

ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Диагноз

Встреча пациента и врача имеет сугубо прагматическую мотивацию — **получить определенный непосредственный результат**. Именно эта прагматичность отражена в содержании третьей, наружной, орбиты любой нозологии: тактика лечения, риадаптационно-реабилитационных мероприятий, экспертиз (временной нетрудоспособности, медико-социальной, военной, судебно-психиатрической и пр.).

Степень успешности и адекватности лечебно-реабилитационно-экспертной деятельности врача напрямую зависит от степени и адекватности познания внутреннего, фундаментального этиопатогенетическо- морфологического ядра болезни, соотнесения частного случая с конкретной нозологией— от установления диагноза заболевания.

Диагноз— краткое, обобщенное заключение о болезни как таковой. Он напрямую связан с уровнем знания в той или иной отрасли медицины, а также с доминирующими в ней концепциями и существующей классификацией, что особенно актуально для психиатрии.

Определение диагноза является задачей процесса диагностики. Главное предназначение — адекватное осуществление медицинской помощи и решение медико-социальных вопросов. Именно поэтому, не выделяя отдельных компонентов такой помощи, ее и называют лечебно-диагностическая помощь. Помощь врача начинается с диагностического этапа.

В момент первой встречи пациента с врачом **этиопато-генетическое ядро болезни, аномалии или расстройства от врача скрыто.** Его еще предстоит обнаружить, найти, познать, что и является основной задачей диагностики.

Психиатрическое обследование

- Особенностью психиатрии как медицинской специальности является нематериальность объекта исследования: психика не может быть непосредственно исследована с помощью приборов и лабораторных методов.
- Основным в психиатрии является клинический (описательный, феноменологический) метод диагностики.
- Клиническое исследование включает в себя **опрос, наблюдение и сбор анамнестических сведений.**

Клиническая беседа

- Клинический метод применяется в форме **целенаправленной беседы** с пациентом и его близкими, в процессе которой врач пытается выяснить суть имеющегося психического неблагополучия в настоящее время (психический статус), личностные особенности пациента, жизненные события, предшествовавшие болезни, характер её течения (анамнез).
- В процессе беседы происходит наблюдение за мимикой, интонацией, реакциями больного — это также позволяет получить важную диагностическую информацию.

Цель опроса больного – ВЫЯВИТЬ:

- 1. отношение пациента к своей болезни (критики) и цели его обращения за помощью;
- 2. мнение больного о причинах и природе болезни;
- 3. наличие психопатологических симптомов и синдромов;
- 4. индивидуальные личностные особенности пациента;
- 5. особенности течения болезни с момента возникновения до настоящего времени;
- 6. отношение пациента к проводимому лечению, наличие побочных эффектов и осложнений.
- **Нужно добиваться, чтобы больной описывал имеющиеся расстройства собственными словами, наиболее характерные выражения больного записываются в историю болезни дословно.**

Цель наблюдения за больными – установить:

- 1. Темы и вопросы, вызывающие наиболее яркий эмоциональный отклик у больного;
- 2. Расхождения между утверждениями больного и его реальным поведением;
- 3. Характер поведения пациента, его способность эффективно взаимодействовать с обществом.

Значимость наблюдения в оценке пациента

- Наблюдение позволяет объективно оценить сферу эмоций, поэтому во время беседы с больным врач внимательно наблюдает за его мимикой, жестиком и интонацией.
- Важно понаблюдать за поступками пациента вне беседы с врачом. Для этого используются **журналы сестринского наблюдения**, куда записываются сведения о том, что больной делал в течение дня, как меняется его состояние в зависимости от времени суток (известно, что при эндогенной депрессии больной чувствует себя лучше вечером), как он взаимодействует с окружающими, как воспринимает родственников и т.д.
- Человек, симулирующий психическое расстройство, за пределами врачебного кабинета ведёт себя как здоровый: избавляется от скуки, вступая в общение с сознательными больными (например, с больными алкоголизмом, обследующимися на снятие диагноза), читает книгу, смотрит телевизор, кокетничает с медсестрами.

Значимость наблюдения в оценке пациента

- Наблюдение позволяет объективно оценить сферу эмоций, поэтому во время беседы с больным врач внимательно наблюдает за его мимикой, жестиком и интонацией.
- Важно понаблюдать за поступками пациента вне беседы с врачом. Для этого используются **журналы сестринского наблюдения**, куда записываются сведения о том, что больной делал в течение дня, как меняется его состояние в зависимости от времени суток (известно, что при эндогенной депрессии больной чувствует себя лучше вечером), как он взаимодействует с окружающими, как воспринимает родственников и т.д.
- Человек, симулирующий психическое расстройство, за пределами врачебного кабинета ведёт себя как здоровый: избавляется от скуки, вступая в общение с сознательными больными (например, с больными алкоголизмом, обследующимися на снятие диагноза), читает книгу, смотрит телевизор, кокетничает с медсестрами.

Субъективный и объективный анамнез

- **Субъективным** называют анамнез, **собранный со слов больного**. Для него необходимо собрать все сведения, высказанные пациентом, вне зависимости от того, вызывают они доверие у врача или нет. Субъективный характер информации подчёркивают уточнения: «со слов больного» и приведённые в истории болезни дословные его выражения в виде прямой речи. **Важна оценка отношения пациента к болезни и лечению – т.е. критика.**
- **Объективный** анамнез **может опираться на разные источники** (родственники, друзья, сослуживцы, медицинская документация); всегда следует указывать, из какого именно источника получена та или иная информация.

Стандартизованные глоссарии симптомов и шкалы

Для объективной оценки тяжести депрессии используются:

шкала Гамильтона (HAM-D),
шкала Монтгомери-Айсберга (MADRS),
шкала Бека,
шкала Цунга.

Для оценки уровня тревоги используют:

шкалу Гамильтона (HAM-A),
шкалу Спилбергера,
шкалу Кови,

Выраженность мании оценивают – по шкале Янга (YMRS).

Шкала общего клинического впечатления (CGI), которая по 7-балльной системе оценивает тяжесть состояния больного и степень его улучшения за исследуемый период.

Обязательные обследования

- 1. Общесоматическое и лабораторное обследование
- 2. Соматический осмотр.
- 3. Неврологическое обследование.
- 4. Офтальмологическое обследование.
- 5. Лабораторные тесты.
- 6. Нейрофизиологические методы
- Метод Электроэнцефалографии основан на записи электрических потенциалов одновременно с нескольких (от 8 до 20) симметрично расположенных участков кожи головы.
- Реоэнцефалография заключается в регистрации колебаний в электропроводности головы, вызванных пульсовым изменением кровенаполнения сосудов.
- Метод доплерографии даёт возможность точно оценить скорость кровотока только в крупных питающих сосудах, выявить препятствия в них.

Исследование структуры мозга

- Традиционная рентгенография костей черепа не позволяет непосредственно оценить состояние мозга.
- КТ (компьютерная томография) в последнее время рассматривается как относительно доступная, эффективная диагностическая методика, позволяющая обнаружить выраженные дефекты в структуре мозга.
- МРТ (MRI-магнитно-резонансная терапия) основана на исследовании поведения протонов в сильном магнитном поле.
- При проведении научных исследований используются и другие виды томографии: магнитно-резонансная спектроскопия (МРС) и позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ).

Психологические методы

1. Психометрические методики.
2. Методики исследования личности
разделяются на личностные опросники,
шкалы самооценки и проективные
методы.
3. Личностные опросники.
4. Проективные методики.

