федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ПО САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Психотерапия в клинике внутренних болезней»**

по направлению подготовки (специальности) ординатуры

**31.08.22 « ПСИХОТЕРАПИЯ**

(код, наименование направления подготовки (специальности))

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 «Психотерапия»,

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018г.

Оренбург

**1.Пояснительная записка**

Самостоятельная работа — форма организации образовательного процесса, стимулирующая активность, самостоятельность, познавательный интерес обучающихся.

Самостоятельная работа обучающихся является обязательным компонентом образовательного процесса, так как она обеспечивает закрепление получаемых знаний путем приобретения навыков осмысления и расширения их содержания, решения актуальных проблем формирования общекультурных (универсальных), общепрофессиональных и профессиональных компетенций, научно-исследовательской деятельности, подготовку к занятиям и прохождение промежуточной аттестации.

Самостоятельная работа обучающихся представляет собой совокупность аудиторных и внеаудиторных занятий и работ, обеспечивающих успешное освоение образовательной программы высшего образования в соответствии с требованиями ФГОС. Выбор формы организации самостоятельной работы обучающихся определяется содержанием учебной дисциплины и формой организации обучения (лекция, семинар, практическое занятие, др.).

Целью самостоятельной работы является: систематизировать знания по основам психотерапии, овладение полным объёмом, глубиной и степенью теоретических знаний и сформировать практические навыки с учётом всех разделов программы, необходимых для работы в должности врача-психотерапевта.

**2. Содержание самостоятельной работы обучающихся.**

Содержание заданий для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине представлено ***в фонде оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине***, который прикреплен к рабочей программе дисциплины, раздел 6 «Учебно- методическое обеспечение по дисциплине (модулю)», в информационной системе Университета.

Перечень учебной, учебно-методической, научной литературы и информационных ресурсов для самостоятельной работы представлен в рабочей программе дисциплины, раздел 8 « Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)».

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Тема самостоятельной  работы | Форма  самостоятельной работы1 | Форма контроля самостоятельной работы  *(в соответствии с разделом 4 РП)* | Форма  контактной  работы при  проведении  текущего  контроля2 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| *Самостоятельная работа в рамках практических/семинарских занятий*  *модуля* «**Теоретические и практические основы клиники, психодиагностики, психокоррекции, психотерапии и психопрофилактики при соматических и психосоматических заболеваниях и расстройствах**» *и т.д. (дисциплины)5* | | | | |
| 1 | Тема «*Теоретические и практические основы клиники, психодиагностики, психокоррекции, психотерапии и психопрофилактики при соматических и психосоматических заболеваниях и расстройствах*» | работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); курация больных и написание микроистории болезни | Тестирование, устный опрос, защита истории болезни | -На базе практической подготовки  -Внеаудиторная  -Аудиторная |
| *Самостоятельная работа в рамках практических/семинарских занятий*  *модуля* «**Психокоррекция, психотерапия и психопрофилактика при психосоматических расстройствах**» *и т.д. (дисциплины)5* | | | | |
| 2 | Тема «*Психокоррекция, психотерапия и психопрофилактика при психосоматических расстройствах*» | работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); курация больных и написание микроистории болезни | Тестирование, устный опрос, защита истории болезни | -На базе практической подготовки  -Внеаудиторная  -Аудиторная |
|  | Тема *«Факторы, влияющие на формирование и динамику ВКБ. Проблема психологической диагностики ВКБ»* | работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); курация больных и написание микроистории болезни | Тестирование, устный опрос, защита истории болезни | -На базе практической подготовки  -Внеаудиторная  -Аудиторная |
| 4 | Тема *«Типы личностной реакции на заболевание и их последствия»* | работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); курация больных и написание микроистории болезни | Тестирование, устный опрос, защита истории болезни | -На базе практической подготовки  -Внеаудиторная  -Аудиторная |

**3. Методические указания по выполнению заданий для самостоятельной работы по дисциплине.**

**3.1.** **Методические указания обучающимся**

**по формированию навыков конспектирования лекционного материала**

1. Основой качественного усвоения лекционного материала служит конспект, но конспект не столько приспособление для фиксации содержания лекции, сколько инструмент для его усвоения в будущем. Поэтому продумайте, каким должен быть ваш конспект, чтобы можно было быстрее и успешнее решать следующие задачи:

а) дорабатывать записи в будущем (уточнять, вводить новую информацию);

б) работать над содержанием записей – сопоставлять отдельные части, выделять основные идеи, делать выводы;

в) сокращать время на нахождение нужного материала в конспекте;

г) сокращать время, необходимое на повторение изучаемого и пройденного материала, и повышать скорость и точность запоминания.

Чтобы выполнить пункты «в» и «г», в ходе работы над конспектом целесообразно делать пометки также карандашом:

Пример 1

/ - прочитать еще раз;

// законспектировать первоисточник;

? – непонятно, требует уточнения;

! – смело;

S – слишком сложно.

Пример 2

= - это важно;

[ - сделать выписки;

[ ] – выписки сделаны;

! – очень важно;

? – надо посмотреть, не совсем понятно;

- основные определения;

- не представляет интереса.

2. При конспектировании лучше использовать тетради большого формата – для удобства и свободы в рациональном размещении записей на листе, а также отдельные, разлинованные в клетку листы, которые можно легко и быстро соединить и разъединить.

3. Запись на одной стороне листа позволит при проработке материала разложить на столе нужные листы и, меняя их порядок, сближать во времени и пространстве различные части курса, что дает возможность легче сравнивать, устанавливать связи, обобщать материал.

4. При любом способе конспектирования целесообразно оставлять на листе свободную площадь для последующих добавлений и заметок. Это либо широкие поля, либо чистые страницы.

5. Запись лекций ведется на правой странице каждого листа в разворот, левая остается чистой. Если этого не делать, то при подготовке к экзаменам дополнительную, поясняющую и прочую информацию придется вписывать между строк, и конспект превратится в малопригодный для чтения и усвоения текст.

6. При конспектировании действует принцип дистантного конспектирования, который позволяет отдельные блоки информации при записи разделять и по горизонтали, и по вертикали: отдельные части текста отделяются отчетливыми пробелами – это вертикальное членение; по горизонтали материал делится на зоны полями: I – конспектируемый текст, II – собственные заметки, вопросы, условные знаки, III – последующие дополнения, сведения из других источников.

7. Огромную помощь в понимании логики излагаемого материала оказывает рубрикация, т.е. нумерование или обозначение всех его разделов, подразделов и более мелких структур. При этом одновременно с конспектированием как бы составляется план текста. Важно, чтобы каждая новая мысль, аспект или часть лекции были обозначены своим знаком (цифрой, буквой) и отделены от других.

8. Основной принцип конспектирования – писать не все, но так, чтобы сохранить все действительно важное и логику изложения материала, что при необходимости позволит полностью «развернуть» конспект в исходный текст по формуле «конспект+память=исходный текст».

9. В любом тексте имеются слова-ориентиры, например, помогающие осознать более важную информацию («в итоге», «в результате», «таким образом», «резюме», «вывод», «обобщая все вышеизложенное» и т.д.) или сигналы отличия, т.е. слова, указывающие на особенность, специфику объекта рассмотрения («особенность», «характерная черта», «специфика», «главное отличие» и т.д.). Вслед за этими словами обычно идет очень важная информация. Обращайте на них внимание.

10. Если в ходе лекции предлагается графическое моделирование, то опорную схему записывают крупно, свободно, так как скученность и мелкий шрифт затрудняют её понимание.

11. Обычно в лекции есть несколько основных идей, вокруг которых группируется весь остальной материал. Очень важно выделить и четко зафиксировать эти идеи.

12. В лекции наиболее подробно записываются план, источники, понятия, определения, основные формулы, схемы, принципы, методы, законы, гипотезы, оценки, выводы.

13. У каждого слушателя имеется своя система скорописи, которая основывается на следующих приемах: слова, наиболее часто встречающиеся в данной области, сокращаются наиболее сильно; есть общепринятые сокращения и аббревиатуры: «т.к.», «т.д.», «ТСО» и др.; применяются математические знаки: «+», «-», «=», «>». «<» и др.; окончания прилагательных и причастия часто опускаются; слова, начинающиеся с корня, пишут без окончания («соц.», «кап.», «рев.» и т.д.) или без середины («кол-во», «в-во» и т.д.).

14. Пониманию материала и быстрому нахождению нужного помогает система акцентировок и обозначений. Во время лекции на парте должно лежать 2-3 цветных карандаша или фломастера, которыми стрелками, волнистыми линиями, рамками, условными значками на вспомогательном поле обводят, подчеркивают или обозначают ключевые аспекты лекций.

Например, прямая линия обозначает важную мысль, волнистая – непонятную мысль, вертикальная черта на полях – особо важную мысль. Основной тезис подчеркивается красным, формулировки – синим или черным, зеленым – фактический иллюстративный материал.

15. Качество усвоения материала зависит от активного его слушания, поэтому проявляйте внешне свое отношение к тем или иным его аспектам: согласие, несогласие, недоумение, вопрос и т.д. – это позволит лектору лучше приспособить излагаемый материал к аудитории.

16. Показателем внимания к учебной информации служат вопросы к лектору. По ходе лекции пытайтесь находить и отмечать те аспекты лекции, которые могут стать «зацепкой» для вопроса, а затем на следующих лекциях учитесь формулировать вопросы, не отвлекаясь от восприятия содержания.

**3.2**. **Методические указания обучающимся по подготовке**

**к практическим занятиям**

Практическое занятие *–* форма организации учебного процесса, направленная на повышение обучающимися практических умений и навыков посредством группового обсуждения темы, учебной проблемы под руководством преподавателя.

*При разработке устного ответа на практическом занятии можно использовать* *классическую схему ораторского искусства. В основе этой схемы лежит 5 этапов*:

1. Подбор необходимого материала содержания предстоящего выступления.

2. Составление плана, расчленение собранного материала в необходимой логической последовательности.

3. «Словесное выражение», литературная обработка речи, насыщение её содержания.

4. Заучивание, запоминание текста речи или её отдельных аспектов (при необходимости).

5. Произнесение речи с соответствующей интонацией, мимикой, жестами.

*Рекомендации по построению композиции устного ответа:*

1. Во введение следует:

- привлечь внимание, вызвать интерес слушателей к проблеме, предмету ответа;

- объяснить, почему ваши суждения о предмете (проблеме) являются авторитетными, значимыми;

- установить контакт со слушателями путем указания на общие взгляды, прежний опыт.

2. В предуведомлении следует:

- раскрыть историю возникновения проблемы (предмета) выступления;

- показать её социальную, научную или практическую значимость;

- раскрыть известные ранее попытки её решения.

3. В процессе аргументации необходимо:

- сформулировать главный тезис и дать, если это необходимо для его разъяснения, дополнительную информацию;

- сформулировать дополнительный тезис, при необходимости сопроводив его дополнительной информацией;

- сформулировать заключение в общем виде;

- указать на недостатки альтернативных позиций и на преимущества вашей позиции.

4. В заключении целесообразно:

- обобщить вашу позицию по обсуждаемой проблеме, ваш окончательный вывод и решение;

- обосновать, каковы последствия в случае отказа от вашего подхода к решению проблемы.

*Рекомендации по составлению развернутого плана-ответа*

*к теоретическим вопросам практического занятия*

1. Читая изучаемый материал в первый раз, подразделяйте его на основные смысловые части, выделяйте главные мысли, выводы.

2. При составлении развернутого плана-конспекта формулируйте его пункты, подпункты, определяйте, что именно следует включить в план-конспект для раскрытия каждого из них.

3. Наиболее существенные аспекты изучаемого материала (тезисы) последовательно и кратко излагайте своими словами или приводите в виде цитат.

4. В конспект включайте как основные положения, так и конкретные факты, и примеры, но без их подробного описания.

5. Отдельные слова и целые предложения пишите сокращенно, выписывайте только ключевые слова, вместо цитирования делайте лишь ссылки на страницы цитируемой работы, применяйте условные обозначения.

6. Располагайте абзацы ступеньками, применяйте цветные карандаши, маркеры, фломастеры для выделения значимых мест.

**3.3. Методические указания по подготовке письменного конспекта**

Конспект (от лат. conspectus — обзор, изложение) – 1) письменный текст, систематически, кратко, логично и связно передающий содержание основного источника информации (статьи, книги, лекции и др.); 2) синтезирующая форма записи, которая может включать в себя план источника информации, выписки из него и его тезисы.

В процессе выполнение самостоятельной работы можно использовать следующие виды конспектов: (*преподаватель может сразу указать требуемый вид конспекта, исходя из целей и задач самостоятельной работы)*

- плановый конспект (план-конспект) – конспект на основе сформированного плана, состоящего из определенного количества пунктов (с заголовками) и подпунктов, соответствующих определенным частям источника информации;

- текстуальный конспект – подробная форма изложения, основанная на выписках из текста-источника и его цитировании (с логическими связями);

- произвольный конспект – конспект, включающий несколько способов работы над материалом (выписки, цитирование, план и др.);

- схематический конспект (контекст-схема) – конспект на основе плана, составленного из пунктов в виде вопросов, на которые нужно дать ответ;

- тематический конспект – разработка и освещение в конспективной форме определенного вопроса, темы;

- опорный конспект (введен В.Ф. Шаталовым) — конспект, в котором содержание источника информации закодировано с помощью графических символов, рисунков, цифр, ключевых слов и др.;

- сводный конспект – обработка нескольких текстов с целью их сопоставления, сравнения и сведения к единой конструкции;

- выборочный конспект – выбор из текста информации на определенную тему.

В процессе выполнение самостоятельной работы обучающийся может использовать следующие формы конспектирования: (*преподаватель может сразу указать требуемую форму конспектирования, исходя из содержания задания и целей самостоятельной работы)*

- план (простой, сложный) – форма конспектирования, которая включает анализ структуры текста, обобщение, выделение логики развития событий и их сути;

- выписки – простейшая форма конспектирования, почти дословно воспроизводящая текст;

- тезисы – форма конспектирования, которая представляет собой выводы, сделанные на основе прочитанного;

- цитирование – дословная выписка, которая используется, когда передать мысль автора своими словами невозможно.

*Алгоритм выполнение задания*:

1) определить цель составления конспекта;

2) записать название текста или его части;

3) записать выходные данные текста (автор, место и год издания);

4) выделить при первичном чтении основные смысловые части текста;

5) выделить основные положения текста;

6) выделить понятия, термины, которые требуют разъяснений;

7) последовательно и кратко изложить своими словами существенные положения изучаемого материала;

8) включить в запись выводы по основным положениям, конкретным фактам и примерам (без подробного описания);

9) использовать приемы наглядного отражения содержания (абзацы «ступеньками», различные способы подчеркивания, ручки разного цвета);

10) соблюдать правила цитирования (цитата должна быть заключена в кавычки, дана ссылка на ее источник, указана страница).

**3.4.Решение ситуационных задач**

Проблемно-ситуационные задачи – разновидность практического задания, предполагающая решения вопроса в определенной ситуации. И вопрос, и сама ситуация могут иметь проблемный характер. В большинстве случаев проблемно-ситуационные задачи имеют профессиональную направленность. Позволяют оценить умения студентов применять полученные теоретические знания в различного рода ситуациях.

**3.5.Написание психотерапевтической (психосоматической) истории болезни**

Проверка практических навыков может применяться для контроля сформированности у студентов практических действий (медицинских манипуляций) с «пациентом». Позволяет оценить умения и навыки студентов применять полученные теоретические знания (о тех или иных действия и манипуляциях) в стандартных и нестандартных ситуациях.

**Методические указания по проведению курации больных и написание психотерапевтической (психосоматической) истории болезни.**

**Примерная структура учебной истории болезни**

1.Обложка.

2. Паспортная часть (общие сведения о больном).

3.Жалобы больного.

4.Субъективный анамнез, состоящий из истории жизни больного, семейного анамнеза, истории настоящего заболевания.

5.Объективный анамнез.

6.Соматический статус.

7.Неврологический статус.

8.Психический статус по следующей схеме:

8.1. внешний вид;

8.2.коммуникабельность (вступление в общение);

8.3.нарушения сознания;

8.4.нарушения ощущений и восприятия;

8.5.расстройства внимания;

8.6.нарушения памяти;

8.7.нарушения мышления;

8.8.нарушения интеллекта;

8.9.эмоциональные расстройства;

8.10. волевые расстройства с характеристикой поведения.

9.Квалификация психического статуса.

10.Экспериментально-психологическое исследование (патопсихологическое исследование) с заключением.

11.Лабораторные исследования и консультации специалистов.

12.Обоснование диагноза.

13.Дифференциальный диагноз.

14.Реабилитация.

15.Экспертиза.

16.Клинический и социально-трудовой прогноз и рекомендации.

17.Используемая литература.

***Жалобы больного***

Клиническое психиатрическое обследование больного начинает­ся с выявления его жалоб. В личной беседе с больным в отсутствии его родственников и других больных следует ненавязчиво, коррект­но спросить о его жалобах на психическое и физическое самочув­ствие.

Вопросы должны быть поставлены в краткой, лаконичной и наи­более общей форме. Следует избегать конкретных целенаправленных вопросов, чтобы исключить фактор внушения со стороны куратора тех или иных нарушений психики. Больной должен по возможности самостоятельно, активно излагать свои жалобы. При этом куратору следует отметить, какие жалобы названы больным в числе первых и затем осторожно поинтересоваться, являются ли основными, наи­более беспокоящими больного и какие жалобы можно, по мнению больного, отнести к второстепенным.

Куратор должен знать, что нередко психически больные вообще не предъявляют жалоб. Отсутствие жалоб у больного может быть свя­зано с несколькими причинами. Наиболее частая — отсутствие кри­тики больного к своему заболеванию. Непонимание своей болезни (анозогнозия) и, вследствие этого, отсутствие жалоб наиболее часто встречается у больных с психозами (шизофренией, инволюционны­ми психозами и др.), а также алкоголизмом. Другой причиной отсут­ствия жалоб может быть нежелание больного идти на откровенный разговор с куратором, отсюда сокрытие им жалоб: психологический (не нравится врач, хочу другого врача и т.п.) или психопатологичес­кий механизмы (бредовая настороженность, угрожающие или пове­лительные галлюцинации и т.п.).

Больной может не предъявлять жалоб и в связи со значительным улучшением состояния к моменту курации. В этом случае куратор должен выяснить, какие жалобы были у него при поступлении и стационар.

В любом случае отсутствие жалоб на момент курации отмечается куратором в данном разделе. А интерпретация этого факта дается и других разделах, в частности или в психологическом статусе, или к обосновании диагноза.

***Субъективный анамнез***

Для правильной диагностики болезни очень важно проанализи­ровать все предшествующие ей изменения, т.е. собрать анамнез жиз­ни и болезни больного, а также семейный анамнез. При этом следует иметь ввиду, что пациент может освещать историю своей жизни и болезни, семейный анамнез или отдельные их события искаженно, под влиянием своего болезненного состояния (бредовой интерпре­тации прошлого и настоящего, расстройств восприятия, памяти и т.д.). Такие данные могут характеризовать психическое состояние больного, но не могут быть использованы куратором для объектив­ной оценки динамики заболевания. Поэтому в психиатрии принято собирать в каждом отдельном случае два анамнеза: субъективный (со слов больного) и объективный (со слов его родственников, сослу­живцев и других лиц, хорошо знающих больного).

Семейный анамнез и анамнез жизни предшествует анамнезу бо­лезни, поскольку начало и течение психического заболевания нераз­рывно связано с наследственностью и обстоятельствами жизни боль­ного.

***Семейный анамнез.***Куратор собирает сведения о психическом здоровье родственников больного по прямой, боковой, восходящей и нисходящей линиям. Следует выяснить, не было ли среди них лиц, находящихся на учете в психоневрологическом диспансере, обра­щавшихся за помощью к психиатру даже эпизодически, лечившихся в психиатрическом стационаре (если есть сведения, то с каким диаг­нозом), а также у психотерапевтов, невропатологов, наркологов, обращавшихся к знахарям, экстрасенсам и другим представителям "нетрадиционной медицины" по поводу "стресса", "нервного сры­ва". Поинтересуйтесь особенностями характеров родных: наличие лиц с "особым" складом характера, людей с так называемым "тяжелым" характером и вообще "странных людей", чудаков. Особое внимание следует обратить на случаи самоубийств среди родственников, непо­нятных трагических смертей.

Выяснить также наличие тяжелых соматических заболеваний: зло­качественные новообразования, болезни обмена веществ, эндокрин­ные и сердечно-сосудистые заболевания и т.д.

Если больной отрицает отягощенную наследственность по психическим заболеваниям, куратор регистрирует этот факт в данном разделе. Однако относиться к этим сведениям следует критически, так как больной может не знать о них, сознательно или по болезненным мошнам скрывать их или не придавать особого значения отдельным проявлениям явных психических расстройств у родственников.

***Анамнез жизни.***В этом разделе подробно описываются особен­ности психологического и физического развития больного, начиная с раннего детства до госпитализации; характер и личность при морбиде; учёба и работа; достижения и работа; отношения; характеристика семьи, микросреды; каким всё это было и как изменилось по ходу и в связи с болезнью; социальный статус в динамике; жизненные отношения в динамике.

Акушерский анамнез. Если есть сведения, то следует указать, как протекали беременность и роды у матери, были ли отклонения в массе тела, росте при рождении. От какой по счету беременности родился, чем завершились предыдущие беременности у матери (роды, выкидыши, мертворожденные, аборты и т.д.). Возраст матери и отца к моменту рождения.

Младенческий и дошкольный период. Устанавливаются осо­бенности физического развития в детском возрасте (до 7 лет). Отме­чают, каким по счету ребенком был в семье, отношения к ребенку. Указывают, в каком возрасте начал сидеть, стоять, ходить, говорить отдельные слова, когда сложилась фразовая речь, как усваивал на­выки опрятности. Были ли отклонения в развитии моторики (коор­динация движений, плавность речи и т.д.). Выяснить индивидуаль­ные особенности поведения, черт характера в этот период жизни: активность, общительность, уравновешенность; какие игры предпо­читал — индивидуальные или коллективные, был ли в этих играх лидером или аутсайдером, отличался ли повышенной тревожнос­тью, чрезмерной зависимостью от родителей, обидчивостью, был ли неряшлив или чрезмерно аккуратен, излишне упрям. Кем воспи­тывался — родителями или прародителями и к кому был более рас­положен. Посещал ли детские дошкольные учреждения, как вел себя в них. Характер воспитания, возможные его аномалии: наличие эмо­циональной депривации (особенно со стороны матери), гипоопека, гиперопека, по типу "кумира семьи", "золушки".

Обязательно следует узнать, отмечались ли в раннем возрасте раз­личные, даже кратковременные психические нарушения — явления ранней детской невропатии (до 3-летнего возраста): нарушения сна, плаксивость, срыгивание пищи, отказ от еды, вздутие живота, на­рушение стула и т.д.; после 3-х лет — наличие ночных страхов, им­пульсивных и стереотипных действий, сноговорение, снохождение, припадки, ночное недержание мочи и возраст его прекращения.

Период обучения. В каком возрасте пошел в школу. Имел ли навыки чтения, письма и счета до начала обучения в школе, если были отклонения в начале обучения в школе, следует выяснить при­чины. Какова была успеваемость в школе и в каких классах. Отличал­ся ли хорошими способностями и по каким предметам. Какие отно­шения складывались в школьном коллективе с учащимися, учителя­ми. Пользовался ли авторитетом среди сверстников. Участвовал ли в общественной жизни класса, школы (с желанием, активно или по принуждению), занимался ли спортом и каким видом. О какой про­фессии мечтал, какие имел идеалы (литературные герои, реальные люди и т.д.). С какими показателями окончил среднюю школу (оцен­ки, наличие медалей, грамот, профессиональная подготовка). Про­должил ли дальнейшую учебу и где (курсы, ПТУ, техникум, вуз, их профиль), чем это было обусловлено (личный интерес к будущей профессии, советы и требования родителей, подражание друзьям). Как успешно учился, какую специальность получил.

Особенности поведения в детском и подростковом возрасте. Следует подробно выяснить, были ли нарушения поведения в дет­стве (с привлечением конкретных фактов), которые можно было отнести к патологическим поведенческим реакциям оппозиции, от­каза, имитации, компенсации и гиперкомпенсации, а также пове­денческие нарушения в подростковом возрасте: реакции эмансипа­ции, группирования, хобби-реакции, реакции, обусловленные сек­суальными влечениями, деликвентное поведение, ранняя алкоголи­зация и токсикоманические тенденции, суицидальные попытки, побеги и бродяжничество.

Трудовая и общественная деятельность. Кем работал, с како­го возраста, на каких должностях. Как относился к труду, любил ли свою профессию. Часто ли менял места работы и по каким причинам. Каковы были работоспособность, отношения с товарищами по тру­довому коллективу и с руководством. Занимался ли общественной работой и насколько активно.

Служба в армии. В каком возрасте был призван, были ли отсрочки и по каким причинам. Отметить ряд войск, подчинялся ли воинской дисциплине, быстро ли адаптировался к службе, отношения с воен­нослужащими, с командованием. Какие имел поощрения, взыска­ния. Отслужил ли срок службы полностью или был демобилизован раньше (по какой статье). В каком звании демобилизован.

Половое развитие, семейная жизнь. В каком возрасте сфор­мировалось половое влечение, были ли какие-либо отклонения от нормы. Появление менструации, регулярность цикла, поллюций. Воз­раст начала половой жизни, вступление в брак. Как сложилась се­мейная жизнь, отношения в семье. Были ли временные разрывы от­ношений, разводы и по каким причинам. Сколько раз вступал в брак.

Количество беременностей, родов, выкидышей, абортов. Сколько имеет детей, их возраст, сложности в воспитании, здоровы ли дети. Есть ли среди членов семьи инвалиды, какой группы и по какому заболеванию. Климактерический период, возраст наступления, тече­ние, психологическое отношение к факту утраты половой активности (адекватное, безразличное, паническое).

Социально-бытовые условия. Каковы жилищные условия и удовлетворен ли больной ими (имеет частный дом, квартиру со все­ми удобствами, отдельную комнату, проживает в общежитии, на квартире и т.п.). Отношения с соседями. Имеет ли друзей, постоян­ный круг знакомых. Как обеспечен материально.

Перенесенные в прошлом заболевания. Какими соматичес­кими заболеваниями болел, начиная с раннего детства и до настоя­щего времени. Особое внимание обратить на инфекционные болез­ни, нейроинфекции, черепно-мозговые травмы, болезни нервной системы, обмена веществ, эндокринные, аллергические и кожно-венерические заболевания, туберкулез, ревматизм, болезни сердеч­но-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, оператив­ные вмешательства, гинекологические болезни. Отметить случаи не­переносимости лекарственных препаратов и каких.

Особенности темперамента, характера, личности (преморбидно). Куратор должен выяснить, какими особенностями индиви­дуального психического склада обладал пациент до болезни (т.е. преморбидно). Следует установить, каков у больного тип высшей не­рвной деятельности (темперамент). Для этого нужно выяснить силу его нервных процессов, о чем свидетельствует активность и упорство в достижении целей, в преодолении жизненных трудностей, актив­ность в труде, общительность, оптимизм. Об уравновешенности не­рвных процессов свидетельствует умение сдерживать себя, контро­лировать свои эмоции и поведение в любой ситуации, проявлять терпение. Об инертности нервных процессов свидетельствует труд­ность адаптации к меняющимся условиям жизненных стереотипов (плохая приспосабливаемость к перемене мест жительства, условий труда, затруднения в установлении контакта с незнакомыми людь­ми). Куратор должен сделать заключение о типе высшей нервной де­ятельности.

Для определения особенностей специфически человеческого типа высшей нервной деятельности пациента (по И.И. Павлову) необхо­димо выяснить, как больной воспринимал окружающий мир — не­посредственно, эмоционально, был склонен к конкретно-образно­му мышлению, в разрешении своих жизненных проблем более пола­гался на интуицию (художественный тип) или был рассудочен, логичен, склонен к предварительному анализу и прогнозу своих по­ступков, действий других людей и событий в целом (мыслительный тип). При этом следует учитывать и профессию больного (люди с художественным типом чаще становятся актерами, художниками, му­зыкантами, а лица с мыслительным типом — инженерами, матема­тиками, писателями и т.д.). Необходимо иметь в виду, что чаще встре­чаются люди со средним (смешанным) специфически человеческим типом высшей нервной деятельности.

Для определения характера больного (совокупность устойчивых эмоционально-волевых качеств) следует выяснить особенности его эмоционально-волевой сферы в преморбиде: живость и яркость эмо­ций, преобладающий фон настроения, его устойчивость, контроль над эмоциями, тревожность, обидчивость, склонность к пессимис­тическим или оптимистическим оценкам, каковы волевые качества: чувство долга и ответственности, отношение к другим, к себе, к труду, основные линии поведения в обществе. На основании полу­ченных сведений куратор должен сделать вывод о том, какие каче­ства характера присущи больному в преморбиде: гипертимность, эмотивность, тревожность, демонстративность, инертность аффек­та, педантичность, циклотомичность, импульсивность, экзальтиро­ванность.

Для определения преморбидных особенностей личности больного как совокупность его общественных отношений куратору важно вы­яснить, что представлял собой пациент с нравственных, эстетичес­ки мировоззренческих позиций. Какие цели в жизни он себе ставил, как определял свое предназначение, свои задачи, какие имел инте­ресы, увлечения, на какие идеалы ориентировался. Предъявлял ли завышенные претензии к себе, обладал ли заостренным чувством долга, совестливости, был ли ответственным перед другими людьми (гиперсоциальный тип личности) или, напротив, имел эгоцентри­ческие, гедонические установки с повышенными претензиями к другим людям и сниженными требованиями к себе (гипосоциальный тип личности).

Вредные привычки. Курит ли, с какого возраста и сколько. Употребляет ли алкоголь, с какого возраста, как часто и в каком количестве. Были ли эпизодические немедицинские случаи употреб­ления наркотиков и токсических психоактивных веществ. Если у боль­ного выявляются признаки алкоголизма, наркомании или токсико­мании, то они подробно описываются в анамнезе болезни.

***Анамнез болезни****.* В этом разделе следует указать, когда и в ка­ком возрасте впервые появились признаки психического заболева­ния и с какими факторами (наследственными, инфекционными, соматогенными, психогенными, интоксикационными, травматичес­кими), по мнению больного, оно было связано.

Следует описать начало заболевания и оценить его характер (ост­рое, подострое, затяжное) течение. Дать характеристику течения всего заболевания (острое, в виде отдельных приступов — фаз или хрони­ческое, непрерывное, прогредиентное).

Отметить, изменяется ли с годами характер больного, его лично­стные особенности по мере развития болезни и в чем это проявляет­ся (изменение активности, общительности, эмоциональности, во­левых процессов, круга интересов, увлечений, трудоспособности).

При описании динамики болезни проанализировать изменения симптоматики заболевания, усложнялась ли она и за счет каких сим­птомов, или же упрощалась, или оставалась неизменной. Отметить, были ли в течении заболевания промежутки полного здоровья (свет­лые промежутки), наступали они спонтанно или под влиянием про­водимой терапии. При наличии ремиссий отметить их качество, т.е. длительность, сохранность или иных симптомов заболевания, соци­ального статуса больного.

Если больной ранее уже находился на диспансерном учете у пси­хиатра или неоднократно стационировался в психиатрическую боль­ницу, то указать, с каким диагнозом, как часто, с какой симптома­тикой, каков был эффект от проводимой терапии.

Если больной злоупотребляет алкоголем, наркотиками, токсичес­кими веществами, необходимо установить, с какой целью он начал их употреблять, как часто их принимает, сформировалось ли болез­ненное влечение и в чем оно проявляется, имеется ли склонность к повышению дозы, какова максимальная доза, имеются ли явления абстиненции, с какого года и в чем они выражаются. Изменился ли характер больного за годы болезни и его личностные особенности (круг интересов, нравственные, эстетические запросы, социальный статус, привести по этому поводу конкретные факты).

Особенно подробно следует описать расстройства психической деятельности у больного перед данным стационированием, чтобы были понятны основания для данной госпитализации.

***Объективный анамнез***

Данные объективного анамнеза преподаватель обычно представ­ляет студенту из клинической истории болезни. Однако эти сведения могут быть получены и самим куратором из непосредственной бесе­ды с родственниками больного при их посещении стационара. Объек­тивный анамнез имеет те же разделы и пишется по тому же плану, что и субъективный.

Куратору следует помнить, что рассказом родственников о разви­тии заболевания необходимо руководить. Нередко вместо описания конкретных проявлений заболевания они упорно пытаются изложить свои догадки о ее причинах или рассказывают о своих переживаниях в связи с заболеванием близкого человека. В этих случаях необходи­мо, извинившись, прервать спонтанный рассказ родственника и на­править беседу в нужное для куратора русло.

Для объективизации данных анамнеза могут быть использованы и дополнительные материалы (служебные и учебные характеристики, справки, а также описания больными симптомов своей болезни, их письма, рисунки и другие виды творчества, относящиеся к периоду, предшествующему госпитализации).

Если данные объективного и субъективного анамнезов совпада­ют, то это констатируется студентом отдельной фразой в учебной истории болезни.

***Психический статус***

Это центральная, основная часть истории болезни психически больного. По правильности, полноте, глубине исследования психи­ческого статуса оценивается качество истории болезни, отношение куратора к изучению психиатрии, усвоению общей психопатологии и частной психиатрии.

При всех психических заболеваниях до тех пор, пока у больного сохранена способность речи, целенаправленная беседа, умелый рас­спрос является главной частью исследования. Больные могут не счи­тать себя душевнобольными, отрицать наличие психических нару­шений и только в результате подробной целенаправленной беседы устанавливаются действительные переживания. При неумении рас­спрашивать больного можно не обнаружить бреда, галлюцинаций, психического автоматизма, неглубокой депрессии, не оценить пра­вильного психического состояния, просмотреть развивающийся пси­хоз, необходимость неотложной госпитализации, назначение огра­ничительного режима в отделении. Умению расспрашивать больного нужно учиться так же, как любой другой методике врачебного ис­следования, и совершенствоваться. Только при овладении искусст­вом беседы в сочетании со знаниями возможно квалифицированное психиатрическое исследование. Умелая, целенаправленная беседа, естественное, непринужденное, простое общение — залог выявле­ния психопатологической симптоматики, даже вопреки желанию больного, если даже он замкнут, "не настроен" на беседу или пыта­ется скрыть от врача свою болезнь (диссимуляция психической бо­лезни).

Целенаправленная беседа неотделима от наблюдения. Расспраши­вая больного, куратор параллельно наблюдает за ним, а наблюдая и подозревая ту или иную психопатологическую симптоматику, задает возникающие в связи с этим вопросы. При наблюдении можно уви­деть, а позже — уточнить при расспросе объективные признаки гал­люцинаций (например, прислушивается, затыкает уши и т.д.), бре­да, депрессии, кататонические симптомы, анализировать поведение и участие в жизни отделения.

Если в момент курации у больного нарушения в психической сфере минимальны или не отмечаются, то следует выявить имевшие место нарушения при поступлении в стационар.

Исследование (и написание) психического статуса учебной исто­рии болезни ведется путем последовательного изучения психических сфер больного. Понимая всю условность расчленения единой психической деятельности на отдельные сферы (из дидактических сообра­жений), учитывая этапность изучения психической патологии, не­достаточный опыт и навыки студента, рекомендуем следующий под­ход к написанию психического статуса.

**Особенности контакта:** доступен или недоступен**.** Как вступает в беседу, проявляет инте­рес, хорошо предъявляет жалобы, рассказывает о себе, не скрывает психопатологических переживаний. Или замкнут, неоткровенен, скрывает или диссимулирует свои переживания.

**Внешний вид больного.** Наружность, походка, поза, жесты, мимика, выражения глаз, лица, состояние зрачков, кожа на лице, губы, склеры, волосы, руки, пальцы. Опрятен, следит за своей внешностью (побрит, причесан, пользуется косметикой). Неряшлив, не следит за своей внешностью, одеждой, не соблюдает гигиенических навыков, вычурен в одежде, мимике и моторике; несоответствие вида биографическому возрасту.

**Направленное выяснение путем расспроса особенностей функционирования всех блоков и подсистем психики:**

***- сознание***(доступность продуктивному контакту; ориентированность в месте, времени, собственной личности ; фиксация текущих событий и их воспроизведение; связность психических процессов; адекватность поведения);

Оценка состояния сознания определяется путем изу­чения признаков нарушения сознания по К. Ясперсу (наличие всех 4 признаков свидетельствует о нарушении сознания и наоборот):

а) ориентирован во времени (календарная дата, день недели, из­ложение событий во времени); в окружающей обстановке (место на­хождения, знание конкретных лиц, ситуации); в собственной лич­ности (паспортные данные, анамнез жизни и болезни);

б) отрешенность от реального мира (погруженность в мир внут­ренних переживаний, растерянность, сверхизменчивость внимания, аффект недоумения);

в) фрагментарность мышления (невозможность больного решать мыслительные задачи, непоследовательная или путанная речь, па­радоксальные выводы, суждения);

г) амнестические расстройства (частичная или полная амнезия периода нарушенного сознания у больного).

Выявляются признаки синдромов выключения сознания (оглуше­ние, сопор, кома), помрачнения (делирий, онейроид, аменция) и сужения сознания (сумеречные состояния, амбулаторные автоматиз­мы).

*-****внимание***(активное, пассивное; устойчивость; объем; переключаемость; отвлекаемость).

В процессе курации необходимо наблюдать за боль­ным, его сосредоточением на вопросах куратора, не отвлекают ли его внешние раздражители, не меняет ли тему беседы. Спросить боль­ного о возможности сосредоточить внимание, читать в шумной об­становке, в тесноте. Отметить устойчивость внимания, наличие отвлекаемости, истощаемости или, наоборот, прикованность внима­ния.

*-****память***(запоминание и воспроизведение событий текущих, давно прошедших, недавно прошедших; особенности памяти больного с точки зрения близких людей).

Для выявления расстройств памяти необходимо ана­лизировать как клинические данные, анамнестические сведения, так и психологические тесты. Собирая анамнестические, паспортные све­дения, куратор уже может отметить расстройства памяти на прошед­шие события, были ли у больного эпизоды амнезий, парамнезий.

Расстройства памяти на текущие события (фиксационная амне­зия) проявляется нарушениями в удержании и запоминании теку­щих событий: текущая дата, день недели, месяц, год; место нахож­дения, длительность пребывания, знание окружающих лиц, лечаще­го врача и т.д. Имеются ли вымыслы (замещающие конфабуляции), перенесение личных событий во времени (псевдореминисценции).

*-****интеллект***(сообразительность, осведомленность, обучаемость, схватывание вопроса, толковость, изобретательность, выделение главного из второстепенностей, понимание переносного смысла, анализ, синтез, способности, накопление опыта и т.п.).

Состоит из запаса знаний и навыков; собственно интеллекта, т.е. способности к образованию суждений, умозаключений; способности выделения главного, существенного; умения схва­тывать новые точки зрения и использовать их.

Интеллект— это мышление в действии, в самостоятельном ори­гинальном решении вопросов, в широте и глубине взглядов. В норме уровень интеллекта зависит, в основном, от возраста, полученного образования, жизненного опыта. При оценке уровня и развития ин­теллекта следует учитывать анамнестические сведения, особенности воспитания и личностные характеристики.

***-эмоции*** (настроение, реакции, аффекты, чувства, страсти, низшие эмоции, высшие эмоции, эмоции интереса; типология эмоциональных переживаний).

Эта психическая функция наиболее часто плохо изу­чается куратором, недостаточно отражается в истории болезни в связи с трудностью исследования.

Определенные сведения дают ответы больных на вопросы о том, какое у них сейчас настроение, как оно колеблется, что радует и что огорчает, долго ли помнит больной обиду и стыд, как реагирует на них, как настроение оценивает сам больной.

Необходимо обратить внимание на внешний вид больного, его мимику в процессе беседы, пантомимику (следить за жестами, вы­ражением глаз, позой, пластикой движений), соматовегетативные проявления (так, при депрессии могут наблюдаться "тяжесть", "дав­ление", "пустоты" в области сердца, средостения, эпигастральной области, снижение аппетита, запоры, метеоризм, падение массы тела, дисменоррея, стойкие нарушения сна; при тревоге — тахикардия, красный дермографизм, потливость и т.д.).

Следует выяснить эмоциональные отношения с близкими, род­ными, отношение к любимым делам, работе, книгам, кинофиль­мам, наблюдая, как об этом сообщает пациент — тепло, заинтересо­ванно, с симпатией, отчужденно, равнодушно, безразлично, холод­но и т.д.

При выявлении депрессии следует осторожно выявить наличие или отсутствие сиуцидальных мыслей. Поинтересоваться суточными колебаниями тоскливого настроения. При субдепрессиях понижен­ное настроение сопровождается снижением интереса к любимому делу, к своей внешности, к близким, отмечаются внутреннее беспо­койство, чувство неудовлетворенности, вины и т.д.

*-****чувственно-образное познание*** (ощущения, восприятия, представления по органам чувств, включая общие чувствования физического и психического благополучия, чувства жизни, здоровья, социального благополучия – не оценки и выводы, а именно – чувства).

Для выявление расстройств ощущений и воспри­ятия следует поинтересоваться проявлениями гиперестезии, гипостезии, сенестопатиями, состояниями "уже виденного" и "никогда не виденного".

Не следует задавать "в лоб" вопросы о галлюцинациях (иллюзи­ях) (например, "У вас есть галлюцинации?"), следует интересовать­ся: "Не слышит ли больной вечером, в тишине, когда нет рядом людей, каких-либо особых звуков, человеческую речь, не видит ли каких-то особых "видений", устрашающих картин, не испытывает ли особых запахов, вкусовых ощущений, прикосновений, "полза­ния насекомых"? и т.п. О галлюцинациях, иллюзиях можно также судить по поведению больного, по так называемым объективным признакам галлюцинаций (прислушивается, затыкает уши, всмат­ривается, удаляет что-то изо рта, стряхивает с себя и т.д.). В некото­рых случаях о содержании галлюцинаторных переживаний можно судить по рисункам больного.

***-абстрактное познание***(ассоциативные процессы, смыслообразование, понятийное мышление, суждения, умозаключения).

Выявляют основной тип мышления: конкретный — стремление в беседе, рассказе сводить все к конкретным приме­рам, лицам, или абстрактный — ограничение отвлеченными форму­лировками. Отмечают последовательность мышления (наличие со­скальзывания, шперрунгов, ментизма, обстоятельности, резонерства, персеверации и др.), его темп (ускорение, замедление). Оценивают глубину и правильность суждений, умозаключений больного, выс­казываемых в беседе. Выявляют наличие навязчивых состояний (мыс­лей, страхов, сомнений, действий и т.д.), сверхценных и бредовых идей. Предположить наличие бредовых идей позволяет также вне­шний вид и поведение больного (например, при бреде преследова­ния — подозрительность, настороженность; при бреде величия — горделивая поза, знаки отличия, "ордена" и т.д.). Эти расстройства выявляются в монологе больного, а также в его письменном творче­стве (письма, дневники, рисунки и т.д.). Выявив те или иные бредо­вые идеи, необходимо оценить их внутреннюю связь между собой и с другой психологической симптоматикой.

*-****воля и тип поведенческой активности*** (обдуманность - необдуманность, рациональность - нерациональность, активность – пассивность, активность умеренная или чрезмерная, степень душевного и физического напряжения, степень эмоциональных затрат, наличие или отсутствие потребности в продуктивной деятельности, амбициозность и соперничество, организованность – неорганизованность, степень зависимости личности от деловой активности или от других потребностей).

Для выявления расстройств вле­чений необходимо узнать у больного (или персонала) о его аппети­те, потребности в еде, питье (ест много, мало, отказывается от пищи, поедает несъедобные предметы), о его половом влечении (онаниру­ет, проявляет гиперсексуальность и т.д.), нет ли влечения к алкого­лю, наркотическим и токсическим веществам.

Следует выяснить планы больного на ближайшее и отдалённое время, соответствие этих планов возможностям больного, или от­сутствие планов.

Интересоваться поведением больного. В процессе курации обра­тить внимание на внешний вид, на пантомимику (малоподвижен или суетлив, скован, замедлен или непоседлив, вычурен или естестве­нен), проявления инициативы в беседе, отношения с куратором. Как больной ведет себя в отделении (одинок, общителен, активен, ско­ван, заторможен, возбужден), помогает ли персоналу, больным, убирает свою кровать, личные вещи, участвует в жизни отделения, бывает ли в реабилитационной комнате (просмотр телепередач, ри­сование, поделки, игры, танцы и т.п.), работает в лечебно-произ­водственных мастерских.

При наличии ступора необходимо выявить кататонические симп­томы ("восковую гибкость", автоматическую подчиняемость, симп­том "зубчатого колеса" и т.д.) или наблюдать за поведением в пала­те, на койке (симптом "воздушной подушки", симптом "эмбрио­нальной позы" и т.д.). При возбуждении обратить внимание на ха­рактер возбуждения (хаотическое, целенаправленное, дурашливое, патетическое, продуктивное, гиперкинетическое).

***-поведенческие проявления*** (вербальные и невербальные, моторные, эмоциональные, психосоматические, когнитивные).

***Квалификация психического статуса***

В этом разделе проводится обоснование синдромального диагно­за, отмеченного у больного. Например: "Больной жалуется на быст­рую утомляемость, слабость (в беседе быстро уставал, просил воз­можности отдохнуть), раздражительность (последнее время стал по пустякам раздражаться, проявлял нетерпение к замечаниям, был несдержан с родными), гиперстезию (плохо переносит яркий свет, устает при просмотре телепередача), расстройства сна (с трудом за­сыпает, сон поверхностный с легким пробуждением и затруднением нового засыпания) и вегетативные расстройства (жалобы на голов­ные боли, непереносимость жары; при объективном исследовании отмечен тремор пальцев рук, век, положительный симптом Ромберга, "мраморная кожа" кистей рук, стойкий красный дермографизм), поэтому данное состояние следует трактовать как астенический син­дром".

Или, "На основании того, что больной указывает на наличие зри­тельных образов, возникающих внутри мозга (видит как жена, живу­щая в Саратове, совершает половые акты с посторонними мужчина­ми и специально показывает свое развратное поведение, мысленно ведет с ним беседу, "вкладывает" мысли), что может быть оценено как зрительные и вербальные псевдогаллюцинации, а также идеаторные автоматизмы, наличие бреда воздействия и преследования ("жена — член шайки, они с помощью специальной атомной аппа­ратуры воздействуют на его мозг, вкладывают ему мысли, хотят до­вести его до психической болезни, хотят вызвать атрофию мозга"), следует оценить данное состояние как синдром психического авто­матизма Кандинского-Клерамбо".

При наличии более сложного синдрома (например, сочетание депрессивного и парафренного, или позитивного и негативного) каждый синдром описывается отдельно или сливается, если это воз­можно. Например, депрессивно-парафренный, или парафренный; регресс личности.

Психический статус следует писать по предложенной схеме, стре­мясь образнее и ярче дать клиническое описание состояния больно­го и ни в коем случае не пользоваться понятиями симптомов и син­дромов.

В конце раздела "Психический статус" выставляется клинический и синдромальный диагноз, по возможности отмечается тип течения заболевания (например, "Шизофрения, периодический тип течения, онейроидно-кататонический приступ (синдром)", или "Маниакаль­но-депрессивный психоз, маниакальная фаза, гневливая мания, уни­полярное течение").

***Соматическое состояние***

Описывается по тем же правилам, что и в соматических клиниках с отражением состояния всех систем, но более кратко. Обязательно отмечаются особенности телосложения, масса тела больного, арте­риальное давление, частота пульса и дыхания, температура тела, выяснение основных жизненных функций. Па­тологические изменения описываются подробнее.

Описываются кожные покровы, их целостность, следы инъек­ций. Все это невозможно сделать без полного осмотра пациента. Все предъявляемые соматические жалобы должны быть проанализирова­ны, осмотрены соответствующие органы и системы и вызван специа­лист (врач-терапевт).

При обследовании больных соматогенными, инфекционными, интоксикационными психозами на этот раздел истории болезни об­ращается большее внимание.

***Неврологическое состояние***

Неврологический статус имеет большое значение в обследовании психически больного, так как его изменения могут служить указани­ем на патологию центральной нервной системы, лежащую в основе этиопатогенеза душевного заболевания.

Описание неврологического статуса следует проводить в следую­щем порядке:

7.1. Черепно-мозговые нервы.

7.2. Двигательная сфера.

7.3. Чувствительная сфера.

7.4. Рефлекторная сфера.

7 5. Вегетативная нервная система, трофика.

7.6. Вестибулярные функции.

7.7. Высшие корковые функции (выявление афазии, агнозии, апраксии, акалькулия и т.д.).

***Экспериментально-психологическое исследование (патопсихологическое исследование)***

В психологии, включая клиническую психологию, различают ос­новные и вспомогательные методы. К основным методам относят метод наблюдения (он полностью входит в клинико-психопатологическое исследование) и метод эксперимента, к вспомогательным — все остальные (метод экспертных оценок, анализ продуктов деятель­ности, метод опроса, метод самонаблюдения, метод тестов и т.д.).

Студентам рекомендуется провести ряд экспериментально-пси­хологических исследований отдельных психических процессов у ду­шевно больных (как при "малой" курации, так и при написании учебной истории болезни). По каждому исследованию составляется протокол. Результаты исследования обобщаются и должны быть ис­пользованы при обосновании диагноза.

Шкала депрессии Бека

Материал Psylab.info - энциклопедии психодиагностики

**Содержание**

* [1 Описание методики](http://psylab.info/%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0_%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B8_%D0%91%D0%B5%D0%BA%D0%B0#.D0.9E.D0.BF.D0.B8.D1.81.D0.B0.D0.BD.D0.B8.D0.B5_.D0.BC.D0.B5.D1.82.D0.BE.D0.B4.D0.B8.D0.BA.D0.B8)
* [2 Процедура проведения](http://psylab.info/%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0_%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B8_%D0%91%D0%B5%D0%BA%D0%B0#.D0.9F.D1.80.D0.BE.D1.86.D0.B5.D0.B4.D1.83.D1.80.D0.B0_.D0.BF.D1.80.D0.BE.D0.B2.D0.B5.D0.B4.D0.B5.D0.BD.D0.B8.D1.8F)
  + [2.1 Инструкция](http://psylab.info/%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0_%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B8_%D0%91%D0%B5%D0%BA%D0%B0#.D0.98.D0.BD.D1.81.D1.82.D1.80.D1.83.D0.BA.D1.86.D0.B8.D1.8F)
* [3 Обработка и интерпретация результатов](http://psylab.info/%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0_%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B8_%D0%91%D0%B5%D0%BA%D0%B0#.D0.9E.D0.B1.D1.80.D0.B0.D0.B1.D0.BE.D1.82.D0.BA.D0.B0_.D0.B8_.D0.B8.D0.BD.D1.82.D0.B5.D1.80.D0.BF.D1.80.D0.B5.D1.82.D0.B0.D1.86.D0.B8.D1.8F_.D1.80.D0.B5.D0.B7.D1.83.D0.BB.D1.8C.D1.82.D0.B0.D1.82.D0.BE.D0.B2)
  + [3.1 Взрослый вариант опросника](http://psylab.info/%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0_%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B8_%D0%91%D0%B5%D0%BA%D0%B0#.D0.92.D0.B7.D1.80.D0.BE.D1.81.D0.BB.D1.8B.D0.B9_.D0.B2.D0.B0.D1.80.D0.B8.D0.B0.D0.BD.D1.82_.D0.BE.D0.BF.D1.80.D0.BE.D1.81.D0.BD.D0.B8.D0.BA.D0.B0)
    - [3.1.1 Общий балл](http://psylab.info/%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0_%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B8_%D0%91%D0%B5%D0%BA%D0%B0#.D0.9E.D0.B1.D1.89.D0.B8.D0.B9_.D0.B1.D0.B0.D0.BB.D0.BB)
    - [3.1.2 Субшкалы](http://psylab.info/%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0_%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B8_%D0%91%D0%B5%D0%BA%D0%B0#.D0.A1.D1.83.D0.B1.D1.88.D0.BA.D0.B0.D0.BB.D1.8B)
    - [3.1.3 Отдельные симптомы](http://psylab.info/%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0_%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B8_%D0%91%D0%B5%D0%BA%D0%B0#.D0.9E.D1.82.D0.B4.D0.B5.D0.BB.D1.8C.D0.BD.D1.8B.D0.B5_.D1.81.D0.B8.D0.BC.D0.BF.D1.82.D0.BE.D0.BC.D1.8B)
  + [3.2 Подростковый вариант опросника](http://psylab.info/%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0_%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B8_%D0%91%D0%B5%D0%BA%D0%B0#.D0.9F.D0.BE.D0.B4.D1.80.D0.BE.D1.81.D1.82.D0.BA.D0.BE.D0.B2.D1.8B.D0.B9_.D0.B2.D0.B0.D1.80.D0.B8.D0.B0.D0.BD.D1.82_.D0.BE.D0.BF.D1.80.D0.BE.D1.81.D0.BD.D0.B8.D0.BA.D0.B0)
* [4 Стимульный материал](http://psylab.info/%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0_%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B8_%D0%91%D0%B5%D0%BA%D0%B0#.D0.A1.D1.82.D0.B8.D0.BC.D1.83.D0.BB.D1.8C.D0.BD.D1.8B.D0.B9_.D0.BC.D0.B0.D1.82.D0.B5.D1.80.D0.B8.D0.B0.D0.BB)
  + [4.1 Текст опросника](http://psylab.info/%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0_%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B8_%D0%91%D0%B5%D0%BA%D0%B0#.D0.A2.D0.B5.D0.BA.D1.81.D1.82_.D0.BE.D0.BF.D1.80.D0.BE.D1.81.D0.BD.D0.B8.D0.BA.D0.B0)
  + [4.2 Текст подростковой версии](http://psylab.info/%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0_%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B8_%D0%91%D0%B5%D0%BA%D0%B0#.D0.A2.D0.B5.D0.BA.D1.81.D1.82_.D0.BF.D0.BE.D0.B4.D1.80.D0.BE.D1.81.D1.82.D0.BA.D0.BE.D0.B2.D0.BE.D0.B9_.D0.B2.D0.B5.D1.80.D1.81.D0.B8.D0.B8)
* [5 Ссылки](http://psylab.info/%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0_%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B8_%D0%91%D0%B5%D0%BA%D0%B0#.D0.A1.D1.81.D1.8B.D0.BB.D0.BA.D0.B8)
* [6 См. также](http://psylab.info/%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0_%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B8_%D0%91%D0%B5%D0%BA%D0%B0#.D0.A1.D0.BC._.D1.82.D0.B0.D0.BA.D0.B6.D0.B5)

Описание методики

**Шкала депрессии Бека** (Beck Depression Inventory) предложена А.Т. Беком в 1961 г. и разработана на ос­нове клинических наблюдений, позволив­ших выявить ограниченный набор наиболее реле­вантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. После соотнесения этого списка параметров с клиниче­скими описаниями депрессии, содержащимися в соотвествующей литературе, был разработан опросник, включающий в себя 21 категорию симпто­мов и жалоб. Каждая категория состоит из 4-5 ут­верждений, соответствующих специфическим про­явлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии.

В соответствии со степенью выраженности симпто­ма, каждому пункту присвоены значения от 0 (сим­птом отсутствует, или выражен минимально) до 3 (максимальная выраженность симптома). Некото­рые категории включают в себя альтернативные утверждения, обладающие эквивалентным удельным весом.

В первоначальном вариан­те методика заполнялась при участии квалифици­рованного эксперта (психиатра, клинического пси­холога или социолога), который зачитывал вслух ка­ждый пункт из категории, а после просил пациента выбрать утверждение, наиболее соответствующее его состоянию на текущий момент. Пациенту выда­валась копия опросника, по которому он мог сле­дить за читаемыми экспертом пунктами. На осно­вании ответа пациента исследователь отмечал со­ответствующий пункт на бланке. В дополнение к результатам тестирования исследователь учитывал анамнестические данные, показатели интеллекту­ального развития и прочие интересующие параме­тры.

В настоящее время считается, что процедура тести­рования может быть упрощена: опросник выдается на руки пациенту и заполняется им самостоятельно.

Показатель по каждой категории рассчитывается следующим образом: каждый пункт шкалы оцени­вается от 0 до 3 в соответствии с нарастанием тя­жести симптома. Суммарный балл составляет от О до 62 и снижается в соответствии с улучшением состояния.

Процедура проведения

**Инструкция**

«В этом опроснике содержатся группы утверждений. Внимательно прочитайте каждую группу утверждений. Затем определите в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как Вы себя чувствовали НА ЭТОЙ НЕДЕЛЕ И СЕГОДНЯ. Поставьте галочку около выбранного утверждения. Если несколько утверждений из одной группы кажутся Вам одинаково хорошо подходящими, то поставьте галочки около каждого из них. Прежде, чем сделать свой выбор, убедитесь, что Вы прочли Все утверждения в каждой группе»

Обработка и интерпретация результатов

При интерпретации данных учитывается суммарный балл по всем категориям.

**Взрослый вариант опросника**

**Общий балл**

* 0-9 – отсутствие депрессивных симптомов
* 10-15 – легкая депрессия (субдепрессия)
* 16-19 – умеренная депрессия
* 20-29 – выраженная депрессия (средней тяжести)
* 30-63 – тяжелая депрессия

**Субшкалы**

* Пункты 1-13 – когнитивно-аффективная субшкала (C-A)
* Пункты 14-21 – субшкала соматических проявлений депрессии (S-P)

**Отдельные симптомы**

Также возможно оценить отдельно выраженность 21 симптома депрессии:

1. Настроение
2. Пессимизм
3. Чувство несостоятельности
4. Неудовлетворенность
5. Чувство вины
6. Ощущение, что буду наказан
7. Отвращение к самому себе
8. Идеи самообвинения
9. Суицидальные мысли
10. Слезливость
11. Раздражительность
12. Нарушение социальных связей
13. Нерешительность
14. Образ тела
15. Утрата работоспособности
16. Нарушение сна
17. Утомляемость
18. Утрата аппетита
19. Потеря веса
20. Охваченность телесными ощущениями
21. Утрата либидо

**Подростковый вариант опросника**

* До 9 баллов удовлетворительное эмоциональное состояние - 4 балла,
* От 10 до 19 баллов легкая депрессия - 3 балла
* От 19 до 22 баллов умеренная депрессия - 2 балла
* Более 23 баллов тяжелая депрессия - 1 балл

Уровень депрессии в 19 баллов считается клиническим нарушением; уровень выше 24 баллов указывает на необходимость терапии - возможно с применением антидепрессантов. Целью лечения должно быть достижение уровня депрессии ниже 10 баллов.

Стимульный материал

[**Текст опросника**](http://psylab.info/%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0_%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B8_%D0%91%D0%B5%D0%BA%D0%B0/%D0%A2%D0%B5%D0%BA%D1%81%D1%82_%D0%BE%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%B0)

**Инструкция:** «В этом опроснике содержатся группы утверждений. Внимательно прочитайте каждую группу утверждений. Затем определите в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как Вы себя чувствовали НА ЭТОЙ НЕДЕЛЕ И СЕГОДНЯ. Поставьте галочку около выбранного утверждения. Если несколько утверждений из одной группы кажутся Вам одинаково хорошо подходящими, то поставьте галочки около каждого из них. Прежде, чем сделать свой выбор, убедитесь, что Вы прочли Все утверждения в каждой группе»

* + 0 Я не чувствую себя расстроенным, печальным.
  + 1 Я расстроен.
  + 2 Я все время расстроен и не могу от этого отключиться.
  + 3 Я настолько расстроен и несчастлив, что не могу это выдержать.
  + 0 Я не тревожусь о своем будущем.
  + 1 Я чувствую, что озадачен будушим.
  + 2 Я чувствую, что меня ничего не ждет в будущем.
  + 3 Мое будущее безнадежно, и ничто не может измениться к лучшему.
  + 0 Я не чувствую себя неудачником.
  + 1 Я чувствую, что терпел больше неудач, чем другие люди.
  + 2 Когда я оглядываюсь на свою жизнь, я вижу в ней много неудач.
  + 3 Я чувствую, что как личность я - полный неудачник.
  + 0 Я получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
  + 1 Я не получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
  + 2 Я больше не получаю удовлетворения ни от чего.
  + 3 Я полностью не удовлетворен жизнью. и мне все надоело.
  + 0 Я не чувствую себя в чем-нибудь виноватым.
  + 1 Достаточно часто я чувствую себя виноватым.
  + 2 Большую часть времени я чувствую себя виноватым.
  + 3 Я постоянно испытываю чувство вины.
  + 0 Я не чувствую, что могу быть наказанным за что-либо.
  + 1 Я чувствую, что могу быть наказан.
  + 2 Я ожидаю, что могу быть наказан.
  + 3 Я чувствую себя уже наказанным.
  + 0 Я не разочаровался в себе.
  + 1 Я разочаровался в себе.
  + 2 Я себе противен.
  + 3 Я себя ненавижу.
  + 0 Я знаю, что я не хуже других.
  + 1 Я критикую себя за ошибки и слабости.
  + 2 Я все время обвиняю себя за свои поступки.
  + 3 Я виню себя во всем плохом, что происходит.
  + 0 Я никогда не думал покончить с собой.
  + 1 Ко мне приходят мысли покончить с собой, но я не буду их осуществлять.
  + 2 Я хотел бы покончить с собой.
  + 3 Я бы убил себя, если бы представился случай.
  + 0 Я плачу не больше, чем обычно.
  + 1 Сейчас я плачу чаще, чем раньше.
  + 2 Теперь я все время плачу.
  + 3 Раньше я мог плакать, а сейчас не могу, даже если мне хочется.
  + 0 Сейчас я раздражителен не более, чем обычно.
  + 1 Я более легко раздражаюсь, чем раньше.
  + 2 Теперь я постоянно чувствую, что раздражен.
  + 3 Я стал равнодушен к вещам, которые меня раньше раздражали.
  + 0 Я не утратил интереса к другим людям.
  + 1 Я меньше интересуюсь другими людьми, чем раньше.
  + 2 Я почти потерял интерес к другим людям.
  + 3 Я полностью утратил интерес к другим людям.
  + 0 Я откладываю принятие решения иногда, как и раньше.
  + 1 Я чаще, чем раньше, откладываю принятие решения.
  + 2 Мне труднее принимать решения, чем раньше.
  + 3 Я больше не могу принимать решения.
  + 0 Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем обычно.
  + 1 Меня тревожит, что я выгляжу старым и непривлекательным.
  + 2 Я знаю, что в моей внешности произошли существенные изменения, делающие меня непривлекательным.
  + 3 Я знаю, что выгляжу безобразно.
  + 0 Я могу работать так же хорошо, как и раньше.
  + 1 Мне необходимо сделать дополнительное усилие, чтобы начать делать что-нибудь.
  + 2 Я с трудом заставляю себя делать что-либо.
  + 3 Я совсем не могу выполнять никакую работу.
  + 0 Я сплю так же хорошо, как и раньше.
  + 1 Сейчас я сплю хуже, чем раньше.
  + 2 Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, и мне трудно заснуть опять.
  + 3 Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и больше не могу заснуть.
  + 0 Я устаю не больше, чем обычно.
  + 1 Теперь я устаю быстрее, чем раньше.
  + 2 Я устаю почти от всего, что я делаю.
  + 3 Я не могу ничего делать из-за усталости.
  + 0 Мой аппетит не хуже, чем обычно.
  + 1 Мой аппетит стал хуже, чем раньше.
  + 2 Мой аппетит теперь значительно хуже.
  + 3 У меня вообще нет аппетита.
  + 0 В последнее время я не похудел или потеря веса была незначительной.
  + 1 За последнее время я потерял более 2 кг.
  + 2 Я потерял более 5 кг.
  + 3 Я потерял более 7 кr.

Я намеренно стараюсь похудеть и ем меньше (отметить крестиком).

ДА\_\_\_\_\_\_\_\_\_ НЕТ\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + 0 Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.
  + 1 Меня тревожат проблемы моего физического здоровья, такие, как боли, расстройство желудка, запоры и т.д.
  + 2 Я очень обеспокоен своим физическим состоянием, и мне трудно думать о чем-либо другом.
  + 3 Я настолько обеспокоен своим физическим состоянием, что больше ни о чем не могу думать.
  + 0 В последнее время я не замечал изменения своего интереса к сексу.
  + 1 Меня меньше занимают проблемы секса, чем раньше.
  + 2 Сейчас я значительно меньше интересуюсь сексуальными проблемами, чем раньше.
  + 3 Я полностью утратил сексуальный интерес.

[**Текст подростковой версии**](http://psylab.info/%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0_%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B8_%D0%91%D0%B5%D0%BA%D0%B0/%D0%A2%D0%B5%D0%BA%D1%81%D1%82_%D0%BF%D0%BE%D0%B4%D1%80%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B9_%D0%B2%D0%B5%D1%80%D1%81%D0%B8%D0%B8)

Ссылки

[Шкала депрессии Бека online (Beck Depression Inventory)](http://testplayer.org/Player/Passport.aspx?TestId=3)

**Опросник «Самочувствие, активность, настроение» (САН)**

*Материал Psylab.info - энциклопедии психодиагностики*

***Описание методики***

Тест САН — разновидность опросников состояний и настроений. Разработан сотрудниками 1 Московского медицинского института имени И.М.Сеченова В. А. Доскиным, Н. А. Лаврентьевой, В. Б. Шараем и М. П. Мирошниковым в 1973 г.

САН представляет собой карту (таблицу), которая содержит 30 пар слов, отражающих исследуемые особенности психоэмоционального состояния (самочувствие, настроение, активность). При разработке методики авторы исходили из того, что три основные составляющие функционального психоэмоционального состояния — самочувствие, активность и настроение могут быть охарактеризованы полярными оценками, между которыми существуют континуальная последовательность промежуточных значений. Однако получены данные о том, что шкалы САН имеют чрезмерно обобщенный характер. Факторный анализ позволяет выявить более дифференцированные шкалы: "самочувствие", "уровень напряженности", "эмоциональный фон", "мотивация". САН нашел широкое распространение при оценке психического состояния больных и здоровых лиц, психоэмоциональной реакции на нагрузку, для выявления индивидуальных особенностей и биологических ритмов психофизиологических функций.

***Процедура проведения***

**Инструкция**

Необходимо соотнести свое состояние со шкалой 3 2 1 0 1 2 3 каждой пары признаков. Например, между парой утверждений "Самочувствие хорошее" и "Самочувствие плохое" расположены цифры 3 2 1 0 1 2 3. Цифра "0" соответствует среднему самочувствию, которое обследуемый не может отнести ни к плохому, ни к хорошему. Находящаяся слева от "0" единица отражает самочувствие — выше среднего, а цифра три — соответствует прекрасному самочувствию. Те же цифры в этой строке, стоящие справа от цифры "0", аналогичным образом характеризуют самочувствие исследуемого, если оно ниже среднего. Таким образом, последовательно рассматривается и оценивается каждая строка данного опросника.

В каждом случае, в отношении каждой пары утверждений Вы осуществляете свой выбор, отмечая необходимое значение шкалы "3 2 1 0 1 2 3".

***Обработка результатов***

При обработке эти цифры перекодируются следующим образом: индекс 3, соответствующий неудовлетворительному самочувствию, низкой активности и плохому настроению, принимается за 1 балл; следующий за ним индекс 2 – за 2; индекс 1 – за 3 балла и так до индекса 3 с противоположной стороны шкалы, который соответственно принимается за 7 баллов (учтите, что полюса шкалы постоянно меняются). Итак, положительные состояния всегда получают высокие баллы, а отрицательные низкие.

Например:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **7 6 5 4 3 2 1** |  |
| Чувствую себя сильным | 3 2 1 0 1 2 3 | Чувствую себя слабым |
|  | **1 2 3 4 5 6 7** |  |
| Пассивный | 3 2 1 0 1 2 3 | Активный |

Производится расчет суммы баллов согласно ключа к тесту.

**Ключ**

* **Самочувствие** сумма баллов за вопросы: 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.
* **Активность** сумма баллов за вопросы: 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.
* **Настроение** сумма баллов за вопросы: 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Интерпретация результатов

Полученная по каждой шкале сумма находится в пределах от 10 до 70 и позволяет выявить функциональное состояние индивида в данный момент времени по принципу.

* < 30 баллов — низкая оценка;
* 30 — 50 баллов — средняя оценка;
* > 50 баллов — высокая оценка.

Следует упомянуть, что при анализе функционального состояния важны не только значения отдельных его показателей, но и их соотношение. Дело в том, что у отдохнувшего человека оценки активности, настроения и самочувствия обычно примерно равны. А по мере нарастания усталости соотношение между ними изменяется за счет относительного снижения самочувствия и активности по сравнению с настроением.

<http://psylab.info/%D0%9E%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BD%D0%B8%D0%BA_%C2%AB%D0%A1%D0%B0%D0%BC%D0%BE%D1%87%D1%83%D0%B2%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B8%D0%B5,_%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C,_%D0%BD%D0%B0%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5%C2%BB>

**ОПРОСНИК  
"САМОЧУВСТВИЕ, АКТИВНОСТЬ НАСТРОЕНИЕ"   
(САН)**

**ОПИСАНИЕ**

Методика САН является разновидностью опросников состояний и настроений. Разработан В.А. Доскиным, Н.А. Лаврентьевой, В.Б. Шарай, М.П. Мирошниковым в 1973 г. При разработке методики авторы исходили из того, что три основные составляющие функционального психоэмоционального состояния — самочувствие, активность и настроение могут быть охарактеризованы полярными оценками, между которыми существует континуальная последовательность промежуточных значений. Однако получены данные о том, что шкалы САН имеют чрезмерно обобщенный характер. Факторный анализ позволяет выявить более дифференцированные шкалы «самочувствие», «уровень напряженности», «эмоциональный фон», «мотивация» (А.Б.Леонова, 1984).

Конструктная валидность САН устанавливалась на основании сопоставления с результатами психофизиологических методик с учетом показателей критической частоты мельканий, температурной динамики тела, хронорефлексометрии. Текущая валидность устанавливалась путем сопоставления данных контрастных групп, а также путем сравнения результатов испытуемых в разное время рабочего дня. Стандартизация методики проведена на материале обследования выборки 300 студентов.

САН нашел широкое распространение при оценке психического состояния больных и здоровых лиц, психоэмоциональной реакции на нагрузку, для выявления индивидуальных особенностей и биологических ритмов психофизиологических функций.

**Самочувствие** — это комплекс субъективных ощущений, отражающих степень физиологической и психологической комфортности состояния человека, направление мыслей чувств и т.п. Самочувствие может быть представлено в виде некоторой обобщающей характеристики (плохое/хорошее самочувствие, бодрость, недомогание и т.п), а также может быть локализовано по отношению к определенным формам ощущения (ощущение дискомфорта в различных частях тела).

**Активность** — 1) всеобщая характеристика живых существ, их собственная динамика как источник преобразования или поддержания жизненно значимых связей с окружающей средой, имеющее свою иерархию: химическая, физическая нервная психическая активность, активность сознания, личности, группы, общества.. Активность строится в соответствии с вероятностным прогнозированием развития событий в среде и положением в ней организма; 2) одна из сфер проявления темперамента которая определяется интенсивностью и объемом взаимодействия человека с физической и социальной средой. По этому параметру человек может быть инертным, пассивным, спокойным, инициативным, активным или стремительным.

**Настроение** — сравнительно продолжительные, устойчивые состояния человека которое может быть представлено как 1) эмоциональный фон (приподнятое, подавленное) т.е. являться эмоциональной реакцией не на непосредственные последствия конкретных событий, а на их значение для субъекта в контексте общих жизненных планов, интересов и ожиданий; 2) четкое идентифицируемое состояние (скука, печаль, тоска, страх, увлеченность, радость, восторг и пр.). Настроение будучи вызванным определенной причиной, конкретным поводом, проявляется в особенностях эмоционального отклика человека на воздействия любого характера.

<http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/psy-metodiks/inquirer/64-san>

**Опросник «Самочувствие, активность, настроение»**

***Инструкция:*** «Необходимо соотнести свое состояние со шкалой 3 2 1 0 1 2 3 каждой пары признаков. Например, между парой утверждений "Самочувствие хорошее" и "Самочувствие плохое" расположены цифры 3 2 1 0 1 2 3. Цифра "0" соответствует среднему самочувствию, которое обследуемый не может отнести ни к плохому, ни к хорошему. Находящаяся слева от "0" единица отражает самочувствие — выше среднего, а цифра три — соответствует прекрасному самочувствию. Те же цифры в этой строке, стоящие справа от цифры "0", аналогичным образом характеризуют самочувствие исследуемого, если оно ниже среднего. Таким образом, последовательно рассматривается и оценивается каждая строка данного опросника.

В каждом случае, в отношении каждой пары утверждений Вы осуществляете свой выбор, отмечая необходимое значение шкалы "3 2 1 0 1 2 3".».

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Самочувствие хорошее | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Самочувствие плохое |
| 2. | Чувствую себя сильным | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Чувствую себя слабым |
| 3. | Пассивный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Активный |
| 4. | Малоподвижный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Подвижный |
| 5. | Веселый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Грустный |
| 6. | Хорошее настроение | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Плохое настроение |
| 7. | Работоспособный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Разбитый |
| 8. | Полный сил | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Обессиленный |
| 9. | Медлительный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Быстрый |
| 10. | Бездеятельный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Деятельный |
| 11. | Счастливый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Несчастный |
| 12. | Жизнерадостный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Мрачный |
| 13. | Напряженный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Расслабленный |
| 14. | Здоровый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Больной |
| 15. | Безучастный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Увлеченный |
| 16. | Равнодушный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Взволнованный |
| 17. | Восторженный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Унылый |
| 18. | Радостный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Печальный |
| 19. | Отдохнувший | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Усталый |
| 20. | Свежий | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Изнуренный |
| 21. | Сонливый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Возбужденный |
| 22. | Желание отдохнуть | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Желание работать |
| 23. | Спокойный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Озабоченный |
| 24. | Оптимистичный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Пессимистичный |
| 25. | Выносливый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Утомляемый |
| 26. | Бодрый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Вялый |
| 27. | Соображать трудно | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Соображать легко |
| 28. | Рассеянный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Внимательный |
| 29. | Полный надежд | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Разочарованный |
| 30. | Довольный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Недовольный |

#### Приложение 1

## *Классификация типов отношения к болезни*

***1. Гармоничный (Г)*** (реалистичный, взвешенный). Оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Стремление облегчить близким тяготы ухода за собой. В случае понимания неблагоприятного прогноза заболевания – переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному, сосредоточение внимания на своих делах, заботе о близких.

***2. Эргопатический (Р)*** (стенический). “Уход от болезни в работу”. Характерно сверхответственное, подчас одержимое, стеничное отношение к работе, которое в ряде случаев выражено еще в большей степени, чем до болезни. Избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное, прежде всего стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать работу. Стремление во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве.

***3. Анозогнозический (З)*** (эйфорический). Активнее отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. При признании болезни – отбрасывание мыслей о возможных ее последствиях. Отчетливые тенденции рассматривать симптомы болезни как проявления "несерьезных" заболеваний или случайных колебаний самочувствия. В связи с этим нередко характерны отказ от врачебного обследования и лечения, желание “разобраться самому” и “обойтись своими средствами”, надежда на то, что “само все обойдется”. При эйфорическом варианте этого типа – необоснованно повышенное настроение, пренебрежительное, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Желание продолжать получать от жизни все, что и ранее, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима и врачебных рекомендаций, пагубно сказывающихся на течении болезни.

***4. Тревожный (Т)*** (тревожно-депрессивный и обсессивно-фобический). Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни и методах лечения, поиск “авторитетов”, частая смена лечащего врача. В отличие от ипохондрического типа отношения к болезни, в большей степени выражен интерес к объективным данным (результаты анализов, заключения специалистов), нежели к субъективным ощущениям. Поэтому – предпочтение слушать о проявлениях заболевания у других, а не предъявлять без конца свои жалобы. Настроение тревожное. Как следствие тревоги – угнетенность настроения и психической активности.

При обсессивно-фобическом варианте этого типа – тревожная мнительность, которая, прежде всего, касается опасений не реальных, а маловероятныхосложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни; работе, взаимоотношениях с близкими в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

***5. Ипохондрический (И).*** Чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них врачам, медперсоналу и окружающим. Преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение неприятных ощущений в связи с побочными действиями лекарств и диагностических процедур. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, постоянных требований тщательного обследования у авторитетных специалистов и боязни вреда и болезненности процедур.

***6. Неврастенический (Н).*** Поведение по типу “раздражительной слабости”. Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием и угрызениями совести. Неумение и нежелание терпеть болевые ощущения. Нетерпеливость в обследовании и лечении, неспособность терпеливо ждать облегчения. В последующем – критическое отношение к своим поступкам и необдуманным словам, просьбы о прощении.

***7. Меланхолический (М)*** (витально-тоскливый). Сверхудрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Сомнение в успехе лечения даже при благоприятных объективных данных и удовлетворительном самочувствии.

***8. Апатический (А).***  Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса к жизни, ко всему, что ранее волновало. Вялость и апатия в поведении, деятельности и межличностных отношениях.

***9. Сенситивный (С).*** Чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни. Опасения, что окружающие станут жалеть, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни и неблагоприятные слухи о причине и природа болезни и даже избегать общения с больным. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагожелательного отношения с их стороны в связи с этим. Колебания настроения, связанные, главным образом, с межличностными контактами.

***10. Эгоцентрический (Э)*** (истероидный). “Принятие” болезни и поиски выгод в связи с болезнью. Выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью вызвать сочувствие и полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы о себе в ущерб другим делам и заботам, полное невнимание к близким. Разговоры окружающих быстро переводятся “на себя”. Другие люди, также требующие внимания и заботы, рассматриваются как “конкуренты”, отношение к ним – неприязненное. Постоянное желание показать другим свою исключительность в отношении болезни, непохожесть на других. Эмоциональная нестабильность и непрогнозируемость.

***11. Паранойяльный (П).*** Уверенность, что болезнь – результат внешних причин, чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность и настороженность к разговорам о себе, к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения или побочные действия лекарств халатности или злому умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.

***12. Дисфорический (Д)*** (агрессивный). Доминирует гневливо-мрачное, озлобленное настроение, постоянный угрюмый и недовольный вид. Зависть и ненависть к здоровым, включая родных и близких. Вспышки озлобленности со склонностью винить в своей болезни других. Требование особого внимания к себе и подозрительность к процедурам и лечению. Агрессивное, подчас деспотическое отношение к близким, требование во всем угождать.

Типы отношения к болезни были объединены по трем блокам.

**Первый блок** включает гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается. При гармоничном типе реагирования больные, адекватно оценивая свое состояние, активно участвуют в лечении заболевания, соблюдают назначенный врачом режим, и в то же время характеризуются стремлением преодолеть заболевание, неприятием “роли” больного, сохранением ценностной структуры и активного социального функционирования. Кроме гармоничного типа реагирования, в первый блок включены эргопатический и анозогнозический типы. Для больных с этими типами отношения к болезни характерно: снижение критичности к своему состоянию, преуменьшение “значения” заболевания вплоть до полного его вытеснения, иногда проявляющееся поведенческими нарушениями рекомендуемого врачом режима жизни, “уходом” в работу, отрицанием подчас факта заболевания. Однако выраженные явления психической дезадаптации у этих больных отсутствуют, что позволило условно включить их в один блок с гармоничным типом.

Во второй и третий блоки включены типы реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием и различающиеся преимущественно интрапсихической или интерпсихической направленностью реагирования на болезнь.

**Второй блок** включает тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы отношения, для которых характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации больных с этими типами реагирования. Эмоционально-аффективная сфера отношений у таких больных проявляется в дезадаптивном поведении: реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, “уходом” в болезнь, отказе от борьбы – “капитуляции” перед заболеванием и т.п.

В **третий блок** вошли сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы отношения, для которых характерна интерпсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, также обуславливающая нарушения социальной адаптации больных. Больные с этими типами отношения к болезни характеризуются таким сенсибилизированным отношением к болезни, которое, вероятно, в наибольшей степени зависит от преморбидных особенностей личности. Такое сенсибилизированное отношение к болезни проявляется дезадаптивным поведением больных: они стесняются своего заболевания перед окружающими, “используют” его для достижения определенных целей, строят паранойяльного характера концепции относительно причин своего заболевания и его хронического течения, проявляют гетерогенные агрессивные тенденции, обвиняя окружающих в своем недуге.

Приложение 2

## *Текст опросника ТОБОЛ*

1. Самочувствие

С тех пор как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие 1

Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил 2

Дурное самочувствие я стараюсь перебороть 3

Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим 4

У меня почти всегда что-нибудь болит 5

Плохое самочувствие у меня возникает после огорчений 6

Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей 7

Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания 8

Мое самочувствие вполне удовлетворительно 9

С тех пор как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами

раздражительности и чувством тоски 10

Мое самочувствие очень зависит от того, как ко мне относятся окружающие 11

Ни одно из определений мне не подходит 12

2. Настроение

Как правило, настроение у меня очень хорошее 1

Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным 2

У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей,

беспокойства за близких, неуверенности в будущем 3

Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти 4

Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение 5

Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия 6

У меня стало совершенно безразличное настроение 7

У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых

достается окружающим 8

У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточенность и гнев 9

Малейшие неприятности сильно огорчают меня 10

Из-за болезни у меня все время тревожное настроение 11

Ни одно из определений мне не подходит 12

3. Сон и пробуждение ото сна

Проснувшись, я сразу заставляю себя встать 1

Утро для меня – самое тяжелое время суток 2

Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть 3

Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем 4

Я сплю мало, но встаю бодрым. Сны вижу редко 5

С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером 6

У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно-тоскливые

сновидения 7

Утром я встаю бодрым и энергичным 8

Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать 9

По ночам у меня бывают приступы страха 10

С утра я чувствую полное безразличие ко всему 11

По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни 12

Во сне мне видятся всякие болезни 13

Ни одно из определений мне не подходит 14

4. Аппетит и отношение к еде

Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях 1

У меня хороший аппетит 2

У меня плохой аппетит 3

Я люблю сытно поесть 4

Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде 5

Мне легко можно испортить аппетит 6

Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее доброкачественность 7

Еда меня интересует, прежде всего, как средство поддержать здоровье 8

Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал 9

Еда не доставляет мне никакого удовольствия 10

Ни одно из определений мне не подходит 11

5. Отношение к болезни

Моя болезнь меня пугает 1

Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет 2

Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью 3

Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня 4

Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью 5

Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет 6

Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей 7

Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают 8

Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше 9

Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи 10

Я здоров, и болезни меня не беспокоят 11

Моя болезнь протекает совершенно необычно – не так, как у других, и поэтому требует особого внимания 12

Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым 13

Я знаю по чьей вине я заболел и не прощу этого никогда 14

Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни 15

Ни одно из определений мне не подходит 16

6. Отношение к лечению

Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь,

если о ней поменьше думать 1

Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением 2

Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение только бы

избавиться от болезни 3

Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным 4

Я ищу новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно

разочаровываюсь 5

Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств и процедур,

уговаривают меня на никчемную операцию 6

Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных 7

Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей 8

Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить 9

Считаю, что меня лечат неправильно 10

Я ни в каком лечении не нуждаюсь 11

Мне надоело бесконечное лечение, хочу, чтобы меня только оставили в покое 12

Я избегаю говорить о лечении с другими людьми 13

Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения 14

Ни одно из определений мне не подходит 15

7. Отношение к врачам и медперсоналу

Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному 1

Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность 2

Считаю, что я заболел, прежде всего, по вине врачей 3

Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат 4

Мне все равно, кто и как меня лечит 5

Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что-либо важное, что может

повлиять на успех лечения 6

Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь 7

Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения 8

С большим уважением я отношусь к медицинской профессии 9

Я не раз убеждался, что врачи и персонал невнимательны и недобросовестно исполняют свои обязанности 10

Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и медперсоналом и потом сожалею об этом 11

Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь 12

Считаю, что врачи и медперсонал попусту тратят на меня время 13

Ни одно из определений мне не подходит 14

8. Отношение к родным и близким

Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких перестали волновать меня 1

Я стараюсь родным и близким не показывать виду, что я болен, чтобы

не омрачать им настроения 2

Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжело больного 3

Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды 4

Мои родные не хотят понять тяжесть моей болезни и не сочувствуют моим

страданиям 5

Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие 6

Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими 7

Из-за болезни я утратил всякий интерес к делам и волнениям близких и родных 8

Из-за болезни я стал в тягость близким 9

Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывает у меня неприязнь 10

Я считаю, что заболел из-за моих родных 11

Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни 12

Ни одно из определений мне не подходит 13

9. Отношение к работе (учебе)

Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться) 1

Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения) 2

Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной. 3

Из-за болезни мне теперь стало не до работы (не до учебы) 4

Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой) 5

Считаю, что заболел из-за того, что работа (учеба) причинила вред моему

здоровью 6

На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне 7

Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе) 8

Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) поменьше знали и говорили

о моей болезни 9

Я считаю, что несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу) 10

Болезнь сделала меня неусидчивым и нетерпеливым на работе (в учебе) 11

На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни 12

Все удивляются и восхищаются тем, как я успешно работаю (учусь), несмотря наболезнь 13

Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу 14

Ни одно из определений мне не подходит 15

10. Отношение к окружающим

Мне теперь все равно, кто меня окружает, и кто около меня 1

Мне хочется, чтобы окружающие только оставили меня в покое 2

Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение 3

Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни 4

Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется 5

Мне бы хотелось, чтобы окружающие на себе испытали, как тяжело болеть 6

Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей болезни 7

Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий 8

Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляет и поражает окружающих 9

С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни 10

Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прощу 11

Общение с людьми теперь стало мне быстро надоедать и даже раздражать меня 12

Моя болезнь не мешает мне иметь друзей 13

Ни одно из определений мне не подходит 14

11. Отношение к одиночеству

Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше 1

Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество 2

В одиночестве я стремлюсь найти какую-нибудь интересную или нужную работу 3

В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях 4

Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать 5

Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям 6

Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни 7

Мне стало все равно, что быть среди людей, что оставаться в одиночестве 8

Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения 9

Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью 10

Ни одно из определений мне не подходит 11

12. Отношение к будущему

Болезнь делает мое будущее печальным и унылым 1

Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее 2

Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях 3

Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем 4

Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем 5

Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе) 6

Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем 7

Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за свое будущее 8

Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел 9

Когда я думаю о своем будущем, меня охватывает тоска и. раздражение на других людей 10

Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее 11

Ни одно из определений мне не подходит 12

Приложение 3

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ

ИНСТИТУТ им. В.М.БЕХТЕРЕВА

Лаборатория клинической психологии

## *Регистрационный лист к опроснику ТОБОЛ*

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пол\_\_\_\_\_М\_\_\_\_\_Ж

(ненужное зачеркнуть)

В графе «Номера выбранных ответов» обведите кружком те номера утверждений из

таблиц, которые наиболее для вас подходят. На каждую тему разрешается делать два выбора.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Темы | | Номера выбранных утверждений |
| I | Самочувствие | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 |
| II | Настроение | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 |
| III | Сон и пробуждение ото сна | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 |
| IV | Аппетит и отношение к еде | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 |
| V | Отношение к болезни | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 |
| VI | Отношение к лечению | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 |
| VII | Отношение к врачам и медперсоналу | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 |
| VIII | Отношение к родным и близким | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 |
| IX | Отношение к работе (учебе) | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 |
| X | Отношение к окружающим | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 |
| XI | Отношение к одиночеству | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 |
| XII | Отношение к будущему | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 |

***Лабораторные исследования и консультации специалистов***

Их сообщает куратору преподаватель. В обязательном порядке при­водятся общие анализы крови и мочи, если необходимы для диагно­стики, то данные ЭКГ, ЭЭГ, анализ спинно-мозговой жидкости и др. Необходимо выписать из клинической истории болезни заключе­ния специалистов: невропатолога, терапевта, эндокринолога, гине­колога, окулиста и других.

Следует помнить, что при всей важности и значимости параклинических методов (биохимических, электроэнецефалографических и др.) в психиатрии основным продолжает оставаться клинико-психопатологический метод диагностики, в котором ведущими являются целенаправленный врачебный опрос, анализ поведения и высказы­ваний больного.

***Обоснование диагноза***

Исходя из синдромального диагноза, не расшифровывая его симптомального содержания, необходимо определить нозологическую принадлежность. Нозологическая принадлежность позитивного или негативного синдрома определяется:

1) его оттенками, нюансами (анализ в "поперечном разрезе");

2) местом этого (этих) синдрома в динамике заболевания, пред­шествующими синдромами (приступами) — анализ в "продольном разрезе".

Например, при астетическом синдроме, обусловленном психи­ческой травмой и быстро исчезнувшем после отдыха, а также сопро­вождающемся нарушениями вегетативной нервной системы (данные куратора и консультация невропатолога), при отсутствии признаков органического поражения ЦНС (данные куратора и ЭКГ) можно думать о психогенной природе заболевания. Если астенический син­дром сопровождается резонерством, шперрунгами, холодностью к родным при наличии в анамнезе бредовых приступов болезни, то следует подумать об астенической ремиссии при приступообразной (шубообразной) шизофрении.

Клинический диагноз должен быть развернутым, включать поми­мо ведущего синдрома (позитивного и негативного) тип течения, этап болезни (например: "Шизофрения, непрерывно-прогредиент-ное течение, конечный этап болезни, парафренный синдром, рс1-ресс личности").

***Дифференциальный диагноз***

После выделения основного синдрома необходимо вспомнить, при каких психических заболеваниях он встречается. Если куратор испы­тывает затруднения для подыскания таких нервно-психических забо­леваний, то следует обратиться к преподавателю. Дифференциаль­ный диагноз в психиатрии ничем не отличается от такого в других клиниках. Вначале приводят симптомы, общие для ряда дифферен­цируемых заболеваний, а затем перечисляют симптомы и другие па­раклинические данные, позволяющие отдифференцировать заболе­вание. Например, "Параноидный синдром может встречаться не толь­ко при шизофрении, но и при травматических и психогенных забо­леваниях". О последних можно было бы думать, учитывая, что у боль­ного в анамнезе черепно-мозговая травма и выраженный семейный конфликт. Однако для травматического поражения и психогении с параноидным синдромом не характерны признаки, отмеченные у нашего больного: снижение воли, эмоциональная тупость, парабулин, расстройства мышления в виде шперрунгов, символических рисунков, резонерства. Эти нарушения более характерны для ши­зофрении и являются ее облигатными симптомами.

***Реабилитация***

Выделяют три взаимосвязанных этапа реабилитации: 1) медицин­ский, 2) профессиональный и 3) социальный.

Вначале куратор должен теоретически составить план реабилита­ции, в первую очередь, медицинской. Затем указать режим, необхо­димый для данного больного с учетом ведущего синдрома, рекомен­дуемые ему виды трудовой деятельности или постельный режим.

1. *Медицинская реабилитация.* На этом этапе основными являются биологическая терапия и психотерапия. Предложите, оценив психо­патологическую симптоматику, режим пребывания в отделении (ог­раничительный, дифференцированный, режим "открытых дверей", частичной госпитализации). Приведите план лечения. После назва­ния препарата и его дозы нужно обязательно указать, почему назна­чен именно этот препарат. Например: "...трифтазин в драже по 5 мг в суточной дозе 40 мг — как антипсихотическое средство избиратель­ного действия на галлюцинаторно-бредовую симптоматику". Те же правила распространяются на название психотерапии и других видов терапии (физиотерапии и т.д.), социально-трудовые мероприятия, трудовую, культурную терапию.

2. *Профессиональная реабилитация.* Куратор должен сопоставить про­фессию и должность, выполняемую больным, с прогнозом заболе­вания и теми изменениями личности, которые могут ему в этом по­мешать. Если больной признан инвалидом или должен быть переве­ден на инвалидность, то куратору следует указать профессиональ­ную переориентировку, показанные виды труда в специально со­зданных условиях для инвалидов 1, 2 и 3-й групп. Для детей профес­сиональная реабилитация заключается в предложении адекватного школьного режима (общеобразовательная школа, общеобразователь­ная школа с индивидуальным обучением, вспомогательная, сана­торная школа и т.д.). Биологическая терапия на этом этапе носит уже вспомогательный поддерживающий характер. Дозы препаратов на­значают с учетом как болезни, так и профессии больного, что не мешает выполнять профессиональные обязанности (например, из­бегать сковывающего действия нейролептиков при выполнении про­фессиональных обязанностей, связанных с тонкими двигательными операциями).

3. *Социальная реабилитация.* Куратор сравнивает и анализирует социальный статус до болезни и те изменения, которые привнесла болезнь, или оценивает отсутствие таковых. Например, "Больной страдает маниакально-депрессивным психозом с редкими униполяр­ными гипоманиакальными фазами, что является прогностически благоприятным. Но учитывая предыдущие фазы, целесообразно на­значение профилактического лечения солями лития, о чем следует поставить в известность жену больного, провести семейную психоте­рапию, разъяснить жене необходимость поддерживающего лечения и контроля приема лития больным. Рекомендовать дальнейшее вы­полнение профессиональных обязанностей инженера". А в другом наблюдении "...учитывая профессию военнослужащего, рекомендо­вать после прохождения военной экспертизы профессиональную пе­реквалификацию".

***Экспертиза***

1. *Трудовая.* Тесно связана с профессиональной и социальной реа­билитацией. Оцениваются трудовые возможности пациента после выписки из стационара. Рекомендуется амбулаторное лечение в днев­ном стационаре, "пребывание" на листке нетрудоспособности, либо выписка на работу, либо назначение группы инвалидности с обяза­тельной рекомендацией трудовых процессов в специально созданных условиях (лечебно-производственных мастерских, спеццеха, в обычных профессиональных условиях на сниженном уровне или не­полным рабочим днем и т.д.).

2. *Судебная.* В случае совершения больным общественно опасного действия куратор высказывает мнение о невменяемости больного, а также рекомендуемых мерах защиты медицинского характера.

3. *Военная\*.* Заболевания больного оценивается согласно существу­ющему приказу Министра обороны.

***Клинический и социально-трудовой прогноз и рекомендации***

Куратор определяет прогноз данного случая болезни:

а) медицинский прогноз, т.е. возможность возвращения к преморбидному уровню или формирования стойких изменений личнос­ти и интеллекта;

б) социально-трудовой прогноз, т.е. возможность реабилитации больного после выписки из стационара, его профессиональной дея­тельности.

Куратор рекомендует участковому врачу-психиатру или врачу, ответственному за психоневрологическую помощь в районе, меры медицинского и социально-трудового характера, описанные выше.

**17. *Используемая литература***

Куратор приводит список использованной литературы, оформ­ленный согласно современным библиографическим требованиям. История болезни подписывается куратором.

**3.6.Ознакомление с нормативными документами**

**ЗАКОН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**"О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"**

**Статья 1. *Психиатрическая помощь и принципы ее оказания***

1) Психиатрическая помощь включает в себя обследование пси­хического здоровья граждан по основаниям и в порядке, установ­ленным настоящим Законом и другими законами Российской Феде­рации, диагностику психических расстройств, лечение, уход и ме­дико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами.

2) Психиатрическая помощь лицам, страдающим психическими расстройствами, гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности, гуманности и соблюдения прав че­ловека и гражданина.

**Статья 2. *Согласие на лечение***

1) Лечение лица, страдающего психическим расстройством, про­водится после получения его письменного согласия, за исключени­ем случаев, предусмотренных частью четвертой настоящей статьи.

4) Лечение может проводиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного пред­ставителя только при применении принудительных мер медицинс­кого характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодек­сом РФ (РСФСР), а также при недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона. В этих случаях, кроме неотложных, лечение применяется по решению ко­миссии врачей-психиатров.

**Статья 23. *Психиатрическое освидетельствование***

1) Психиатрическое освидетельствование проводится для опре­деления: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуж­дается ли он в психиатрической помощи, а также для решения воп­роса о виде такой помощи.

3) Врач, проводящий психиатрическое освидетельствование, обя­зан представиться обследуемому и его законному представителю как психиатр, за исключением случаев, предусмотренных пунктом "а" части четвертой настоящей статьи (см. ст. 29).

**Статья 29. *Основание для госпитализации в психиатрический ста­ционар в недобровольном порядке***

Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть гос­питализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя по постановлению судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационар­ных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обус­ловливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

б) его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удов­летворить основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его здоровью вследствии ухудшения пси­хического состояния, если лицо будет оставлено без психиатричес­кой помощи.

**4. Критерии оценивания результатов выполнение заданий по самостоятельной работе обучающихся.**

Критерии оценивания выполненных заданий представлены ***в фонде оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине***, который прикреплен к рабочей программе дисциплины, раздел 6 «Учебно- методическое обеспечение по дисциплине (модулю)», в информационной системе Университета.

**Критерии оценивания устного собеседования:**

-**оценка «отлично»** обучающийся демонстрирует глубину и полное овладение содержанием учебного материала, в котором легко ориентируется;

-**оценка «хорошо»** выставляется обучающемуся, за умение грамотно излагать материал, но при этом содержание и форма ответа могут иметь отдельные неточности;

-**оценка «удовлетворительно»** выставляется, если обучающийся обнаруживает знания и понимание основных положений непоследовательно, допускает неточности в определении понятий, не умеет доказательно обосновывать свои суждения;

-**оценка «неудовлетворительно»** выставляется, если обучающийся имеет разрозненные, бессистемные знания, не умеет выделять главное и второстепенное, допускает ошибки в определении понятий, искажает их смысл.

**Оценки теста:**

- оценка «отлично» выставляется студенту, если задание выполнено на 91-100%;

- оценка «хорошо» выставляется студенту, если задание выполнено на 81-90%;

- оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если задание выполнено на

70-80%;

- оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, если задания выполнено

менее чем на 70%.

**Критерии оценивания результатов по курации больных**

**- оценка «отлично»** - обучающийся освоил полностью практические навыки и умения: правильно интерпретирует жалобы больного, анамнез, данные объективного осмотра, формулирует клинический диагноз, назначает лечение, интерпретирует клинико-лабораторные и инструментальные показатели с учетом нормы.

- **оценка «хорошо»** – обучающийся освоил полностью практические навыки и умения, однако допускает некоторые неточности.

**- оценка «удовлетворительно»** - обучающийся владеет лишь некоторыми практическими навыками и умениями.

- **оценка «неудовлетворительно»** - обучающийся практические навыки и умения выполняет с грубыми ошибками.