

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**  
**ПО КУРАЦИИ БОЛЬНЫХ**  
*Схема истории болезни*

Минск 2001



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
МИНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

# МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КУРАЦИИ БОЛЬНЫХ

Схема истории болезни

Утверждено Научно-методическим советом института в качестве  
методических рекомендаций 27.12.2000 г., протокол № 4



Минск 2001

УДК 616.89–008.1 (075.8)

ББК 56.14 я 73

**М 54**

**Р е ц е н з е н т ы:** зав. каф. психиатрии БелМАПО, д-р мед. наук, проф.  
Р.А. Евсегнеев; доц. каф. психиатрии БелМАПО, канд. мед. наук  
В.И. Савченко.

**Солодкая Т.Л., Скугаревский О.А.**

**М 54** Методические рекомендации по курации больных. Схема истории болезни: Метод. реком. – Мн.: МГМИ, 2001. – 12 с.

Издание содержит рекомендации по написанию учебной истории болезни по предмету психиатрии и наркологии. Выделены основные разделы учебной истории болезни с акцентом на описании психического статуса стационарного пациента.

Методические рекомендации предназначены для студентов всех факультетов.

УДК 616.89–008.1 (075.8)

ББК 56.14 я 73

© Т.Л. Солодкая, О.А. Скугаревский, 2001

© Минский государственный  
медицинский институт, 2001

Учебное издание

**Солодка** Татьяна Леонидовна  
**Скугаревский** Олег Алексеевич

# **МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КУРАЦИИ БОЛЬНЫХ**

## **Схема истории болезни**

Методические рекомендации

Ответственный за выпуск ассистент О.А. Скугаревский  
Редактор Л.И. Жук

Подписано в печать \_\_\_\_\_. Формат 60×84/8. Бумага писчая.  
Усл. печ. л. \_\_\_\_\_. Уч.-изд. л. \_\_\_\_\_. Тираж \_\_\_\_\_ экз. Заказ \_\_\_\_\_.

Издатель и полиграфическое исполнение –  
Минский государственный медицинский институт  
ЛВ № 410 от 08.11.99; ЛП № 51 от 17.11.97.  
220050, г. Минск, ул. Ленинградская, 6.

## ВВЕДЕНИЕ

Главная цель беседы и последующего написания истории болезни - освоение методики обследования пациента с психическими расстройствами и принципов диагностики в психиатрии.

Наиболее важные разделы истории болезни: описание психического статуса, анамнеза заболевания и проведение дифференциальной диагностики.

Описание физического и неврологического состояний, если нет грубой патологии и если психические расстройства не связаны с соматическими заболеваниями и органическим поражением ЦНС, могут быть даны в общем виде. Данные лабораторных и инструментальных исследований описываются только тогда, когда они важны для дифференциальной диагностики или имеют существенные отклонения.

Дневники писать не следует. Данные из них используются для более полной характеристики психического состояния.

Учитывая ограниченность учебного времени и недостаточный опыт общения с психически больными целесообразно перед беседой ознакомиться с медицинской документацией и данными методическими рекомендациями.

Беседу следует проводить в спокойной и доброжелательной обстановке, избегая внушающих вопросов и «прокурорского» тона. Не следует вступать с больным в споры и дискуссии.

Не следует знакомить больных с выявленными у них отклонениями. При вопросах в отношении диагноза, режима, лечения и т.д. следует посоветовать обсудить это с лечащим врачом.

Во время беседы лучше не вести запись или вести ее незаметно. У многих больных это может вызвать настороженность и нарушит контакт.

Все полученные сведения о больном не подлежат разглашению за пределами клиники. Для сохранения врачебной тайны не следует писать на титульном листе студенческой истории полную фамилию больного, его домашний адрес и место работы.

Достаточно написать имя и отчество, возраст.

**Ориентировочная беседа.** Имя и отчество. Возраст. Специальность. Образование. Занимаемая должность. Семейное положение. Трудоспособность. Мотивы и обстоятельства госпитализации. Если курируется ребенок, то необходимо иметь сведения о родителях.

## АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Если речь идет о ребенке, то очень важны данные о беременности матери, родах и раннем психофизическом развитии. Следует указать все виды вредностей и патологии во время беременности, также отклонения во время родов. Течение предыдущих родов. Возраст родителей к рождению данного ребенка.

Следует описать как ребенок прибывал в весе, когда он начал говорить, ходить, узнавать мать и членов семьи, как началось формирование навыков опрятности.

Следует указать время проявления интереса к игрушкам, любимые игры, особенности и характер игровой деятельности (манипуляционная, сюжетная, ролевая), другие увлечения.

Важно отметить был ли ребенок в раннем детстве спокойным или беспокойным; настроение было устойчивым или неустойчивым; наличие дневных или ночных страхов, снохождений, судорог.

Очень важны:

- поведение ребенка в коллективе, отношение его к другим детям, адаптация в детском саду;
- время проявления интереса к учебной деятельности (чтению, письму, счету);
- в каком возрасте пошел в школу, особенности адаптации его к школьному коллективу и школьному режиму, успешность овладения учебной программой, любимые и нелюбимые предметы;
- особенности пубертатного периода, не было ли резких изменений характера, поведения, настроения;
- отношения с родителями, учителями, товарищами; были ли контакты и какие с наркотиками и алкоголем.

У взрослого больного период детского и подросткового возраста описывается подробно, если заболевание началось в молодом возрасте. В остальных случаях отражаются основные и особые моменты в развитии.

В отношении взрослого больного важным является анализ его трудовой деятельности, профессионального роста и семейных отношений. Имели ли место частые смены работы (мотивы их), разводы (по чьей инициативе и их мотивы). Особенности климактерического периода. Перенесенные заболевания, черепно-мозговые травмы, жизненные катастрофы. Материальные и жилищные условия больных.

Если речь идет о зависимости от алкоголя или наркотиков, то следует собрать алкогольный или наркоманический анамнез. Важны возраст начала употребления психоактивных веществ, характер опьянения, частота, толерантность, наличие синдрома отмены. Необходимо знать лечился ли ранее, продолжительность ремиссий.

Следует собрать также и наследственный анамнез: не было ли психических расстройств, самоубийства, злоупотребления алкоголем у близких родственников: родителей, бабушек и дедушек, братьев и сестер.

Анализ жизни человека преследует следующие цели: составить представление о личности и поиск возможных жизненных причин возникшего болезненного состояния.

### **АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Возраст и давность начала заболевания. В чем и как оно проявлялось. Начало острое или хроническое. Предполагаемая причина.

Если был болен несколько раз, то следует описать в чем проявлялся каждый приступ болезни. Где и чем лечился. Характер и длительность

ремиссий. Повлияла ли болезнь на трудовую деятельность и семейные отношения.

Необходимые сведения о физическом и психическом развитии больного, наследственности, анамнезе болезни студент может почерпнуть из беседы с самим больным (субъективный анамнез), получить объективные сведения (объективный анамнез) от родственников, сослуживцев. Если это сделать не представляется возможным, то рекомендуется взять необходимые объективные сведения из истории болезни и документации, которая там имеется.

### **СОМАТИЧЕСКИЙ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС**

**Телосложение.** Аномалии физического развития и уродства. Соответствует ли физическое развитие и внешний вид паспортному возрасту. Состояние кожных покровов и видимых слизистых. Наличие многочисленных татуировок, следов порезов на предплечьях (суицидальные попытки), следов многочисленных инъекций (у наркоманов). Патология со стороны внутренних органов.

**Особенности неврологического статуса.** Рефлексы кожные, периостальные, сухожильные (сохранены, повышены, снижены). Наличие патологических рефлексов. Состояние двигательных функций. Особенности походки, речи, почерка. Функции тазовых органов (энурез, энкопрез).

**Вегетативные расстройства:** повышенное потоотделение, акроцианоз, дермографизм и др. Характер проявлений: постоянно или пароксизмально.

Данные лабораторных и инструментальных исследований, имеющих значение для дифференциальной диагностики.

### **ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ**

В данном разделе необходимо охарактеризовать личность больного в целом, особенности всех психических функций, описать имеющиеся психические расстройства. Констатация тех или иных нарушений является недостаточной. Необходимо описать в чем и как они проявляются, а также аргументировать свои выводы.

**Способность к контакту.** Общительность больного. Контакт устанавливается быстро, медленно, избирательный контакт, характер этого контакта, колебание способности к контакту в зависимости от настроения.

**Расстройства в сфере восприятий:** неточность восприятий, иллюзии, галлюцинации, психосенсорные расстройства, агнозии и прочее. Дополнительные вопросы: не было ли видений, не показывалось ли перед глазами что-нибудь страшное, необыкновенное, чего другие не видят. Не слышит ли голосов? Не чувствует ли дурных или особенных запахов, дурного вкуса в пище? Нет ли особенных ощущений в теле, коже, в голове (отметить особенности описываемых галлюцинаций, например, голоса – справа, слева, сзади, мужские, женские: бранят, хвалят и т.п.). Не совершаются ли ложные восприятия больного в голове, мыслях, различных частях тела (псевдогаллюцинации), характер ложных восприятия (яркость, образность, подчиняемость им).



**Двигательно-волевые функции и нарушения речи:** внешний вид больного. Выявляет ли больной живые интересы, желания: интересы разнообразны, скудны, односторонни. Двигательные акты (заторможенность, возбуждение). Деятельность больного, упорядоченная, неупорядоченная. Мимика, жесты, выразительные движения, смех, плач, прочее.

Амбивалентность. Наличие автоматизмов. Эхолалия, эхопраксия. Автоматическая подчиняемость. Застывание в позах, восковая гибкость. Манерность. Негативизм. Стереотипии в речи и движениях. Скованность речи и движений. Ступор и его характер. Избыточность движений. Гиперкинезы, тики, навязчивые движения. Нарушения в сфере инстинктов: обжорливость, отказы от еды, поедание несъедобных предметов, склонность к аутоотравматизации и т.д. Наличие патологических влечений к бродяжничеству, поджогам и др.

**Эмоциональная сфера.** Главное - выявить нет ли у больного депрессивного, маниакального или тревожно-фобического синдрома. Больной может и сам рассказать о своих эмоциональных проблемах. Однако можно сделать определенный вывод в результате беседы и наблюдения за больным (веселость или подавленность; повышенная готовность или замедленность речи; оживленность мимики и движений или наоборот; завышенная или заниженная самооценка и др.). Если подразумевается депрессивный синдром, то следует выяснить имеет ли место сезонность и суточные колебания настроения, резкое похудание, прекращение менструаций, суицидальные мысли и намерения, снижение аппетита и либидо. Следует иметь в виду, что при соматизированной (скрытой) депрессии больные в первую очередь предъявляют жалобы на соматические дисфункции (церебральные, кардиальные, абдоминальные и др.). Способность к сопереживанию (нет ли оскуднения эмоций, апатии).

Частым эмоциональным нарушением является тревога. При этом важно оценить ее интенсивность, адекватность, проанализировать ситуации, при которых она возникает, сопровождается ли выраженным вегетативным расстройством.

Протекает длительно или появляется внезапно (пароксизмально) без связи с ситуацией в сочетании с выраженным страхом и вегетативными проявлениями (панические расстройства).

Для выявления фобических и тревожно-фобических расстройств следует выяснить нет ли у больного страха закрытых и открытых пространств; толпы или одиночества; публичных выступлений, каких-либо заболеваний и т.д.

**Внимание:** пассивное, активное. Объем, направленность внимания. Наблюдательность, способность к длительному сосредоточению, отвлекаемость. Способность к переключаемости, истощаемость. Для исследования внимания, в первую очередь, истощаемости, можно предложить последовательное вычитание от ста по семи, тринадцати или более легкое задание в зависимости от возраста и интеллекта.

**Память.** Состояние воспроизведения оценивается по тому, насколько больной помнит даты наиболее важных событий из личной и общественной жизни, имена своих детей и внуков. Оценивается сохранность профессиональных знаний. Если курируется ребенок школьного возраста, то следует проверить наличие и сохранность школьных знаний (таблица умножения, фамилии писателей, географические сведения и т.д.).

Следует выявить, как больной помнит события, предшествовавшие заболеванию и последующие за ним. Удержание текущих событий.

**Мышление и интеллект:** оценивается запас знаний и представлений в соответствии с возрастом, образованием. Способность к образованию понятий и обобщений. Для детей дошкольного возраста наличие понятий больше/меньше; знаний частей тела, левой/правой стороны; счетные операции на конкретных предметах; знание времен года, основных цветов, состава семьи, знание домашних животных; проверяется умение составлять картинку из частей и т.п. С этой целью удобно использовать игрушки, рисунки. У школьников необходимо выявить запас школьных знаний. Для суждения об уровне абстрактного мышления у детей и взрослых целесообразно предложить назвать одним словом ряд перечисленных предметов. Например, как назвать одним словом: винтовка, граната, пулемет, пистолет. Оценить различие между близкими понятиями: бедный и нищий; дерево и бревно; птица и самолет. Сходство между определенными предметами: солнце и печка, лодка и мост. Способность к осмыслению (половицы, налестки). Целесообразно предложить рассказать любимую сказку, прочитанную книгу, стихотворение, кинофильм.

**Расстройства мышления:** ускоренное, замедленное, задержки и наплывы мыслей, вычурность, разорванность, символичность, амбивалентность, патологическая обстоятельность. Выявление бредовых, сверхценных, навязчивых идей.

Дополнительные вопросы (ставить осторожно, избегая внушения больному): не думается ли больному, что к нему плохо относятся, кто и почему. Нет ли у него врагов, тайных недоброжелателей. Не говорят ли о нем плохое, не преследуют ли его. Нет ли намерений у кого-нибудь отравить его, извести каким-либо другим образом. Не замечал ли больной, что окружающие делают намеки. Не пишут ли о нем в газетах. Не «подстроено» ли для него окружающее. Не склонен ли больной различным вещам и словам приписывать особое значение, относить на свой счет.

Считает ли больной, что на него как-то особенно влияют, действуют гипнозом, электричеством, не узнают ли особым способом его мысли.

Не считает ли больной себя исключительно одаренным, талантливым. Нет ли у него особых изобретений и артистических способностей. Не пользуется ли особой популярностью. Какой бы мог занять пост.

Не считает ли себя ничтожным, в чем-либо виновным, всеми презираемым. Не считает ли себя опасно больным, неизлечимым. Не

обкрадывают ли его, не разорен ли он, не боится ли нужды, не обманывают ли его.

При оценке навязчивых идей обратить внимание на наличие критики к ним, чувства чуждости и стремления избавиться от любой навязчивости.

Все перечисленные выше вопросы следует задавать тактично и осторожно, чтобы не оскорбить больного, и они правомочны, только если имеется подозрение на наличие бредовых идей.

**Состояние сознания:** нарушение его (оглушение, делирий, онейроид, аменция, сумеречное сознание, дереализация, деперсонализация). Эпизодические расстройства сознания и характер их по наблюдениям кураторов и медперсонала или по рассказам больного в прошлом и в данное время (поведение в таком состоянии, наличие амнезии в последующем).

Дополнительные вопросы для выявления нарушений: назовите учреждение, где вы находитесь; назовите зав. отделением, имя врача, в какой палате находитесь; кого знаете из медсестер; какое время года, какое время суток и т.д.. Следует помнить, что неточная ориентировка может быть при плохой памяти и сниженном интеллекте, а не только при нарушенном сознании.

При диссимуляции болезненных переживаний обратить внимание на особенности поведения больного (отвечает голосам, к чему-то прислушивается, всматривается, боится есть и т.д.).

### **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ И КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

Лечение болезни вообще и конкретного больного в частности.

Прогноз в отношении жизни, выздоровления, трудоспособности, обучения (в отношении детей).

## ПРИЛОЖЕНИЕ

### Особенности беседы с больными разного возраста

Стратегия клинического интервью меняется в зависимости от возраста и семейного положения больного, характера болезненных переживаний.

**Беседа с родителями.** При выяснении анамнеза детей до 5 лет практически все сведения исходят от родителей ребенка или его законного представителя (опекуна). Преимущества *совместного осмотра*: возможность одновременного наблюдения за родителями и ребенком; легче понять характер взаимоотношений между родителями и ребенком, между самими родителями; возможность отвлечь ребенка, помощь в преодолении страха. В то же время анамнестические сведения, предоставленные родителем в присутствии ребенка, могут оказаться неполными и менее точными. С этой целью рекомендуется дополнительная беседа с родителями к концу посещения, когда ребенок выйдет из комнаты.

В беседе с родителями *врачу необходимо учитывать*, что в описании симптомов у ребенка родителям зачастую свойственен субъективизм, основанный на предположениях, чувствах, оценках. В решении проблем своего ребенка родители нуждаются в помощи врача, который поддержал бы их, а не упрекнул. Спрашивая о ребенке, желательно называть его по имени, а не употреблять слова «он», «она», «ребенок». В разговоре с родителями о психологических проблемах уместны прямые откровенные вопросы, так как родители редко начинают говорить на подобные темы сами. Необходимо задавать прямые вопросы, касающиеся следующих сфер: эмоциональные проявления (тревога, страх, депрессия, склонность к самоубийству); поведенческие проблемы (воровство, агрессия, непослушание, драчливость, прогулы школьных занятий, побеги из дома); внимание и способность к сосредоточению, моторные навыки (уровень активности, неуклюжесть); обмороки или судороги; патологические движения; поведение в школе (посещаемость, нарушения дисциплины, отношения с учителями); взаимоотношения со сверстниками и сибсами; контроль над физиологическими отправлениями; соматическое здоровье; недавние неблагоприятные события (например, смерть кого-либо из близких, развод между родителями и т.д.). Оценивая особенности семейной жизни и взаимоотношений между ребенком и другими членами семьи, следует обращать внимание на следующие ключевые аспекты: методы воспитания (в особенности дисциплинарные меры); формы деятельности семьи, в которые вовлечен ребенок; роль ребенка в семье.

Следует уточнить является ли основная жалоба, предъявленная родителями, истинной причиной обращения к врачу, либо служит лишь «входным билетом» для лечения, скрывая таким образом истинный повод обращения, который они не считают «уважительным».

**Беседа с ребенком** в возрасте до 5 лет и старше может предоставить дополнительные сведения для истории болезни. Ребенок может точнее, чем родитель описать имеющиеся симптомы и свое отношение к ним. Допустима беседа с ребенком без присутствия родителей. Обычно предпочтительнее

начать разговор с обсуждения интересных, «нестрашных» вещей (любимых занятиях, школьных уроках, увлечениях). Желательно вести беседу неформально, ласково, проявляя искренний интерес к ребенку.

**Беседа с подростками.** Подростки зачастую воспринимаются как «сложный контингент» для клинического (в том числе психиатрического) интервьюирования. *Помните:* подростки, как и большинство людей, настроены дружелюбно ко всем, кто проявляет искренний интерес к ним не как к случаю, а как к человеку. Для эффективной беседы этот интерес следует проявлять с самого начала. Подростки склонны к откровенности, когда опрос касается их самих, а не их проблем. Поэтому лучше начать разговор с подростком в рамках неформальной непринужденной беседы о его друзьях, школе, увлечениях, семье.

Родителям и подростку следует объяснить, что при оказании медицинской помощи подросткам требуется определенная конфиденциальность, основанная не на «хранении секретов», а на взаимном уважении. Целесообразно побеседовать с подростком наедине после завершения беседы с родителями.

**Больные пожилого возраста** имеют особенности, которые могут как облегчить, так и затруднить общение с ними. У них могут быть снижены зрение, слух, реакции. Они часто страдают заболеваниями в хронической форме, которые причиняют им неудобства, ограничивают их подвижность. Затруднения в контакте могут быть вызваны личностными особенностями пожилого пациента. Продуктивному контакту с пожилым пациентом будут способствовать: удобное место для сидения; возможность постоянно видеть лицо врача; фронтальное положение собеседников (лицом к лицу); перед началом беседы убедиться, что пациент вас слушает; медленный разговор короткими фразами; *нельзя* торопить и перебивать собеседника, критиковать и иронизировать; необходимо постоянно проверять степень понимания больным хода беседы; целесообразно уделять особое внимание невербальным коммуникациям.

### **Сбор сведений, касающихся деликатных сторон жизни больного**

**Употребление алкоголя и наркотиков.** Неосуждающее поведение врача (студента) может побудить больного рассказать о своем пристрастии. Вопросы относительно употребления алкоголя и наркотиков задают обычно после вопросов об употреблении кофе и табачных изделий. Целесообразны вопросы, не требующие однозначных ответов «да» или «нет», например: «Сколько спиртного вы употребляете?». Стратегия клинического интервью, направленного на диагностику и характеристику зависимости от психоактивных веществ, определяется оценкой синдромов психической и физической зависимости, синдрома измененной реактивности.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей.- М.: Медицина, 1994.- 544 с.

Установить у больного наличие зависимости от алкоголя могут помочь четыре вопроса, известные как вопросы CAGE (аббревиатура CAGE образована от названия основного признака каждого из симптомов – желание напиться до «отключения», непереносимость критики, чувство вины, похмелье).

*Вопросы CAGE<sup>1</sup>:*

1. Испытывали ли вы когда-либо непреодолимое желание напиться до «отключения»?
2. Вызывает ли у вас раздражение критика по поводу употребления спиртного?
3. Бывало ли так, что вы чувствовали себя виноватым из-за употребления спиртного?
4. Приходилось ли вам утром принимать спиртное для устранения похмелья?

Два или более положительных ответа позволяют думать об алкоголизме. Они также позволяют наметить дальнейшее направление беседы. В ряде случаев целесообразно уточнить о медицинских, социальных, юридических последствиях употребления спиртного.

Вопросы об употреблении наркотиков задаются аналогичным образом. Есть смысл в том, чтобы расспросить об употреблении наркотиков друзьями и членами семьи больного.

**Физическое насилие.** О физическом насилии, имевшем место в отношении пациента, следует думать в случаях, когда: повреждение труднообъяснимо, не соответствует словам больного, скрывается им или вызывает у него замешательство, имеет место несвоевременное обращение за медицинской помощью, когда в анамнезе имеются указания на повторные «травмы» или «несчастные случаи», когда сам больной или его близкие страдают алкоголизмом или наркоманией. Человек, подвергшийся насилию, в своем поведении может иметь некоторые особенности: пытается перехватить инициативу в разговоре, не решается выйти из комнаты или выглядит необычно встревоженным и обеспокоенным. Объективизации информации могут помочь такие вопросы:

Когда он приходит домой такой пьяный, он бьет (избивает, истязает) вас или детей? Что он делает? Что делаете вы?

Вы сказали, что часто спорите с мужем. Эти споры заканчивались дракой?

У вас на теле кровоподтеки. Вы можете рассказать что случилось? Кто вас ударил?

Если подозревается жестокое обращение с ребенком, могут быть уместны следующие вопросы: «Многие родители очень расстраиваются, когда их ребенок плачет или капризничает. Как вы относитесь к своему ребенку, когда он плачет? Что вы делаете, когда он не перестает плакать? Как вы наказываете своего ребенка, когда он совершает какой-либо проступок? У вас был когда-нибудь страх того, что вы можете причинить боль своему ребенку?».

---

<sup>1</sup> Mayfield D., McLeod G., Hall P. The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument // Am. J. Psychiatry.- 1974, Vol. 131.- P. 1121-1123.

***Возбужденный больной.*** В состоянии возбуждения больные бывают раздражены, агрессивны, неуправляемы. Вступая в контакт с больным, представьтесь и пожмите ему руку. Очень важно вести себя доброжелательно и невызывающе. Избегайте смотреть возбужденному больному в глаза, держитесь непринужденно и миролюбиво, расслабьте руки, не сжимайте их в кулак. Не пытайтесь заставить такого больного не шуметь или не ругаться. Выслушайте его внимательно и попробуйте понять, что он говорит. Иногда такие больные в маленьком помещении чувствуют себя как в ловушке, поэтому лучше всего говорить с ними в просторной комнате, это придаст уверенности и вам.