

Психиатрические аспекты неврологических заболеваний

Подходы к ведению больных

Под редакцией

Константина Г. Ликетсоса,
Питера В. Рэбинса,
Джона Р. Липси,
Филлипа Р. Слэвни,

*Перевод с английского
под ред. акад. РАН **Н.Н.Яхно***

УДК 616.89
ББК 56.14
П86

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Книга предназначена для медицинских работников.

Перевод с английского: А.В.Алымов.

П86 **Психиатрические аспекты неврологических заболеваний : Подходы к ведению больных** / под ред. К.Г.Ликетсосу, П.В.Рэбинса, Дж.Р.Липси, Ф.Р.Слэвни ; пер. с англ. под ред. акад. РАН Н.Н.Яхно. – М. : МЕДпресс-информ, 2017. – 328 с.
ISBN 978-5-00030-393-1

Книга посвящена ведению больных с сочетанными неврологическими и психиатрическими нарушениями. В ней содержится информация об особенностях дифференциальной диагностики различных психиатрических синдромов, характерных для конкретных неврологических заболеваний, описаны методы психиатрической помощи и показаний к ним. При написании каждой главы авторы делали акцент на практических подходах к решению проблем и формулировали рекомендации исходя из принципов доказательной медицины и богатого личного клинического опыта.

Книга является полезным практическим пособием как для неврологов, так и для психиатров, нейрохирургов, нейропсихологов.

УДК 616.89
ББК 56.14

Первое издание книги **Psychiatric Aspects of Neurologic Diseases: Practical Approaches to Patient Care** вышло на английском языке в 2008 г. Перевод опубликован по контракту с издательством Oxford University Press

ISBN 978-0-19-530943-0

© 2008 by Oxford University Press, Inc.
«Psychiatric Aspects of Neurologic Diseases: Practical Approaches to Patient Care, First Edition» was originally published in English in 2008. This translation is published by arrangement with Oxford University Press

ISBN 978-5-00030-393-1

© Издание на русском языке, перевод на русский язык, оформление, оригинал-макет. Издательство «МЕДпресс-информ», 2017

ПРЕДИСЛОВИЕ НАУЧНОГО РЕДАКТОРА

Предлагаемый читателям перевод книги американских авторов восполняет пробел в русскоязычной медицинской литературе, посвященной ведению больных с различными неврологическими заболеваниями. Как справедливо отмечает в предисловии книги профессор У.Дж.Гриффин, разделение неврологии и психиатрии привело к значительным трудностям для неврологов в диагностике и лечении психических расстройств, формирующихся по разным причинам при органических заболеваниях центральной и периферической нервной системы.

Это разделение, окончательно оформившееся в России и за рубежом в начале прошлого столетия, было естественным результатом развития психиатрии и неврологии. Оно позволило сформировать методологию неврологического и психиатрического диагностического процесса, создать классификации заболеваний, методы научных исследований.

Как известно, научное развитие неврологии происходило на основе «анатомо-клинического метода», предложенного одним из основателей клинической и фундаментальной неврологии Ж.М.Шарко. Попытки поиска морфологических основ психических нарушений, предпринимавшиеся немецкими учеными Т.Мейнертом и К.Вернике, были отвергнуты их современниками и последователями. Сегодня их можно считать одними из основателей нейропсихиатрии – врачебной субспециальности и научного направления, имеющих дело с психическими нарушениями при органических и дисметаболических церебральных расстройствах. Отметим и отношение к этому вопросу А.Я.Кожевникова, который считал, что «в научном отношении психиатрия и неврология составляют одно целое». Российские неврологи первых поколений были в равной мере и психиатрами.

Развитие клинических и фундаментальных исследований патологии головного мозга привело во II половине прошлого столетия к созданию новых нейронаук – нейропсихологии, поведенческой неврологии, нейропсихиатрии. В их формировании важнейшую роль сыграли отечественные врачи и исследователи, в частности А.Р.Лурия, А.С.Шмарьян.

Современные научные данные о структурных основах построения отдельных функций мозга показывают их сетевую организацию, при этом отдельные части сетей могут вовлекаться в обеспечение разных функций. Отсюда нередкая полисимптомность даже при небольших по объему очагах

поражения головного мозга, включающая помимо традиционных неврологических (двигательных, сенсорных, речевых нарушений) и когнитивные, аффективные, поведенческие, психотические расстройства в разной степени выраженности и в разных комбинациях. Их общими патогенетическими факторами могут быть и нейрохимические, воспалительные, генетические и иные компоненты патологического процесса, включая, разумеется, реакцию пациентов на болезнь, социальные, финансовые, профессиональные ограничения.

Однако впечатляющие успехи научных исследований пока в должной мере не внедрены в каждодневную практическую работу. Незнание неврологами, психиатрами, нейропсихологами основ смежных специальностей приводит к существенным ограничениям в индивидуализированной помощи их пациентам, чему, впрочем, не способствуют и формальные ограничения компетенций этих специалистов. Между тем, опытные неврологи не могут не видеть, что практически все формы органической патологии головного мозга сопровождаются теми или иными психическими нарушениями, которые даже могут быть их первыми проявлениями.

Это руководство, подготовленное сотрудниками кафедры психиатрии и поведенческих наук медицинской школы Университета Джонса Хопкинса – одной из ведущих в США по нейропсихиатрии, является полезным практическим пособием как для неврологов, так и для психиатров, нейрохирургов, нейропсихологов.

Читатель сможет увидеть и критически оценить некоторые концептуальные и терминологические особенности, присущие американской психиатрии. Там, где это было необходимо и возможно, перевод был дополнен соответствующими уточнениями или примечаниями, хотя формальные условия перевода чужого авторского труда и желание передать оригинальность изложения материала в ряде случаев диктовали необходимость сохранения даже не принятых в России терминов, понятий.

Несмотря на то, что эта книга издана уже довольно давно – в 2008 г., она не утратила главного – своего практического значения для ведения больных с сочетанными неврологическими и психиатрическими нарушениями. Заинтересованный читатель сможет углубить свои знания в данной области, обратившись к уже немалому числу руководств, монографий, журнальных статей зарубежных и российских авторов по обсуждаемым проблемам.

Академик РАН
профессор *Н.Н.Яхно*

ВВЕДЕНИЕ

Я с радостью ожидаю выхода этой книги в свет. Она необходима для восполнения пробелов в понимании психиатрической патологии, с которой сталкиваются практикующие неврологи, терапевты и врачи общей практики. Я смею утверждать, что большинство неврологов, имея дело с психическими расстройствами у своих пациентов, ощущают дискомфорт и некоторую беспомощность. Несомненно, подобные сложности возникают не у всех врачей, однако некоторые специалисты могут просто не осознавать, что им не хватает знаний по данному вопросу. Тем не менее наиболее вдумчивые и честные специалисты, полагаю, согласятся со мной. Тот факт, что неврологи – опытные исследователи проблем головного мозга – теряются при встрече с широко распространенными поведенческими расстройствами и не знают, как применить на практике современные методы психиатрической помощи, является большим парадоксом медицины XX в.

Практикующие врачи сегодня еще несут наследие прежней системы подготовки специалистов. В частности, обучение специальности «неврология» в последние несколько десятилетий могло не касаться ни одного аспекта психиатрии. Кафедры неврологии и психиатрии были разделены между собой на академическом уровне и формировали у обучающихся весьма различные профессиональные взгляды и подходы. На протяжении второй половины XX в. подготовка неврологов сводилась к изучению клинических синдромов и симптомов определенных заболеваний или патологических состояний пациента, и поэтому вполне логично, что врачи до сих пор экстраполируют такой синдромальный подход на оценку поведения больного. Подобная тактика обучения специалистов нередко вела к недооценке значимости детального сбора анамнеза, понимания жизненной ситуации и семейных обстоятельств пациента. В итоге такой подготовки неврологи овладевали упрощенной психофармакологией. Конечно, здесь кроется и определенное преимущество: мы имеем дело с ограниченным набором хорошо изученных препаратов, что практически исключает проблемы, связанные с недостаточным опытом использования какого-либо средства. И все же, с внедрением практики более детального обследования наши пациенты, несомненно, только выиграют.

Парадокс разделения неврологии и психиатрии становится еще очевиднее с учетом того факта, что большая часть неврологических пациентов

имеет серьезные, но вполне излечимые психиатрические расстройства. Последние работы, например, свидетельствуют о достаточно высокой частоте развития депрессии после перенесенного правополушарного инсульта. Поведенческие и аффективные расстройства являются важными клиническими проявлениями болезни Альцгеймера (БА), а при болезни Паркинсона (БП) отмечается хороший эффект от оказанной неврологом «психиатрической» помощи. Тем не менее «психиатрический» компонент в ведении неврологических больных может оставаться недооцененным.

Неврология и психиатрия рассматривались и продолжают рассматриваться как самостоятельные специальности, и их формирование стало следствием дивергентной эволюции двух направлений некогда единой науки. В середине XIX в. неврология и психиатрия развивались неразрывно друг от друга, объединенные широчайшим пониманием термина «поведение» и убеждением, что поведение обусловлено работой головного мозга. В клинике Шарко в Париже осуществлялось лечение широкого круга пациентов с невротами, психозами и истерией. Первый из великих американских неврологов С. Уэйр Митчелл (Филадельфия), прославившийся исследованиями повреждений периферических нервов, полученных при ранениях в период Гражданской войны в США, посвятил большую часть своей практики лечению неврастения и невротозов. Он оттачивал искусство интерпретации анамнеза жизни пациентов и в своих клинических описаниях часто приводил особенности их домашнего уклада и менталитета. По вполне понятным причинам данный подход имел репутацию «расплывчатой», гуманитарной науки. Митчелл критиковал психиатров в своем обращении к Американской медико-психологической ассоциации в 1894 г.: «Где ваши тщательно составленные научные сообщения? Вы живете вне здорового конфликта и честного соперничества – понятий, которые движут нами [неврологами и другими врачами-исследователями] в стремлении к максимальной компетентности». И это были слова человека, предложившего идею «терапии отдыхом» неврастения (основанную на гендерных особенностях, физических упражнениях и питании), которая тогда не имела ни научных, ни практических доказательств.

Вполне возможно, открытия в невропатологии, в том числе описание таких заболеваний, как спинная сухотка, боковой амиотрофический склероз и болезнь Альцгеймера, сделанные путем выявления специфических структурных изменений, и заложили основу для последующего разделения патологических состояний на неорганические и органические, т.е. имеющие и не имеющие в своей основе структурных нарушений. Конечно же, поиск научного обоснования заболеваний головного мозга не ограничивался исключительно изучением органической патологии. Уильям Джеймс (William James)* был ярким приверженцем «фосфатных» теорий работы головного мозга и механизмов поведения, и, по иронии судьбы, эти тео-

* Уильям Джеймс (1842–1910 гг.) – один из основателей американской психологии. – *Прим. ред.*

рии перекликаются с повышенным интересом современной молекулярной генетики к нуклеиновым кислотам, фосфопротеинам, киназам и фосфатазам в биохимии белка. Однако даже некоторые студенты клиники Шарко (например, Фрейд) не разделяли мнения о необходимости поиска органических или биохимических объяснений сложного поведения пациентов и разрабатывали техники изолированного опроса больных в поисках ключей к расстройствам поведения. На рубеже XIX–XX вв. в психиатрии стали активно появляться новые диагностические подходы и методы лечения, а психиатрические лечебницы отделились от общих больниц и медицинских центров.

Тем не менее некоторые исследователи продолжали следовать принципу неразрывной связи двух дисциплин. Адольф Мейер (Adolf Meyer, Университет Джона Хопкинса) практиковал унитарный подход, включавший анализ поведения, результатов клинического и невропатологического (морфологического) исследований. Работая в университете, в котором его кафедра психиатрии играла одну из главных ролей, Мейер ратовал за необходимость развития неврологии на его кафедре. Несмотря на ряд усилий самого Мейера, его видение устройства и работы кафедры неврологии было воплощено в жизнь только спустя 50 лет.

К счастью, дивергентный вектор развития, имевший место в прошлом веке, в настоящее время изменился: развитие наук о головном мозге создало предпосылки для новой конвергентной эволюции неврологии и психиатрии. Анатомическая и функциональная визуализация, изучение свойств белка, носителей генетической информации и других биологических маркеров, а также достижения генетики взаимно дополняют друг друга в рамках единой науки. Можно с уверенностью ожидать уменьшения разделения неврологических и психиатрических кафедр и объединения их усилий на почве подготовки и обучения специалистов. Прогнозируемое сближение вовсе не означает утрату преемственности поколений школ неврологии и психиатрии и богатого культурного наследия этих специальностей. Однако логично, что при таком ходе событий через несколько десятилетий воспоминание о сегодняшнем положении дел в науке вызовет лишь легкую ностальгию: «Что было, то прошло». Вполне возможно, что когда-нибудь теоретики и практики новой науки о головном мозге, подобно третьему или четвертому поколению эмигрантов из Старого Света, будут с теплотой в душе вспоминать существовавшее некогда разделение неврологии и психиатрии, не имеющее никакого значения для их повседневной профессиональной жизни. Но вернемся в настоящее, в котором эта книга окажется полезна неврологам и, надеюсь, будет оценена ими по достоинству.

John W. Griffin, MD
Professor of Neurology, Neuroscience, and Pathology
Former Chair of Neurology
Johns Hopkins University School of Medicine

СОДЕРЖАНИЕ

Сокращения	6
Предисловие научного редактора	7
Введение	9
Предисловие	12
Соавторы	16

Часть I. Психиатрическое обследование, симптомы и синдромы

1. Психиатрическое обследование неврологического пациента	20
<i>Constantine G. Lyketsos</i>	
2. Обзор психопатологических симптомов и синдромов	49
<i>Peter V. Rabins, Phillip R. Slavney</i>	

Часть II. Психиатрические аспекты неврологических заболеваний

3. Инсульт	68
<i>Hochang Ben Lee, John R. Lipsey</i>	
4. Травматическое поражение мозга	79
<i>Vani Rao</i>	
5. Головная боль и хроническая боль	93
<i>Michael R. Clark</i>	
6. Рассеянный склероз	116
<i>Adam I. Kaplin, Katherine A.L. Carroll</i>	
7. Эпилепсия	137
<i>Laura Marsh</i>	
8. Болезнь Паркинсона	159
<i>Laura Marsh</i>	
9. Болезнь Альцгеймера	181
<i>Martin Steinberg</i>	
10. Лобно-височная деменция	195
<i>David M. Blass</i>	

11. Болезнь Гентингтона	207
<i>Adam Rosenblatt</i>	
12. Заболевания мозжечка	219
<i>Russell L. Margolis</i>	
13. Синдром Туретта	229
<i>John T. Walkup, Benjamin N. Schneider</i>	
14. Опухоли головного мозга, системная красная волчанка, ВИЧ/СПИД и болезнь Вильсона	246
<i>Constantine G. Lyketsos</i>	
Часть III. Лечение психиатрических расстройств	
15. Антидепрессанты	261
<i>John R. Lipsev</i>	
16. Психостимуляторы и дофаминергические средства	271
<i>Chiadi U. Onyike</i>	
17. Нейролептики	277
<i>Deirdre Johnston</i>	
18. Стабилизаторы настроения	285
<i>Susan W. Lehmann</i>	
19. Анксиолитики	293
<i>Deirdre Johnston</i>	
20. Ингибиторы холинэстеразы и мемантин	298
<i>Constantine G. Lyketsos</i>	
21. Электросудорожная терапия	303
<i>John R. Lipsev</i>	
22. Психотерапия	309
<i>Susan W. Lehmann</i>	
23. Другие нелекарственные методы	314
<i>Constantine G. Lyketsos</i>	
Словарь использованных психопатологических феноменов и симптомов	320



ЧАСТЬ I

**ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ
ОБСЛЕДОВАНИЕ, СИМПТОМЫ
И СИНДРОМЫ**

ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

Constantine G. Lyketsos

Качественно проведенное психиатрическое обследование – это основа алгоритма ведения неврологических пациентов с психическими расстройствами. Целью обследования является оценка психического состояния пациента в контексте его психиатрического анамнеза и текущего неврологического заболевания. Информация, полученная в ходе психиатрического обследования, используется в дальнейшем при формулировании заключения, постановке диагноза и формировании стратегии лечения. В данной главе детально освещаются аспекты психиатрического обследования неврологического пациента, приводятся описания методик обследования и опроса больного, а также практические рекомендации по оценке психического состояния пациента. Попутно делается акцент на психопатологических симптомах, наиболее распространенных у неврологических пациентов, и даются рекомендации по разграничению этих симптомов с похожими состояниями. В заключительной части главы поднимаются вопросы формулирования диагноза и дифференциальной диагностики.

Сбор анамнеза

Психиатрическое обследование пациента состоит из 3 частей: сбор анамнеза, исследование психического состояния и формулирование заключения, включающего дифференциальную диагностику. Анамнестические сведения, необходимые для определения психопатологического состояния, получают от пациента и одного или нескольких знающих его лиц (информантов). Сбор анамнестических сведений от информантов важен, поскольку на фоне неврологического заболевания пациенты бывают забывчивы, неконкретны, имеют речевые или иные когнитивные расстройства, ограничивающие информативность их рассказа.

Сбор анамнеза начинается с выяснения основных психиатрических жалоб с последующим сбором семейного анамнеза и анамнеза жизни пациента. Подобный алгоритм, в противовес выяснению основных жалоб пациента с последующим сбором истории настоящего заболевания, позво-

ляет легче выявить причины и дополнительные факторы (помимо неврологического заболевания включающие и психические расстройства как таковые), которые могли спровоцировать возникновение психопатологической симптоматики, особенности личности пациента, а также его реакции на жизненные обстоятельства.

В таблице 1.1 представлены наиболее важные составляющие психиатрического анамнеза неврологических пациентов, которые можно использовать в качестве инструкции в повседневной клинической практике. Первоочередной задачей врача является выяснение *основных психиатрических жалоб*. В данном контексте под термином «основные психиатрические жалобы» подразумеваются возникшие когнитивные, аффективные, поведенческие расстройства или нарушения восприятия, на которые обращает внимание пациент, члены его семьи или другие информанты, и которые выявляет врач в ходе обследования. Чаще всего основные жалобы озвучиваются самим пациентом в форме беспокоящих его симптомов расстройства психики, например, ощущения подавленности, слышания «голосов», забывчивости. Однако нередко наличие психопатологических симптомов обнаруживает невролог или другой врач, к которым обращается пациент по поводу неврологического заболевания. После выявления жалоб врач должен тщательно их проанализировать. Некоторые пациенты не могут дать достаточно информативные ответы. В таких случаях нужные сведения следует получить у других информантов. Такая необходимость бывает обусловлена забывчивостью, недостаточной конкретностью пациента или другими причинами непродуктивного общения. Например, пациент с БА, страдающий дефицитом памяти, но не замечающий этого, может сказать врачу, что у него все в порядке. Пациент, перенесший инсульт и страдающий афазией, часто не жалуется на плохое самочувствие, так как не находит нужных слов для описания своего эмоционального состояния, не употребляет таких определений, как «подавленность» или «тоска». После выявления всех составляющих основных жалоб врач должен установить время их возникновения и продолжительность.

После выявления основных жалоб врач осуществляет сбор *семейного психиатрического анамнеза*. Одним из способов перехода к данному этапу обследования может быть фраза: «Теперь я вижу, в чем проблема, но для лучшего понимания ситуации мне бы хотелось узнать историю вопроса». Как минимум стоит получить сведения о бабушках, дедушках, родителях, братьях, сестрах и детях пациента. Лучше всего начертить генеалогическое дерево. Это поможет врачу собрать информацию о каждом из родственников, что повысит точность метода. Данные семейного анамнеза пригодятся на этапе дифференциальной диагностики, для оценки текущего семейного статуса и определения круга людей, способных осуществлять уход за пациентом.

После семейного анамнеза выясняют *анамнез жизни*. В частности, необходимо собрать сведения о когнитивных и поведенческих расстройствах в детском возрасте, полученном образовании, труде, семейном статусе,

Таблица 1.2. Психиатрическое обследование с оценкой 7 основных доменов (групп симптомов)

Вид нарушений	Симптомы
Когнитивные нарушения	Забывчивость Нарушения речи Трудности письма Трудности чтения Трудности счета Трудности узнавания людей Дезориентация Трудности зрительно-пространственного восприятия Рассеянность внимания и трудности его концентрации Трудности при планировании и организации жизни
Бытовые функции	Проблемы в следующих сферах: Работа Приготовление пищи Финансовые вопросы Домашнее хозяйство Вождение автомобиля Покупки Одевание Мытье в ванной Опрятность в одежде Подвижность Прием пищи Контроль мочеиспускания, дефекации
Аффективные нарушения	Депрессия Плач, рыдания Суточные колебания настроения Тревога Эйфория Раздражительность Ангедония (равнодушие к радостям жизни) Самоуничижающие мысли Желание смерти Суицидальные мысли
Физические (соматические) симптомы	Быстрая утомляемость Необъяснимые соматические жалобы Снижение энергичности Нарушения сна Нарушения аппетита Другие нарушения
Расстройства мышления/ обманы восприятия	Подозрительность Бред Иллюзии Галлюцинации

Таблица 1.2 (окончание)

Вид нарушений	Симптомы
Расстройства поведения	Растружоженность Социальная неадекватность Повышенная возбудимость, вспыльчивость Апатия Утрата интереса к привычной деятельности Уход из общественной жизни Сквернословие Необщительность Крикливость, склонность к скандалам Физическая агрессия Бродяжничество Накопительство хлама Придирчивость к мелочам Назойливость Самоповреждения

суть проблемы и ее значение для Вас. Это стандартные вопросы, принятые в медицинской практике, и я задаю их всем пациентам с такими же проблемами, что и у Вас».

Предпочтительнее использовать законченные прямые вопросы, однако для всесторонней оценки психического состояния пациенту необходимо также задавать дополнительные уточняющие вопросы. Например, врач может спросить: «Как Вы себя сегодня чувствуете?», «Не могли бы Вы немного рассказать мне о Вашем душевном состоянии?» или «Извините, что мне приходится задавать такой вопрос, но Вы когда-нибудь хотели умереть?».

Некоторые врачи высказывают опасения, что такое обследование психического состояния носит довольно навязчивый и бесцеремонный характер, другие убеждены, что данный метод не обладает достаточно высокой достоверностью. Несмотря на то что оценка психического состояния основывается главным образом на субъективном рассказе пациента, правильное применение данного метода (системность, сфокусированность и информативность за счет анализа различных аспектов психического состояния) существенно повышает его достоверность и обеспечивает объем информации, необходимый для дифференциальной диагностики. В данном разделе систематизированы принципы оценки психического состояния, приводится обсуждение компонентов этого метода, а также даются определения основных психических нарушений.

В таблице 1.3 представлены 7 основных компонентов оценки психического состояния. Опытным специалистам не обязательно соблюдать предложенную последовательность и одновременно оценивать все аспекты отдельных компонентов. Однако для начинающих врачей полезно использование приведенного порядка вместе с описанием психических феноменов из словаря в конце данной книги. Некоторые характеристики психического

Таблица 1.3. Основные компоненты оценки психического состояния пациента

1. Внешний вид/Поведение	5. Расстройства мышления
2. Речь	<ul style="list-style-type: none"> • Бредовые идеи • Обсессии • Компульсии • Фобии
<ul style="list-style-type: none"> • Громкость • Темп • Ритм • Плавность • Спонтанность • Латентность 	6. Критичность и способность к суждениям
3. Настроение и аффекты	7. Когнитивные функции
<ul style="list-style-type: none"> • Наблюдаемые врачом и описываемые пациентом устойчивость, реактивность, адекватность • Общий жизненный тонус, энергия • Самооценка • Мысли о смерти, суициде, убийстве чело- века 	<ul style="list-style-type: none"> • Уровень сознания • Ориентация • Память • Праксис • Речь • Абстрактное мышление • Запас знаний • Внимание • Способность к счету • Управляющие функции
4. Нарушения восприятия	
<ul style="list-style-type: none"> • Иллюзии • Галлюцинации 	

состояния (например, настроение) можно оценивать на этапе сбора анамнеза, однако полученные таким образом предварительные впечатления далее должны подтверждаться специальными вопросами (например, «Какое у Вас сегодня настроение?»). Ниже мы подробно рассмотрим каждый из 7 компонентов оценки психического состояния пациента.

Внешний вид и поведение

В начале обследования следует определить соответствие поведения пациента контексту врачебного обследования, например, воспринимает ли пациент человека, проводящего исследование, как врача. В целом отношение пациента к процедуре обследования отражает его реакцию на необычные или стрессовые ситуации. В процессе обследования рекомендуется отметить доминирующую манеру поведения пациента. Насколько пациент готов к сотрудничеству в процессе обследования? Требуется ли врачу, проводящему обследование, прилагать усилия, чтобы успокоить пациента? Спокоен, напряжен или угнетен пациент? Позы, принимаемые больным? Как пациент поддерживает зрительный контакт в ходе общения? Имеются ли у него проявления беспокойства или суетливости? Наблюдаются ли симптомы психомоторного возбуждения (двигательная ажитация вследствие эмоционального беспокойства, например, ритмичные движения или покачивания) или заторможенности? Не наблюдаются ли у пациента частые и быстрые смены настроения или поведения? Как он реагирует на трудные, стрессогенные вопросы? Наблюдение за поведением пациента может по-