомания: методические рекомендации по преодолению наркозависимости / под. ред А.Н. Гаранского. – М.: Лаборатория базовых знаний, 2000. – 320с.
8. Портнов А. А., Пятницкая И. Н. Клиника алкоголизма. Л., 1971.
9. Пятницкая И. Н. Наркомании: руководство для врачей. М.: Медицина, 1994. – 544с.
10. Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» (принят Государственной Думой 10 декабря 1997г.). – М.: Ось – 89, 1998. – 47с.
11. Шабанов П. Д. Руководство по наркологии. – СПб.: Издательство «Лань», 1998. – 352с.
12. Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю. Наркомании. СПб: «Лань», 2000. – 368с.
13. Энтин Г. М. Лечение алкоголизма. М., 1990.

#### Судебная психиатрия и правовые основы психиатрии

1. Атонян Ю. М., Гульдман В. В. Криминальная патопсихология. М., 1991
2. Жариков Н. М. Морозов Г. В., Хритинин Д. Ф. Судебная психиатрия. Учебник для вузов под общ. редакцией Г. В. Морозова. – М.: Изд. группа Норма-инфра, 1999. – 432с.
3. Мальцева М. М. Котов В. Н. Опасные действия психически больных. М., 1995.
4. О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании. Постатейный комментарий. М., 1993.

#### Биологическая терапия

1. Авруцкий Г. Я. Неотложная помощь в психиатрии. М., 1979
1. Авруцкий Г. Я., Недува А. А. Лечение психически больных. М., 1988
2. Антиконвульсанты в психиатрической и неврологической практике (под ред. Вейна Л. М., Мосолова С. Н.). Спб., 1994
3. Вельдман А. В., Александровский Ю. А. Психофармакотерапия невротических расстройств. М., 1987.
4. Кекелидзе З. И., Чехонин В. П. Критические состояния в психиатрии (клинические и иммунохимические аспекты) – М.: Изд-во ГНЦССП им. В. П. Сербского, 1997. – 362с.

5. Клиническое руководство: модули диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств. Под ред. Краснова В. Н., Гуровича И.Я. Составлено в московском НИИ психиатрии МЗ РФ. Приложение к журналу «Социальная и клиническая психиатрия». Москва, 2000.
6. Личко А. Е. Инсулиновые комы. Л., 1970
7. Личко А. Е. Новое в инсулино-шоковом лечении психозов. Л., 1970.
8. Масолов С. Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. СПб., 1995.
9. Райский В. А. Психотропные средства в клинике внутренних болезней. М., 1988
10. Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных (под ред. Вовина Р. Я., Кюне Г. Е.). М., 1989.

#### Психотерапия

1. Ассаджиоли Р. Психосинтез. 1997.
2. Берн Э. Введение в психотерапию и психоанализ для непосвященных. СПб., 1991.
3. Буль П. И. Основы психотерапии. Л., 1974
4. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. М., 1985.
5. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология. Л., 1982
6. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. М., 1995.
7. Кондрашенко В. Т., Донской Д. И. Общая психотерапия – М.: Высшая школа, 1998. – 463с.
8. Коттлер Д., Браун Р. Психотерапевтическое консультирование. СПб.: «Питер», 2001. – 464с.
9. Лейтц Г. Психодрама. Теория и практика. М., 1994.
10. Лобзин В. С., Решетников М. М. Аутогенная тренировка. Л., 1986
11. Лоуэн А. Физическая динамика структуры характера. 1996.
12. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. М., 1977.
13. Макаров В. В. Избранные лекции по психотерапии – М.: «Академический проект», Екатеринбург: «Деловая книга», 1999. – 416с.
14. Роджерс К. Р. Взгляд на психотерапию, становление человека. М., 1994.
15. Руководство по психотерапии (под ред. Рожнова В. Е.). Ташкент, 1979.
16. Ташлыков Н. А. Психология лечебного процесса. Л., 1984
17. Франкл В. Человек в поисках смысла. М., 1994.
18. Фрейд з. Введение в психоанализ. Лекции. М., 1990
19. Фромм Э. Бегство от свободы. М., 1995.
20. Хорни К. Женская психология. СПб., 1993.
21. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Семейная психотерапия. Л., 1990.
22. Юнг К. Психологические типы. СПб., М., 1995.

#### Патопсихология, нейропсихология

1. Атлас экспериментального исследования отклонений в психической деятельности человека (под ред. Полищук и. А., Ведренко А. Е.). Киев, 1980.
2. Блейхер В. М., Крук И. В. Патопсихологическая диагностика. Киев, 1986.
3. Бурлачук Р. Ф., Морозов С. М. Словарь-справочник по психологической диагностике. Киев, 1989.
4. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М., 1986.
5. Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. Н. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л., 1983
6. Максимова Н. Ю., Минотина Е. Л. Курс лекций по детской патопсихологии: учебное пособие. Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. – 576с.
7. Прибрам К. Языки мозга. М., 1975.

8. Тонконогий И. М. Введение в клиническую нейропсихологию. Л., 1973.
9. Хомская Е. Д. Нейропсихология. М., 1987.

#### Сексология

1. Буртянский Д.Л., Кришталь В. В., Смирнов Г.В. Основы клинической сексологии и патогенетической психотерапии. – Саратов, изд-во Саратовского университета, 1987. – 208с.
2. Имелинский К. Сексология и сексопатология. Пер. с польского. – М.: Медицина, 1986. – 424с.
3. Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний. Пер. с чешского – М.: Медицина, 1991. -- 336с.
4. Мастерс У., Джонсон В. О любви и сексе (2 тома). СПб.: «Питер», 1991. – 296, 264с.
5. Нохуров А. Нарушения сексуального поведения: судебно-психиатрический аспект. – М.: Медицина, 1988. – 224с.
6. Общая сексопатология. Руководство для врачей. Под.ред Г. С. Васильченко. М.: Медицина, 1977. – 488с.
7. Сексопатология: справочник / Васильченко Г. С., Агаркова Т. Е., Агарков С. Т. и др. Под. ред Г. С. Васильченко. – М.: Медицина, 1990. – 576с.
8. Частная сексопатология (руководство для врачей). Под .ред. Г.С. Васильченко – т.1 – 304с., т.2 – 352 с., М.: Медицина, 1983.

#### Клиническая психология

1. Крайг Г. Психология развития. СПб.: «Питер», 2002г. – 992с.
2. Инструментальные методы диагностики депрессивных и тревожных состояний. Методические указания. Составитель – Рыбак Ю. Е. Петрозаводск, Изд-во ПетрГУ, 2000.—32с.

## ПРИЛОЖЕНИЕ

### Шкала общего клинического впечатления (CGI – Clinical Global Impression Scale)

#### ОБЩЕЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ВПЕЧАТЛЕНИЕ: ТЯЖЕСТЬ БОЛЕЗНИ

Была ли получена эта информация? **Да** |\_\_\_| **Нет** |\_\_\_|

Если **ДА**, то с учетом Вашего клинического опыта в отношении этой группы больных, насколько выраженными являются психические расстройства у пациента в данное время?

- 1 = Симптомы отсутствуют
- 2 = Состояние, граничащее с нормой
- 3 = Незначительная выраженность симптомов
- 4 = Умеренная выраженность симптомов
- 5 = Отчетливая выраженность симптомов
- 6 = Тяжелая степень выраженности симптомов
- 7 = Крайне тяжелая степень выраженности симптомов

#### ОБЩЕЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ВПЕЧАТЛЕНИЕ: ВЫРАЖЕННОСТЬ ПОВОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ

Была ли получена эта информация? **Да** |\_\_\_| **Нет** |\_\_\_|

Если **ДА**, оцените этот показатель, основываясь только на влиянии препарата. Выберите термин, который наилучшим образом описывает выраженность побочных эффектов.

- 1 = Нет
- 2 = Незначительно нарушают функционирование пациента
- 3 = Значительно нарушают функционирование пациента
- 4 = Перевешивают терапевтический эффект

#### ОБЩЕЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ВПЕЧАТЛЕНИЕ: СТЕПЕНЬ УЛУЧШЕНИЯ

Была ли получена эта информация? **Да** |\_\_\_| **Нет** |\_\_\_|

Если **ДА**, то выберите ответ, который лучше всего описывает то, как вы себя почувствовали с тех пор как Вы начали принимать этот препарат.

- 1 = Очень значительное улучшение
- 2 = Значительное улучшение
- 3 = Некоторое улучшение
- 4 = Без изменений
- 5 = Некоторое ухудшение
- 6 = Значительное ухудшение
- 7 = Очень значительное ухудшение

### **Тревожность**

Определенный уровень тревожности — естественная и обязательная особенность активной, деятельной личности. У каждого человека существует свой оптимальный, или желательный, уровень тревожности — это так называемая полезная тревожность. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания.

Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность личностная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные, связанных со специфическими ситуациями угрозы его престижу, самооценке, самоуважению. Ситуативная, или реактивная, тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями; напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичным во времени.

Личности, относимые к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест выявляет у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, и особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа.



**Шкала самооценки**  
(Ч. Д. Спилбергер, Ю. Л. Ханин)

**Ситуативная тревожность**

Инструкция: прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, **КАК ВЫ СЕБЯ ЧУВСТВУЕТЕ В ДАННЫЙ МОМЕНТ**. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

	Суждение	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я испытываю сожаление	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я чувствую себя отдохнувшим	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряженности	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

**Шкала самооценки**  
(Ч. Д. Спилбергер, Ю. Л. Ханин)

**Личностная тревожность**

Инструкция: прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того,  
**КАК ВЫ СЕБЯ ЧУВСТВУЕТЕ ОБЫЧНО.** Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

		Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
21	У меня бывает приподнятое настроение	1	2	3	4
22	Я бываю раздражительным	1	2	3	4
23	Я легко могу расстроиться	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4
25	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4
26	Я чувствую прилив сил, желание работать	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я бываю вполне счастлив	1	2	3	4
31	Я принимаю все слишком близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Я чувствую себя беззащитным	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я бываю доволен	1	2	3	4
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

## Ситуативная тревожность

Номер предложения	Номер ответа			
	№1	№2	№3	№4
1	4	3	2	1
2	4	3	2	1
3	1	2	3	4
4	1	2	3	4
5	4	3	2	1
6	1	2	3	4
7	1	2	3	4
8	4	3	2	1
9	1	2	3	4
10	4	3	2	1
11	4	3	2	1
12	1	2	3	4
13	1	2	3	4
14	1	2	3	4
15	4	3	2	1
16	4	3	2	1
17	1	2	3	4
18	1	2	3	4
19	4	3	2	1
20	4	3	2	1
Σ СТ				

## Личностная тревожность

Номер предложения	Номер ответа			
	№1	№2	№3	№4
21	4	3	2	1
22	1	2	3	4
23	1	2	3	4
24	1	2	3	4
25	1	2	3	4
26	4	3	2	1
27	4	3	2	1
28	1	2	3	4
29	1	2	3	4
30	4	3	2	1
31	1	2	3	4
32	1	2	3	4
33	1	2	3	4
34	1	2	3	4
35	1	2	3	4
36	4	3	2	1
37	1	2	3	4
38	1	2	3	4
39	4	3	2	1
40	1	2	3	4
Σ ЛТ				

До 30 баллов – низкая; 31-44 балла – умеренная; 45 и более – высокая.

## Госпитальная шкала тревоги и депрессии

<b>Я испытываю напряженность, мне не по себе</b> Все время Часто Время от времени, иногда Совсем не испытываю	<b>Т</b> 3 2 1 0	<b>Беспокойные мысли крутятся у меня в голове</b> Постоянно Большую часть времени Время от времени и не так часто Только иногда	<b>Т</b> 3 2 1 0
<b>То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство</b> Определенно это так Наверное, это так Лишь в очень малой степени это так Это совсем не так	<b>Д</b> 0 1 2 3	<b>Я испытываю бодрость</b> Совсем не испытываю Очень редко Иногда Практически все время	<b>Д</b> 3 2 1 0
<b>Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться</b> Определенно это так, и страх очень сильный Да, это так, но страх не очень сильный Иногда, но это меня не беспокоит Совсем не испытываю	<b>Т</b> 3 2 1 0	<b>Я легко могу сесть и расслабиться</b> Определенно это так Наверное, это так Лишь изредка это так Совсем не могу	<b>Т</b> 0 1 2 3
<b>Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное</b> Определенно это так Наверное, это так Лишь в очень малой степени это так Совсем не способен	<b>Д</b> 0 1 2 3	<b>Мне кажется, что я стал все делать очень медленно</b> Практически все время Часто Иногда Совсем нет	<b>Д</b> 3 2 1 0
<b>Я не слежу за своей внешностью</b> Определенно это так Я не уделяю этому столько времени, сколько нужно Может быть, я стал меньше уделять этому внимания Я слежу за собой так же, как и раньше	3 2 1 0	<b>Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь</b> Совсем не испытываю Иногда Часто Очень часто	<b>Т</b> 0 1 2 3

<p><b>Я испытываю неусидчивость, словно мне постоянно нужно двигаться</b></p> <p>Определенно это так  Наверное, это так  Лишь в некоторой степени это так  Совсем не испытываю</p>	<p><b>Т</b></p> <p>3 2 1 0</p>	<p><b>У меня бывает внезапное чувство паники</b></p> <p>Очень часто  Довольно часто  Не так уж часто  Совсем не бывает</p>	<p><b>Т</b></p> <p>3 2 1 0</p>
<p><b>Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения</b></p> <p>Точно так же, как и обычно  Да, но не в той степени, как раньше  Значительно меньше, чем обычно  Совсем так не считаю</p>	<p><b>Д</b></p> <p>0 1 2 3</p>	<p><b>Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы</b></p> <p>Часто  Иногда  Редко  Очень редко</p>	<p><b>Д</b></p> <p>0 1 2 3</p>

### Тест на ориентировку (из шкалы PANSS)

Скажите, пожалуйста, какое сегодня число (день недели, месяц, год)?

Как называется то место, где мы сейчас находимся?

(Если пациент в больнице) В какой вы палате?

По какому адресу вы теперь находитесь?

Как зовут доктора, который вас лечит?

(Если пациент в больнице) Назовите, пожалуйста, кого-нибудь еще из персонала и чем они занимаются?

Знаете ли вы, кто наш президент?

Кто глава нашей Республики?

Кто мэр нашего города?

### Тест на абстрактное мышление

Я собираюсь назвать пару слов и хочу, чтобы вы сказали мне, в чем их главное сходство. Давайте начнем, например, со сравнения слов «яблоко» и «банан». Чем они похожи, что у них общего?

Если «*Это фрукты*» -- Свершено верно.

А как насчет «шкаф» и «диван», «молоток» и «плоскогубцы»?

Если полученный ответ является конкретным, неадекватным или слишком обобщенным, например «*У обоих есть кожура*», «*Их любят обезьяны*»: Хорошо, но на самом деле общим является то, что это фрукты. А теперь давайте сравним ... и ... . Что общего у этих предметов?

Вы наверняка слышали выражение «Не в свои сани не садись». Что это обозначает на самом деле? .... . Есть еще одно старое выражение «Яблоко от яблони недалеко падает». В чем состоит главный смысл этой пословицы? (Выберите из списка еще две пословицы с разной степенью сложности):

*Куй железо пока горячо*

*Делить шкуру неубитого медведя*

*Хорошо смеется тот, кто смеется последним*

*Дорога ложка к обеду*

*Не все коту масленица*

*Не плюй в колодец, пригодится воды напиться.*

### ПРОБА 10 СЛОВ

Испытуемому был предложен для запоминания набор из 10 слов. После двукратного предъявления ряда слов с интервалом между словами 2 с, испытуемому предлагалось повторить их: 1) сразу после воспроизведения, 2) через 1-2 мин после воспроизведения, 3) через 10 мин после воспроизведения, 3) через 30 мин после воспроизведения.

При обработке результатов подсчитывалось общее количество правильно воспроизведенных слов для каждого варианта. Исходя из количества правильно воспроизведенных слов проводилась оценка состояния кратковременной и долговременной памяти. Отдельно регистрировался характер ошибок, совершаемых больным при воспроизведении, таких как замена букв или целых слов.

Слово	Сразу	1-2мин	10 мин	30 мин
БРАТ				
СТОЛ				
СЧЕТ				
ТРУД				
МЯЧ				
ТРОС				
ЛЕС				
ГРИМ				
ПРУТ				
ЛИСТ				

**Тест на зрительно-моторное запечатление следов  
(из «Скрининговая шкала когнитивных нарушений при шизофрении (CSIS)»)**

Данная проба служит для оценки состояния функции зрительного внимания и зрительно-моторной координации.

**Процедура эксперимента:**

Экспериментальным материалом служат две таблицы. В верхней таблице напечатаны не связанные между собой по смыслу буквы русского алфавита, под каждой из которых нарисован ее код (символ), состоящий из точек и тире. В нижней таблице напечатаны ячейки с этими же буквами. Испытуемому необходимо быстро перевести символы из кода, напечатанного наверху, в соответствующих ячейках ниже. Нижняя таблица содержит серию тренировочных ячеек, необходимых для отработки навыка копирования. За тренировочными следуют тестовые ячейки. На выполнение теста отводится 30 секунд. Материал предъявляют на специальном бланке.

Инструкция: «Если вы посмотрите на эти буквы, (показываются ячейки с кодом), вы увидите, что для каждой буквы имеется свой код. Мне хотелось бы, чтобы вы заполнили каждую ячейку здесь (показываются тестовые ячейки) кодом, соответствующим данной букве». Испытуемый под руководством заполняет коды для трех первых тренировочных ячеек. Когда он это выполнит, дается инструкция: «Хорошо, а теперь я хочу, чтобы вы потренировались сами и заполнили три следующих тренировочных ячейки». Ошибки, которые делает испытуемый нужно исправлять. После этого дается инструкция: «Когда я скажу начали, заполните эти ячейки (тестовые) так быстро, как вы сможете, одну за другой. Постарайтесь не делать ошибок. Есть ли у вас вопросы?»

При обработке результатов учитывается количество правильно заполненных ячеек за определенное время (30 секунд). Неверно заполненные ячейки не засчитываются.

А	М	Д	У	С	У
.-	...-	-...-	...-	-...-	-...-

Тренировка						Тест		
С	У	Д	М	А	М	Д	А	С
М	Ю	У	С	У	А	Ю	Д	М
А	Д	Ю	С	У	М	Д	Ю	М
У	С	А	М	Д	С	А	М	Ю

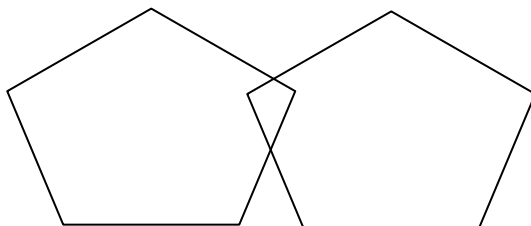


**МИНИ-ТЕСТ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ.**

Максимальный Показатель	Показатель пациента	
		<b>Ориентировка</b>
5		Какой сейчас (год) (время года) (месяц) (день недели)(число)?
5		Где мы находимся (страна) (республика) (город) (больница) (этаж)?
		<b>Запоминание</b>
3		Запоминание трех не связанных между собой предметов.
		<b>Внимание и счет</b>
5		Отсчитывание от сотни по семь. Или произнесение слова «ПАЧКА» в обратном порядке.
		<b>Воспроизведение.</b>
3		Вспоминание трех недавно названных объектов.
		<b>Речь и исполнительная деятельность</b>
2		Называние предметов (часы и карандаш).
1		Повторение фразы.
3		Выполнение устной трехэтапной команды.
1		Выполнение простой письменной команды.
1		Письмо (написать любое предложение).
		<b>Пространственная деятельность.</b>
1		Копирование рисунка.

Общая сумма: \_\_\_\_\_

Рисунок для копирования.



Инструкция по применению мини-теста психического состояния.

**Ориентировка.**

Спросите пациента, какое сегодня число. Затем спрашивайте по порядку: «Не могли бы вы также назвать мне, какой сегодня день недели» и так далее. (1 балл за каждый правильный ответ).

Спросите по порядку: «Не могли бы вы сказать мне, как называется эта больница, ... этот город, ... наша область (республика), ... страна?» (1 балл за каждый правильный ответ).

**Запоминание.**

Отчетливо и медленно (по 1 секунде на каждое слово) произнесите названия любых трех предметов, не связанных между собой. Назвав все три предмета, попросите пациента повторить сказанное. За каждое названное с первой попытки слово присуждайте по 1 баллу. Даже если пациент не смог повторить ни одного названия с первого раза (и, следовательно, не заработал ни одного балла), продолжайте произносить эти слова до тех пор, пока пациент не сможет запомнить все три. Максимальное количество попыток – шесть. Запоминание пациентом трех слов позволит вам позже оценить функцию воспроизведения мнестического материала.

**Внимание и счет.**

Попросите пациента отсчитывать от ста по семь в обратном направлении (93,86,79 и т.д.) Остановите его после пяти вычитаний. Подсчитайте число правильных ответов, оцените каждый из них в один балл. Если пациент не может выполнить этого задания, попросите его повторить слово «ПАЧКА» в обратном порядке. Присуждайте по одному баллу за каждую букву, названную в правильном порядке. Например: А-К-Ч-А-П = 5 баллов, А-К-П-А-Ч = 3 балла.

**Воспроизведение.**

Попросите пациента вспомнить те три слова, которые вы ему недавно назвали (1 балл за каждое правильно воспроизведенное слово).

**Речь.**

*Называние.* Покажите пациенту наручные часы и спросите его, что это такое. То же самое сделайте с карандашом. (1 балл за каждый правильно названный предмет).

*Повторение.* Попросите пациента повторить за вами фразу «Никаких если, а и но». Правильное повторение с первой попытки оценивается в один балл.

*Трехэтапная команда.* Дайте пациенту лист белой бумаги и произнесите вслух следующую команду: «Возьмите этот листок в правую руку, сложите его пополам и положите на пол». Правильное выполнение каждого из трех этапов оценивается в один балл.

*Чтение.* На листе белой бумаги крупным шрифтом напечатано предложение «Закройте глаза». Попросите пациента прочитать предложение и выполнить команду. (1 балл, если пациент закрывает глаза после прочтения команды).

*Письмо.* Дайте пациенту чистый лист бумаги и попросите его написать любое предложение. Не диктуйте предложение – пациент должен сам его придумать. Фраза должна содержать подлежащее и глагол и быть понятной. Соблюдение правил грамматики и пунктуации не является обязательным.

*Копирование.* На листе белой бумаги изображены пересекающиеся пятиугольники. Попросите пациента как можно более точно скопировать рисунок. Пациент должен изобразить все десять сторон, причем две из них должны пересекаться. Оценка правильного рисунка – 1 балл. Неровность линий или поворот пятиугольников не являются ошибками.

### **Анализ результатов.**

30 - 24            Норма, либо мягкое когнитивное снижение.

23-18            Легкая деменция.

17-10            Умеренно выраженная деменция.

<10              Тяжелая деменция.

Нормативные показатели Мини-теста психического состояния могут значительно варьировать в зависимости от возраста и уровня образования. В данной таблице приведены нижние границы нормы для каждого возрастного диапазона и образовательного уровня.

### **Нормативные показатели.**

Число лет обучения	Возраст					
	<39	40-49	50-59	60-69	70-79	>80
0-4 года	20	20	20	19	18	16
5-8 лет	25	24	24	24	23	22
9-12 лет	28	28	27	27	26	23
Высшее образование	29	29	28	28	27	26