

КАЗАНСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

А. С. ГРАНИЦА
КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ В ПСИХИАТРИИ
Учебно-методическое пособие

Казань

2019

УДК 616.89

Г75

Рекомендовано к изданию

Учебно-методической комиссией

Института фундаментальной медицины и биологии КФУ

(протокол №1 от 5.09.2019)

Рецензент:

заведующий кафедрой медицинской и общей психологии

Казанского государственного медицинского университета,

доктор медицинских наук, профессор **Менделевич В.Д.**

Граница А.С.

Г75 Клинические задачи в психиатрии. Учебно-методическое пособие / Граница А.С. / - Казань: Казан. ун-т, 2019. - Учебно-методическое пособие. – 65 с.

В учебно-методическом пособии рассмотрен процесс диагностики в психиатрии на примере решения клинических задач. Читатели будут ознакомлены с основными подходами диагностики при различных психических патологиях, с принципами обоснования и дифференциации диагноза. Предназначено для студентов и ординаторов медицинских, психологических и педагогических направлений подготовки.

УДК 616.89

© Граница А.С., 2019

© Казанский университет, 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Глава 1. Общие подходы к диагностике в психиатрии	5
Глава 2. Пример изучения клинического случая	16
Глава 3. Примеры клинических случаев	23
Глава 4. Эталоны правильных ответов	51
Список литературы	64

ВВЕДЕНИЕ

Понимание основ психиатрии необходимо врачам самых различных специальностей. Существует большое разнообразие патологий, с которой будущие врачи общей практики будут встречаться чаще всего: пограничная, или малая, психиатрия (неврозы, расстройства личности и переходные состояния), соматогенные психические нарушения, психические расстройства при общих и мозговых инфекциях, алкогольные расстройства различного уровня, наркомании, токсикомании, олигофрении. Ряд заболеваний относится к междисциплинарным проблемам с неврологией, медицинской генетикой, инфекционными болезнями и другими. И наконец, пациенты с психическими расстройствами так же могут страдать от сопутствующей соматической патологии, при оказании этой медицинской помощи потребуется учитывать особенности этой группы коморбидных пациентов. Таким образом, несмотря на специфику психиатрии как клинической дисциплины, широкое представление о психических расстройствах, их клинических проявлениях и принципов терапии важно для общеобразовательного курса студента высшего учебного заведения медицинского профиля [7]. Данное пособие предназначено для помощи в подготовке студентов, ординаторов и аспирантов по специальностям «психиатрия» и «медицинская психология».

В этом пособии мы сосредоточимся на диагностическом процессе в психиатрии, рассмотренном на примере реальных клинических случаев и оформленных в виде клинических задач.

ГЛАВА 1. ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ В ПСИХИАТРИИ

Ведущими методами диагностики в психиатрии являются: клинико-анамнестический (изучение анамнеза жизни и болезни), клинико-психопатологический (изучение психического статуса пациента), экспериментально-психологический (применение методов психодиагностики) [2, 4-7]. Кроме того, используются методы дополнительного обследования, применяемые в соматической медицине: лабораторные (анализ крови и других физиологических жидкостей), инструментальные (электроэнцефалография, рентгенодиагностика, магнитно-резонансная томография и др.). Описание дополнительных методов обследования и возможностей их применения в психиатрии можно почерпнуть из соответствующей литературы.

Структура академической истории болезни в психиатрии

1. Анамнез жизни.
2. Аллергологический анамнез и перенесенные заболевания (инфекции, ЧМТ, ОНМК), хронические заболевания (ГБ, СД и др.) , операции, гемотрансфузии.
3. Вредные привычки. Курение-стаж, кол-во сигарет в день. Употребление алкоголя-стаж, характеристика напитков, объем за один раз, наличие рвотного рефлекса, наличие запойных явлений, наличие абстиненции. Употребление наркотиков-стаж, характеристика наркотика, объем за один раз, наличие тяги и запойных явлений, наличие абстиненции.
4. Анамнез болезни. Предрасполагающие факторы (особенности воспитания, наследственность, соматические заболевания, особенности характера). Начало заболевания (год, причинно-следственная обусловленность). Течение заболевания (ведущий синдром, частота обострений). Приверженность терапии (наблюдение у психиатра, прием препаратов). Текущее обострение (начало, клиническая картина, обстоятельства госпитализации). Клиническая картина с момента госпитализации.
5. Психический статус на момент осмотра.
6. Данные других методов обследования (заключение мед. психолога, невролога, терапевта, функционального диагноста при наличии)

7. Предварительный диагноз (шифр по МКБ-10, формулировка заболевания по МКБ-10, ведущие синдром/синдромы на момент осмотра или преобладавший с момента госпитализации) и его подтверждение (выводы из анамнеза, из данных других методов обследования, симптомы и синдромы).
8. Дифференциальная диагностика (с какими заболеваниями (не менее 3), исходя из клинической картины конкретного больного, указание черт сходства и различий). Вы должны сравнить симптомы конкретного больного с симптомами заболеваний и тем самым подтвердить, почему стоит выбрать именно ваш диагноз.
9. Предложение по дополнительному обследованию (если уместно)
10. Предложение тактики лечения (медикаментозное (указание группы препарата, обоснование выбора, пример), немедикаментозное) и реабилитации.

Анамнез – это совокупность сведений, получаемых при медицинском обследовании путём расспроса самого обследуемого и/или знающих его лиц [2, 7]. Он может быть субъективным-полученным от пациента, и объективным – полученным из других источников (родственников, друзей, полицейских, медицинской и иной документации и проч.)

Структура анамнеза в психиатрии:

Анамнестические сведения разделяются на следующие части:

1. Анамнез жизни. В этом разделе перечисляются основные этапы жизни пациента, начиная с особенностей беременности. Для диагностики в психиатрии имеют значения следующие разделы анамнеза жизни:
 - Особенности протекания беременности.
 - Особенности протекания родов.
 - Раннее и дошкольное развитие: сроки и особенности протекания этапов раннего развития (когда заговорил, начал ходить, проявлял социальный интерес, посещение дошкольных учреждений и проч.). Качественные особенности реакций и поведения в этом периоде также могут быть важны: открытость, особенности игровой деятельности, наличие детских страхов и фантазий, особенности речи и т.д.

- Школьный период: сроки поступления в школу, характер успеваемости, социальный контакт со сверстниками, физиологические изменения.
 - Особенности зрелого периода: образование, увлечения, социальный контакт, трудовая деятельность, служба в армии, менопаузы, наличия беременностей, вождение автомобиля, судимость.
 - Характер пациента, о котором говорит он сам или его родственники, чтобы проследить динамику связи с психическим расстройством.
- 2. Аллергологический анамнез и наличие побочных действий лекарств.
- 3. Наследственность.
- 4. Перенесенные и сопутствующие заболевания. Данный раздел имеет не только общемедицинское и организационное значение, но в некоторых случаях может помогать в диагностике и частично переходить в раздел анамнез болезни.
- 5. Вредные привычки. Данный раздел может также перекликаться с анамнезом болезни (в случае синдрома зависимости или последствий злоупотребления в форме органического поражения головного мозга).
- 6. Анамнез болезни. Один из наиболее важных разделов, демонстрирующий сразу несколько аспектов диагностики: вид расстройства (например, расстройство личности), причину (например, последствия травмы головы), длительность заболевания, тип течения (непрерывный или приступообразный), характерную и преобладающую симптоматику, приверженность терапии. В этом разделе отдельно указываются обстоятельства госпитализации или психиатрического освидетельствования: самообращение, решение суда, направление от другого специалиста. Это также может отражать критические отношения пациента к болезни. Виде расстройства стоит указывать в этом разделе в случаях наличия предшествующих госпитализаций или обращений к психиатру.

Структура психического статуса [2, 4-6]:

1. Состояние до беседы. В данном разделе указывается доступная информация о поведении пациента до непосредственной встречи с врачом. Если это амбулаторный прием, то как он вел себя в коридоре, хотел ли идти на встречу и так далее. Если стационарно, то можно узнать их записей или сообщений медицинского персонала о том, как пациент проводил время в отделении: нарушал или не нарушал режим отделения, была ли агрессивность поведения, конфликты, как спал, ел, принимал ли лекарственные препараты. Знание о том, каким было поведение может указать на тяжесть состояния и направит диалог.
2. Обстоятельства беседы: где проходит беседа (в кабинете, в палате и т.д.), мотивированность пациента на беседу (обратился на беседу сам, пришел в сопровождении персонала, отказывается от беседы в кабинете и т.д.). Если беседа проходит в кабинете, то это может свидетельствовать о комплайнсе между пациентом и врачом, его приверженности лечению или соблюдению режима порядков оказания медицинской помощи. Если беседа проходит не в кабинете, то это может быть связано с тяжелым соматическим или психическим состоянием пациента, его негативистичной реакцией на режим отделения или врача. Если пациент сам обращается на беседу это может говорить о комплайнсе, его критике или о том беспокойстве и дискомфорте, которое он испытывает, и которым готов поделиться с врачом. Отказ от беседы может быть связан с отсутствием критики или доверительных отношений с врачом.
3. Определение ясного или помраченного сознания (при необходимости дифференцировки данных состояний). В случае отсутствия сомнений в наличии ясного (не помраченного) сознания этот раздел можно опустить. Признаком ясности сознания будет наличие ориентировки в месте (знает, где находится), времени (знает текущую дату), собственной личности (знает свое имя, возраст). Другим признаком будет контакт с окружающей действительностью – отвечает или стремится ответить на заданные вопросы, правильно воспринимает окружающую обстановку, может верно назвать предметы и окружающих людей и т.д. Дезориенти-

ровка может быть связана с утратой контакта с окружающим миром и погруженностью в галлюцинаторные и бредовые переживания, что наблюдается при синдромах помраченного сознания (делирий, аменция, онейроид, сумеречное помрачение). Другой причиной могут быть нарушения памяти (амнестическая дезориентировка). В этом случае пациент сохраняет контакт с окружающими, но не может определить текущее место, время и части своей личности из-за амнезии.

4. Наличие или отсутствие жалоб, и их содержание. В этом разделе описываются жалобы, которые предъявляет пациент, с преимущественным упором на жалобы психического, поведенческого или социального содержания: настроение, отношения с другими людьми, отношения с обществом и т.д.
5. Внешний вид. В данном разделе описывается внешний вид пациента: особенности его одежды (чистота, целостность, соответствие возрасту, культуре, социальным нормам, сезону), волос (чистота, особенности прически соответствие возрасту, культуре, социальным нормам), макияжа (соответствие возрасту, культуре, социальным нормам). В внешний вид может быть опрятный, ухоженный, небрежный, вычурный, либо пациент может проявлять полное безразличие к внешнему виду.
6. Поведение. В этом разделе описываются поведенческие акты пациента: его двигательная активность, жестикуляция, законченные действия. Поведение может быть спокойное, суетливое, возбужденное, нелепое, вычурное, демонстративное, агрессивное, аутоагрессивное, манерное. Так же здесь можно описать особенности походки, позы (свободная, естественная, неестественная, вычурная, вынужденная, нелепая, однообразная), жестикуляции (активная, бедная жестикуляция).
7. Особенности контакта. В этом разделе указываются особенности взаимодействия с пациентом, то есть его возможности и желание поддерживать беседу с врачом. Контакт бывает активный (пациент сам обращается с вопросами и просьбами, делится переживаниями, в полной мере отвечает на вопросы врача), пассивный (пациент только отвечает на вопросы врача, но сам не стремится), формальный (пациент отвечает односложно да-нет); продуктивный (беседа ведет к

результату), непродуктивный (беседа не приводит к результату). Непродуктивность беседы может быть связана с нежеланием пациента вследствие его неприязненной, оппозиционной или негативистичной позиции к врачу. Так же непродуктивность может быть обусловлена психическим состоянием пациента: глубокая дезорганизация мышления, глубокое снижение интеллекта и памяти, помрачение сознания, психомоторное возбуждение, нарушения внимания, доминирование галлюцинаторных переживаний во время беседы, ступор. В связи с этим стоит подробно указывать как причину продуктивности контакта, так и его непродуктивности.

8. Речь. Речь позволяет оценить сразу несколько особенностей пациентов: общий уровень интеллекта и эрудиции, структурированность и темп мышления, наличие неврологической симптоматики, эмоциональное состояние пациента. В некоторых случаях пациенты могут не отвечать на вопросы заданные врачом обычным голосом, но могут отвечать на шепотную или письменную речь. Речь можно описывать по следующим параметрам: по словарному запасу и грамотности (грамотная, аграмматичная, примитивная, богатая, бедная, с жаргонизмами и неологизмами); по логической стройности (стройная, алогичная и паралогичная), по внутреннему согласованию слов, фраз и слогов (связная, бессвязная); по последовательности (последовательная, непоследовательная, с соскальзыванием, разорванная, шизофазия); по детализации (обстоятельная, обычная), по темпу (замедленная, ускоренная); по количеству слов (многоречивая, словоохотливая, краткая, «речевой напор»); по динамике (внезапные остановки речи, умолкание, ускорение, замедление, повторение – вербегирации, застревание). Привести наиболее яркие примеры речи (цитаты).
9. Эмоциональные процессы оцениваются через целую группу феноменов. Эмоциональный фон (определенный доминирующий уровень эмоций при беседе): лабильность (подвижность), ригидность (тугоподвижность), возбудимость (скорость и сила возникновения), тормозимость (скорость и глубина угасания). Качество фона: сниженный, приподнятый, повышенный, ровный (без выраженных колебаний). Настроение: хорошее, дурное, приподнятое, удовлетворительное.

Доминирующая эмоция – злость (раздражение, гнев, ярость, обида), радость (веселость, эйфория, экстаз), грусть (печаль, тоска, горе), страх (испуг, ужас, волнение, беспокойство, тревога), интерес, удивление, стыд, отвращение, вина, презрение.

10. Реакция больного на свои переживания, уточняющие вопросы врача, замечания, попытки коррекции, юмор, эмоционально-значимые события из жизни (разговор о близких людях, травмирующих ситуациях). Снижение эмоционального реагирования может быть симптомом многих психических расстройств и проявляться сенситивностью (повышенной чувствительностью), эксплозивностью (взрывчатостью с преобладанием гнева), холодностью (снижением уровня эмоциональных реакций), амбивалентностью (сосуществование противоположных эмоциональных реакций), парадоксальность (несоответствие эмоциональной реакции и стимула).
11. Мимика (мимические реакции) отражает доминирующую эмоцию во время беседы. Она может быть живая, богатая, бедная, однообразная, выразительная, «застывшая», вычурная (манерная), гримасничанье, маскообразная, гипомимия, амимия и др.
12. Голос. Также может отражать эмоциональный фон и быть тесно связан с переживаемой эмоцией. Голос можно описать как тихий, громкий, монотонный (без изменения высоты), модулированный (сохранена способность к изменению высоты), выразительный, хриплый, дрожащий.
13. Соматические проявления эмоций: гиперемия, бледность, учащение дыхания, пульса, гипергидроз, тремор.
14. Наличие суицидальных мыслей и тенденций (отрицает или подробно описать). Так как не существует достоверных способов прочесть мысли пациента, то наличие или отсутствие суицидальных мыслей возможно обнаружить только через сообщения самого пациента. О суицидальных тенденциях кроме его собственных заявлений может говорить наблюдение за поведением пациента и его анамнез.

15. Наличие агрессивных тенденций (отрицает или подробно описать). Агрессия - это поведенческий акт, направленный на причинение физического, психологического или социального вреда другому живому существу. Агрессия может сопровождаться эмоциональными переживаниями, но может быть и изолированной. О намерении нанести вред кроме его собственных заявлений может говорить наблюдение за поведением пациента и его анамнез.
16. Внимание - психический процесс связанный с возможностью сосредоточиться на каком-либо объекте. Его характеризуют: устойчивость (длительность концентрации на одном и том же объекте), избирательность (способность отбирать значимые стимулы и игнорировать второстепенные), переключаемость (целенаправленное изменение объекта сосредоточения внимания), распределение (способность внимания одновременно концентрироваться на нескольких объектах, имеющих разную природу), истощаемость (снижение способности к длительному сосредоточению на определённом явлении или деятельности в силу повышенной утомляемости), рассеянность (нарушение способности длительно сосредоточиваться с постоянными переходами от одного объекта (явления) к другому, ни на чем не задерживаясь), произвольность (способность намеренно, осознанно концентрировать свое внимание на объекте).
17. Память характеризует способность запоминать, сохранять и воспроизводить полученную пациентом информацию. В данном разделе уместно расспросить пациента о событиях недавнего и далекого прошлого. По закону Рибо при нарастающем снижении памяти в первую очередь будут утрачиваться ближайшие воспоминания, а далекие, детские, будут сохраняться длительно. В процессе беседы можно попросить пациента запомнить число или слово/слова и попросить напомнить его через несколько минут. Описываются объем памяти, признаки снижения памяти, парамнезии, амнезии (описать тип нарушений), либо соответствует возрасту и уровню образования.
18. Интеллект характеризуется развитостью способностей к успешной деятельности. В основе интеллекта лежат процессы мышления и памяти. Для предварительной оценки можно попросить выполнить простые мыслительные операции

– произвести счет, решить логическую задачу и т.д. Более детально он изучается специальными психологическими тестами. При описании интеллекта нужно указывать признаки снижения (описать тип нарушений), либо сохранность, либо соответствует возрасту и уровню образования.

19. Мышление - процесс отражения существенных свойств объектов, а также связей между ними, что приводит к появлению представлений об объективной реальности. Его характеризуют: темп (умеренный, замедленный, ускоренный), последовательность, подвижность, то есть способность переключаться с одной мыслительной задачи на другую (или нарушения в форме инертности, ригидности, тугодвижности, устойчивости), стройность (целенаправленность, логичность), нарушения стройности (соскальзывание, разорванность, разноплановость, бессвязность, паралогичность, алогичность), продуктивность (то есть способность приходить к результату), способность к абстрагированию или конкретность.

20. Наличие или отсутствие волевых расстройств и расстройств влечений (описать тип и характер нарушений). Воля характеризует способность регулировать собственное поведение и психические процессы и тесно связана с понятиями цель и мотив. Влечения характеризуют деятельность, направленную на удовлетворение потребностей. В данном разделе стоит описать то, насколько пациент способен управлять своими действиями (активность, последовательность, упорядоченность), либо наоборот его импульсивность или пассивность; насколько может управлять своим поведением по удовлетворению своих потребностей и насколько эти потребности являются социально-приемлемыми.

21. Активная психопатологическая продукция: наличие и характер бредовой симптоматики, сверхценных и навязчивых идей, наличие и характер расстройств ощущений и восприятия, либо активной психопатологической продукции не выявляется. В данном разделе могут быть приведены примеры высказываний пациента, характеризующие расстройства ощущений (парестезии, сенестопатии и др.), восприятия (иллюзии, галлюцинации, психосенсорные расстройства), содержательные нарушения мышления (бредовые, сверхценные, навязчивые идеи). В этом

разделе стоит максимально подробно изложить описание этих нарушений и сопутствующего поведения и изменения динамики других психических процессов. Например, при переживании истинных галлюцинаций у пациента будет наблюдаться конгруэнтное им поведение (будет взаимодействовать как с реальным объектом: искать источник звука, озираться, пытаться поймать), перераспределится внимание (станет больше уделять внимание галлюцинаторным образам и звукам), может быть эмоциональное реагирование (будут яркими эмоции: удивление, интерес, страх, гнев, радость). При наличии содержательных нарушений мышления могут обнаруживаться изменения в эмоциональной сфере, соответственно контексту идей (нарастание страха при идеях угрозы пациенту), перераспределение акцентов во время беседы (сосредоточенность на теме), либо склонность к уходу от разговора (при недоверии врачу).

22. Динамика психического состояния в процессе беседы может отражать комплаентность пациента, степень его доверия врачу и лечению, наличие признаков органического поражения головного мозга (при нарастании утомления): улучшение контакта (ухудшение), нарастание подозрительности, отгороженности, растерянности, появление отсроченных, замедленных, односложных ответов, злобности, агрессивности, или, напротив, большей заинтересованности, доверительности, доброжелательности, приветливости.

23. Критика к болезни – это способность пациента осознавать факт наличия у себя психического расстройства, признаков его проявления (симптомов), влияния болезни на его жизнь, поведение и психические процессы, а так же необходимость лечения. Критика может быть активная (пациент сам о себе) (пассивная), полная (неполная, частичная), формальная. Критика к отдельным проявлениям болезни (симптомам) при отсутствии критики к болезни в целом. Критика к болезни при отсутствии критики к «изменениям личности».

24. К

р

у

25. Планы на будущее (их реалистичность, структурированность)

26. Сон: достаточный (есть ли чувство высыпания, объективное количество часов), динамика количества часов сна, прерывистый, трудности с засыпанием, раннее пробуждение, измененный режим сна и бодрствование, отсутствие сна.
27. Аппетит: достаточный (с чувством удовлетворения голода), объективное количество съеденного, динамика в количестве съеденного, сниженный, повышенный.
28. Краткое соматическое состояние.

Последовательность постановки диагноза и лечения в психиатрии

- Изучение анамнеза
- Изучение психического статуса
- Изучение дополнительных методов обследования
- Выделение симптомов
- Выделение ведущего синдрома
- Определение психического расстройства
- Дифференциация с другими расстройствами
- Определение тактики лечения

ГЛАВА 2. ПРИМЕР ИЗУЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Пациент Ш., 20 лет.

Анамнез (со слов родителей):

Дед по линии отца лечился в психиатрической больнице в старости. Родился в Балтасях, от первой беременности, в срок, кесаревым сечением в связи с угрозой отслойки сетчатки у матери. Закричал сразу. Развивался до года в соответствии с возрастом. До 3-х лет ночами часто плакал, после 3-х спал хорошо, спокойно. С 1,5 лет посещал ясли, адаптировался легко, был любимчиком у воспитателей. Был в меру активным ребенком, охотно читал стихи, принимал участие в утренниках. В школу пошел в 6 лет (почти в 7). Одновременно поступил в музыкальную школу по классу курая. Учился всегда хорошо, был активистом. Пытался заниматься спортом, баскетболом, футболом, карате, но не долго. Школу окончил с золотой медалью, сразу поступил в КАИ. Учился только на отлично, первую сессию сдал на все пятерки.

Особенности характера. Всегда был собственником, никому не давал играть своими игрушками. Если домой приходили гости, то прятал их. Особенно любил мягкие игрушки, с любимой собачкой иногда спит и сейчас. Был не слишком общительным, любил тишину и покой.

Уже начав учиться в институте, вдруг стал спрашивать у родителей, в чем смысл их жизни, какова у них была цель, достигли они ее или нет. Задавал вопрос маме: «неужели эти грядки – смысл твоей жизни?» Рассуждал о цели своей жизни, о том, правильно ли выбрал специальность.

Анамнез заболевания со слов родителей. Впервые заметили странности в его высказываниях 23 мая, когда, позвонив маме, молящим голосом спрашивал ее, откуда она узнала, что он украл удлинитель. Потом он рассказал, что убирался в хозяйственной комнате в общежитии, и зачем-то положил удлинитель в мусор и выставил за дверь. Спрашивал не к месту, у кого из дедушек шрам на голове, когда день рождения у племянника. 24-го мая неожиданно, без предупреждения приехал домой в Балтаси, был напряженным, «будто зомбированным, глаза бегали», обвинял себя в краже, хотел сдать полицию, говорил, что виноват перед

всеми. Говорил, что за ним следят, что взломали его аккаунт, что его нужно изолировать. Сам себе задавал вопрос, когда же у него все это началось. Родители обратились к проф. М., который направил в стационар.

Субъективный анамнез жизни.

Помнит себя с 4-5 лет, «был обычным среднестатистическим ребенком». Посещал д/сад, но подробностей не помнит, «наверно и стихи читал и играл». В школу пошел в 6 лет, в ноябре исполнилось 7. Друзья были, обычно 3-4 человека, но слишком общительным не был. Пытался заниматься спортом, футболом, баскетболом, но сам решил, что к этому нет таланта и ушел. Тренеры никогда не говорили, что нет перспектив, но сам понял, что другие лучше его. Две недели ходил на дзюдо, продолжать не смог, т.к. не мог заставить себя драться и бороться.

Учился всегда хорошо, но круглым отличником стал с 8 класса, «у каждого свои приоритеты. Общаться с друзьями не было времени и желания. Усердно занимался уроками. После окончания 11 классов, поступил в КАИ на бюджетное отделение. Но недавно понял, что он больше гуманитарий, что нужно было выбрать другое направление.

В 10 лет начал копаться в себе, возможно были периоды плохого настроения. Пытался разобраться, так ли он живет, так ли все делает, так ли развивается физически, сравнивал себя с другими детьми, «это было начало пубертата».

В конце 10 класса стал размышлять о своем предназначении, о смысле жизни.

Субъективный анамнез болезни. В течение последних дней до поступления почувствовал что за ним следят, «чтобы узнать мою эмоцию, какой я, приведут меня к чему». «Они заставили думать о том, что мне нужно своровать что-нибудь, чтобы узнать как я поступлю в такой ситуации, сворую или нет». Утверждает, что своровал в «Пятерочке», складывал все в рюкзак, но никто не заметил. Показал большой список предметов и продуктов, которые якобы своровал. Уверен, что «сейчас идет полное разбирательство государства». Понял это по осуждающим взглядам окружающих людей, в которых читалось, что воровать нельзя.

Считает, что сейчас он должен быть в суде, что судья должен вынести ему приговор, а он готов понести наказание. Хотел бы прочитать уголовный, гражданский и другие кодексы, чтобы самому дойти до сути.

Аллергологический анамнез не отягощен. Употребление алкоголя, табака, наркотиков категорически отрицает. Из перенесенных заболеваний – простудные.

ИТАК

- Не выявлено внешних факторов и причин.
- Были особенности характера до заболевания: на фоне хороших задатков мог их развивать, но при встрече с трудностями старался искать другие более легкие пути, некоторая отчужденность и замкнутость, исполнительность
- Был склонен к философствованию в последние несколько лет
- Заболевание началось недавно
- В клинической картине преобладали идеи преследования и самообвинения

Психический статус и психодиагностическое обследование.

Во время исследования испытуемый двигательльно спокоен, настроение ровное, малоэмоционален, гипомимичен, скован, осторожен, формален, периодически отмечают «уходы в себя», Критика снижена, причиной нахождения в стационаре называет «говорят психоз на фоне учёбы; была бессонница, смешение реальности, провалы в памяти». Контакт доступен, на вопросы отвечает в плане заданного, по существу, темп неустойчивый.

Сообщил, что за ним следили некие «силы», «чтобы узнать мою эмоцию, какой я, приведут меня к чему». «Они заставили думать о том, что мне нужно своровать что-нибудь, чтобы узнать, как я поступлю в такой ситуации, сворую или нет». Утверждал, что своровал в «Пятерочке», складывал все в рюкзак, но никто не заметил. Уверен, что «сейчас идет полное разбирательство государства». Понял

это по осуждающим взглядам окружающих людей, в которых читалось, что воровать нельзя. Считал, что сейчас он должен быть в суде, «что судья должен вынести ему приговор, а он готов понести наказание».

В процессе исследования внимания отмечается неустойчивость с тенденцией к истощению. **Непосредственное запоминание** продуктивно в положительной динамике. **Опосредованное запоминание** имеет средний уровень продуктивности (65%). Рисунки имеют больше формальный символический, атрибутивный и конкретно-ситуационный характер, эпизодически употребляет буквенные обозначения («победа – знак V», «обман – буква Л – ложь», «сомнение – хммм...»), отмечается малодифференцированный фрагментарный образ (на слово «подвиг» рисует «полукруг» с объяснением «это мышца, которая связана с силой и сила с героем - поэтому и подвиг – такая логическая связь»). **В методике «Исключение лишнего»** отмечается неустойчивость, разноплановость процессов обобщения, исключения, уравнивание существенных и второстепенных признаков, актуализация латентных («книга лишняя, а остальное могут создать неприятное, уколоть»), при обозначении обобщающего понятия оперирует функциональными значениями («лишний ключ, а остальное для хранения жидкостей, тележка лишняя, а остальное для перемещения человека»).

При сравнении понятий - при достаточном уровне операций сравнения, актуализирует латентные признаки с тенденцией к сравнению отдаленных понятий («обман и ошибка – общее начинаются на О, различие – по желанию –случайно», «стакан и петух – оба могут пить- неживой и живой»). Переносный смысл пословиц малодоступен, трактует только знакомые простые пословицы, поговорки.

В ассоциативном эксперименте отмечается формальность, сочетание как высших, так и примитивных ассоциаций.

Таким образом, в процессе экспериментально-психологического исследования на фоне тенденции к истощению отмечается нарушение целенаправленности мышления с соскальзыванием на латентные признаки у личности с акцентуацией по типу «сензитивный шизоид», конфликтным сочетанием разнонаправленных тенденций.

Итак из психического статуса можно выделить:

- Признаки дезорганизации мышления: разноплановость, соскальзывание, опора на латентные признаки
- Малая эмоциональная экспрессивность
- Замкнутость
- Высказываемые идеи преследования и самообвинения – бред преследования и самообвинения
- Частичная критика к состоянию

Идеи самообвинения и преследования можно интерпретировать как бредовые идеи. **Бредовые идеи** - представляют собой ложные, ошибочные суждения (умозаключения), возникшие на болезненной основе и недоступные критике и коррекции.

Они относятся к категории первичного бреда. *Первичный бред, или бред толкования, интерпретации* вытекает непосредственно из расстройств мышления и сводится к установлению неправильных связей, неправильному пониманию взаимоотношений между реальными объектами.

Бредовые идеи составляют основу паранойяльного бреда. *Паранойяльный синдром* систематизированным бредом отношения, ревности, изобретательства. Суждения и умозаключения больных внешне производят впечатление вполне логичных, однако они исходят из неверных посылок и ведут к неверным выводам.

Таким образом, ведущий синдром у пациента:

Паранойяльный синдром, в сочетании с идеями самообвинения.

Сравним обнаруженные симптомы с критериями по МКБ-10:

Критерии диагноза «шизофрения»:

- а) «эхо мыслей»
- **б) бред**
- в) галлюцинаторные переживания
- **е) разрыхление ассоциаций: шизофазия, резонерство**

- ж) кататонические расстройства: возбуждение, восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор;
- з) апатия, абулия, бедность речи,
- **и) сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций**
- **к) изменение поведения: утрата интереса, нецеленаправленностью, бездеятельностью, самопоглощенностью и аутизацией**

Таким образом, сравнение обнаруженных симптомов и синдромов с критериям МКБ-10 позволяет предположить «шизофрению параноидную».

Для проведения дифференциации с другими психическими расстройством необходимо ответить на вопрос: «Где может встречаться данный синдром?»

Он может встречаться при следующих заболеваниях.

- Шизофрения
- Органическое шизофреноподобное расстройство
- Эпилепсия
- Депрессия
- Биполярно-аффективное расстройство
- Реактивные психозы
- Психозы, вызванные употреблением психоактивных веществ

Вернемся к анамнезу:

- Не выявлено внешних факторов и причин.
- Были особенности характера до заболевания: на фоне хороших задатков мог их развивать, но при встрече с трудностями старался искать другие более легкие пути, некоторая отчужденность и замкнутость, исполнительность
- Был склонен к философствованию в последние несколько лет
- Заболевание началось недавно
- В клинической картине преобладали идеи преследования и самообвинения

Следовательно, можно исключить Органическое шизофреноподобное расстройство, реактивные психозы, психозы, вызванные употреблением психоактивных веществ. Кроме того, нет указаний на припадки, что исключает эпилепсию. Нет

указаний на колебания эмоционального фона в сторону депрессию или манию, что исключает биполярно-аффективное расстройство. Таким образом остается диагноз шизофрения.

Итак, окончательный диагноз будет выглядеть следующим образом:

Шизофрения, параноидная форма, паранойяльный синдром, период наблюдения менее года.

Выбор тактики ведения и лечения

В настоящий момент пациент находится в остром психотическом состоянии. Неоказание психиатрической помощи может быть чревато усугублением симптоматики, прогрессированием заболевания, возможной опасностью для себя и окружающих при трансформации симптомов и присоединения новых (например, псевдогаллюцинаций при переходе в синдром Кандинского-Клерамбо). Вышеперечисленное указывает на необходимость лечения в условиях психиатрического стационара.

Выбор лечения во многом определяется обнаруженными симптомами, синдромами, сопутствующей патологией, аллергологическим анамнезом. Ведущий синдром в настоящий момент – паранойяльный. Для купирования бредовой симптоматики применяются нейролептики с глобальным антипсихотическим действием (например, галоперидол, оланзапин), либо избирательным антибредовым (например, трифтазин). Сопутствующее эмоциональное снижение, аутизация, самообвиняющий характер высказываний также может оправдывать применение антидепрессанта (например из группы СИОЗС).

ГЛАВА 3. ПРИМЕРЫ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

Случай № 1. 32 года.

Анамнез жизни. Наследственность по психическим расстройствам не отягощена. Родился в срок от второй беременности. Раннее развитие без особенностей. В школу пошел с 7 лет. Учился удовлетворительно. Образование среднее профессиональное. В армии служил. Работал по разным рабочим профессиям, с общим стажем 7 лет. Разведен, с женой не поддерживает детей не имеет. Не судим. Проживает с родителями. Курит по 1 пачки/день. Употребление алкоголя и наркотиков отрицает. Черепно-мозговых травм, инфекционных заболеваний головного мозга, хронических заболеваний со слов не было.

Анамнез болезни. Заболевание началось остро, утверждал, что его преследуют, «слышал голоса угрожающего характера». Наблюдается у психиатра в течение 5 лет. Неоднократно госпитализировался в психиатрическую больницу. Последняя выписка год назад. После выписки лекарства принимал нерегулярно. Со слов больного 2 недели до текущей госпитализации «опять голоса начались». Больной начал принимать галоперидол в каплях. "Голоса" описывает как множественные, императивного характера, смысл которых передать затрудняется. За день до госпитализации под влиянием "голосов" больной хотел нанести самоповреждения в область предплечья, чтобы «голоса заглушить». Был обнаружен родственниками, которые вызвали скорую помощь и больному доставлен в психиатрическую больницу.

Психический статус. Ориентирован верно в месте, времени и собственной личности. Двигательно беспокоен, переминается с одной ноги на другую. Мимика маловыразительная. Настроение на момент осмотра оценивает, как «сниженное». Внимание привлекается вопросом, удерживается недостаточно, легко отвлекается, надолго сосредоточиться на беседе не может. Часто отводит взгляд в сторону, словно к чему-то прислушивается. Интеллект и память без грубых нарушений. Мышление умеренное по темпу, аморфное, не всегда последовательное. Суицидальные мысли на момент осмотра не высказывает. Во время беседы сообщил, что слышит «голоса» внутри головы, периодически в течение дня,

в том числе и сейчас, но «после укола стало лучше». «Голоса» были мужские, разные, незнакомые, в основном угрожающего или комментирующего характера. Обзывали пациента, угрожали ему смертью. Критика к своему состоянию неполная, признает, что ему "нужно от голосов избавиться", однако сомневается, что он болен. Сон со слов прерывистый, наблюдаются трудности с засыпанием.

Вопросы:

1. Какие данные анамнеза помогают в диагностике?
2. Какие данные психического статуса помогают в диагностике?
3. Назовите симптомы психопатологии.
4. Назовите ведущий/ие синдромы психопатологии.

Случай 2. Пациент 63 года.

Анамнез жизни. Данных о наследственности нет. Родился в срок, рос и развивался без особенностей. Окончил 10 классов средней школы. Далее учился в проф. Училище. Служил в ракетных войсках, затем работал в морфлоте. Женат, имеет двоих детей. Проживает с женой в отдельной квартире. Инвалид 2 группы по психическому заболеванию б/с с 2012 года. Дееспособен. Сифилис, ВИЧ, гепатиты, сахарный диабет туберкулез отрицает. Гемотрансфузии, отрицает. Аллергологический анамнез со слов не отягощен. Употребление наркотиков, курение, алкоголя категорически отрицает. В 2004 году перенес ЧМТ с повреждением костной пластины правой теменной области.

Анамнез болезни. С осени 2010 года наблюдалось прогрессирующее снижение когнитивных функций, с присоединением аффективных нарушений. У психиатра наблюдался с 2011 года. Однократно госпитализировался. Инвалид 2 группы. Наблюдался рай. психиатром. Состояние изменилось 5 месяцев назад, стал более конфликтным, раздражительным. Уходил из дома, кричал бессвязные обвинения из окна дома прохожим. Родственники обратились к рай. психиатру, было дано направление на госпитализацию

Психический статус. В сознании. Двигательно не возбужден. Походка медленная, шаткая. Движения порывистые. Продуктивному контакту малодоступен, путает события отдаленного и ближнего времени. Верно назвал имя. Внимание привлекается ненадолго, истощаемое. Текущий год не называет, возраст - 6 лет. Не может сказать, где находится. В беседе на вопросы отвечает после длительной паузы на осмысление. На многие вопросы не отвечает. При ответе часто начинает говорить про одно, но потом переходит на другую тему. Выявляется выраженное интеллектуально-мнестическое снижение. Галлюцинаторной продукции не выявляется. Эмоциональный фон неустойчивый, склонен к раздражению и аффективным вспышкам. Пытался укунить мед. сестру, принесшую ему обед. По наблюдению, сон прерывистый, неравномерный, долго не засыпает.

Вопросы:

1. Назовите симптомы психопатологии.
2. Назовите ведущий/ие синдромы.
3. Назовите предварительный диагноз
4. Назначьте медикаментозное лечение и мишень терапии

Возможные ответы:

1. Симптомы:
 - бредовые идеи преследования
 - бредовые идеи ущерба
 - эмоциональная лабильность
 - брадифрения
 - бредовые идеи реформаторства
 - диссомния,
 - снижение произвольности внимания,
 - тревога
 - снижение интеллекта
 - дисмнезия
 - амнестическая дезориентировка

2. Синдромы:

- галлюцинаторно-бредовый синдром,
- формирующийся параноидный синдром
- психоорганический синдром
- маниакальный синдром
- делириозный синдром

3. Диагноз:

- Биполярно-аффективное расстройство 1 типа
- Шизофрения, период наблюдения менее года
- Органическое расстройство личности, выраженный психоорганический синдром, эксплозивный вариант
- Деменция
- Психотическое расстройство вызванное употреблением неизвестным ПАВ.

4. Медикаментозное лечение:

- Нормотимик для купирования эмоционального напряжения, например карбамазепин
- Атипичный нейролептик с глобальным антипсихотическим эффектом (например, рисперидон или палиперидон) для купирования активной психопродукции
- транквилизатор (например, феназепам) для купирования тревоги и диссомнии.
- Трициклический антидепрессант с седативным эффектом для купирования тревоги и диссомнии(например, amitriptyline)
- Нейролептик с седативным эффектом, например, хлорпромаксен

Случай 3. Пациент 28 лет.

Жалобы: на сниженное настроение, тревогу, трудности с засыпанием.

Анамнез жизни.

Наследственность со слов не отягощена. Родился в срок единственным ребенком в семье. Далее рос и развивался без особенностей. Окончил 11 классов средней

школы. Затем университет по специальности «инженер». В настоящее время работает продавцом в продуктовом магазине. Инвалидности не имеет. Дееспособен. Сифилис, ВИЧ, гепатиты, сахарный диабет туберкулез отрицает. Гемотрансфузии, отрицает. Аллергологический анамнез со слов не отягощен. Употребление наркотиков, алкоголя, курение категорически отрицает.

Анамнез болезни.

Со слов с детства был тревожным, мнительным. С 15 лет появились навязчивые мысли, что он забыл выключить газ. По 5-6 раз приходилось возвращаться на кухню, чтобы удостовериться. Хотя понимал нелепость этих мыслей, не мог с ними справиться, так как автоматически появлялась мысль: «если не сделаю, дом взорвется». Однажды увидел на полу пятно и возникло непреодолимое желание на него наступить, так как возникла мысль: «не наступлю-родители умрут». С тех пор каждый раз проходя мимо приходилось наступать на пятно, количество раз выросло до 7 («семь-счастливое число»). При попытке оборвать мысли или не выполнить действия нарастала сильная тревога. Мысли ощущал как нечто чуждое, глупое, иррациональное, но не мог им противиться. Боялся, что сходит с ума. Мысли возникали, так же как и другие мысли, ничем не отличались от собственных мыслей. Наличие подобных состояний изматывало, уговорил родителей на госпитализацию в психиатрическую клинику. После выписки были выписаны препараты оланзапин и кломипрамин. Пациент их принимал, но эффект был выражен слабо. Однажды, усилием воли не поддавался мыслям и заметил, что тревога постепенно ушла. С тех пор старался не выполнять ритуалы и не обращать внимание на эти мысли. После этого ритуалы и мысли стали реже проявляться. Около полугода назад появился страх, что эти состояния вернуться. Снизилось настроение, нарастала тревога. Кроме того, в отношениях с девушками часто возникали навязчивые мысли, связанные с ревностью. Лекарственные препараты не принимал. Решил обратиться к психиатру.

Психический статус. Верно ориентирован во всех видах.. Мимика ближе к тревожной. Рассказывает охотно, уделяет большое внимание ответам и вопросам

врача. Неусидчив. Эмоциональный фон неустойчивый, преобладают ноты тревоги. Настроение со слов снижено Интеллектуально-мнестические без выраженного снижения. Мышление умеренное по темпу, последовательное. Обманы восприятия на момент осмотра отрицает. Суицидальные намерения отрицает. Сон со слов прерывистый, аппетит снижен.

1. Вопросы:

1. Назовите симптомы психопатологии.
2. Назовите ведущий/ие синдромы.
3. Назовите предварительный диагноз
4. Назначьте медикаментозное лечение и мишень терапии

Возможные ответы:

1. Симптомы:

- бредовые идеи преследования
- тахифрения
- бредовые идеи ревности
- тревога
- истинные галлюцинации
- диссомния,
- снижение устойчивости внимания
- обсессии
- импульсивность
- переоценка собственной личности

2. Синдромы:

- галлюцинаторно-бредовый синдром
- депрессивный синдром
- парафренный синдром
- обсессивно-компульсивный синдром
- делириозный синдром

- апатико-абулический синдром

3. Предварительный диагноз:

- Биполярно-аффективное расстройство 1 типа,
- Шизо-аффективное расстройство
- Анакастное расстройство личности
- Шизотипическое расстройство личности, неврозоподобный вариант
- Обсессивно-компульсивное расстройство
- Нарциссическое расстройство личности
- Психотическое расстройство вызванное употреблением неизвестным ПАВ.

4. Медикаментозное лечение:

- Нормотимик для купирования маниакального синдрома, например, соли лития.
- Атипичный нейролептик с глобальным антипсихотическим эффектом (например, рисперидон или палиперидон) для купирования активной психопродукции
- Транквилизатор (например, феназепам) для купирования диссомнии, тревоги.
- Селективный ингибитор обратного захвата серотонина, например сертралин

Случай 4. Пациент 79 лет.

Анамнез жизни. Наследственность не отягощена. Образование - ремесленное училище. В армии не служил. Работал на заводе "Точмаш" наладчиком. На пенсии по возрасту. Проживает с супругой в изолированной квартире. Алкоголь не употребляет, не курит. В 1995-1997гг. перенес два острых инфаркта миокарда. Наблюдается у терапевта в связи с гипертонической болезнью.

Анамнез болезни. Последние 6 лет изменился по характеру, стал постоянно писать жалобы, ходит в различные инстанции, отказывается платить "неправильную" квартплату (долг за квартиру около 86 тыс. руб.). В августе 2010г. вместе с супругой "держали уразу", настоял, хотя здоровье супруги не позволяло, считал, что ей надо очиститься. Высказывал бредовые идеи ревности в ее адрес, добивался признания. Лечился стационарно в психиатрической больнице. По-

сле выписки психиатра посещал нерегулярно, лекарства не принимал. В последний месяц состояние ухудшилось. Вновь начал обращаться в различные инстанции. Писал нелепые жалобы, высказывал нелепые обвинения. Утверждал, что «брата жены убили», «что квартирой владеет убийца брата жены», «что ЖКХ занимается мошенничеством», что за ним следят путем прослушки квартиры. На отказы о возбуждении уголовных дел реагировал аффектизацией. Вновь обратился в городскую прокуратуру, был злобным агрессивным, не пускал работников внутрь здания. Была вызвана скорая помощь.

Психический статус.

Пациент в сознании. Резко негативистичен. Злобно смотрит исподлобья на окружающих. На вопросы чаще всего не отвечает. Просьбы не выполняет. Сопротивляется при осмотре. Отказывается подчиняться распорядку и режиму отделения. Не согласен проходить обследование и принимать лечение, утверждая, что «его хотят убить». Грозится «проблемами, которые возникнут у персонала». Уговорам и объяснениям не внимает. Ориентирован во всех видах в достаточной мере. Интеллект и память с признаками некоторого снижения. Мышление ригидное, конкретное, в умеренном темпе. Эмоциональный фон озлобленный, склонен к агрессивным реакциям, как в форме вербальной агрессии, так и физической. Суицидальные мысли не высказывает. Критики к состоянию нет.

Вопросы:

1. Назовите симптомы психопатологии.
2. Назовите ведущий/ие синдромы.
3. Назовите предварительный диагноз
4. Назначьте медикаментозное лечение и мишень терапии

Возможные ответы:

1. Симптомы:
 - бредовые идеи преследования
 - бредовые идеи ущерба
 - бредовые идеи реформаторства

- эмоциональная лабильность
- дисмнезия
- снижение интеллекта
- бредовые идеи метаморфозы и инсценировки,
- истинные вербальные галлюцинации
- идеаторный автоматизм
- диссомния,
- снижение произвольности внимания,
- тревога

2. Синдромы:

- бредовый синдром,
- парафренный синдром
- маниакальный синдром
- делириозный синдром
- психоорганический синдром
- апатико-абулический синдром

3. Диагноз:

- Биполярно-аффективное расстройство 1 типа
- Шизофрения, период наблюдения менее года
- Органическое бредовое расстройство
- Психотическое расстройство вызванное употреблением неизвестным ПАВ.

4. Медикаментозное лечение:

- Нормотимик для купирования эмоционального напряжения, например карбамазепин.
- Атипичный нейролептик с глобальным антипсихотическим эффектом (например, рисперидон или палиперидон) для купирования активной психопродукции
- транквилизатор (например, феназепам) для купирования тревоги и диссомнии.
- Трициклический антидепрессант с седативным эффектом для купирования тревоги и диссомнии (например, amitriptyline)

Случай 5.. Женщина 89 лет.

Анамнез жизни. Родилась 2 из 5 детей.. Раннее развитие без особенностей. росла и развивался в соответствие возрасту. Проживает с дочерью в отдельной квартире. Судима не была. Алкоголь не употребляет больше 30 лет.

Анамнез болезни. Много лет страдала гипертонической болезнью. Перенесла 15 лет назад ОНМК с легким гемипарезом. С тех пор снизилась память, стала более вялой, ослабленной. В последние 2 года не выходит из квартиры. Вызвали психиатра на дом, так как перестала спать ночами, видела, как из стены льется вода. Подставляла под «воду» тазы, была крайне возбуждена и озабочена этими видениями.

Психический статус.

Выглядит несколько неопрятно. На момент осмотра двигательно беспокоен. Мимика маловыразительная. Ориентирована в собственной личности, в месте и во времени не ориентирована. Говорит тихим голосом. В беседу вступает охотно, говорит не всегда по сути заданного. Внимание истощаемое, трудно переключается с одной деятельности на другую, под конец беседы стала рассеянной. Эмоциональный фон неустойчивый, ближе к тревожному. Интеллектуально-мнестические возможности грубо снижены. Суицидальные мысли на момент осмотра отрицает. Мышление замедленное по темпу, не всегда последовательное. Рассказывает, что видит. Как льется вода со стены «наверно трубу прорвало». Критика к своему состоянию формальная.

Вопросы:

1. Назовите симптомы психопатологии.
2. Назовите ведущий/ие синдромы.
3. Назовите предварительный диагноз
4. Назначьте медикаментозное лечение и мишень терапии

Возможные ответы:

1. Симптомы:

- Истинные зрительные галлюцинации
- бредовые идеи ущерба
- бредовые идеи реформаторства
- эмоциональная лабильность
- дисмнезия
- снижение интеллекта
- бредовые идеи метаморфозы и инсценировки,
- истинные вербальные галлюцинации
- идеаторный автоматизм
- диссомния,
- снижение произвольности внимания,
- тревога

2. Синдромы:

- галлюцинаторный синдром,
- парафренный синдром
- маниакальный синдром
- делириозный синдром
- психоорганический синдром
- апатико-абулический синдром

3. Диагноз:

- Органический галлюциноз
- Шизофрения, период наблюдения менее года
- Сосудистая деменция с галлюцинаторным синдромом
- Психотическое расстройство вызванное употреблением неизвестным ПАВ.

4. Медикаментозное лечение:

- Нормотимик для купирования эмоционального напряжения, например карбамазепин.
- Типичный нейролептик с глобальным антипсихотическим эффектом (например, галоперидол) для купирования активной психопродукции

- транквилизатор (например, феназепам) для купирования тревоги и диссомнии.
- Трициклический антидепрессант с седативным эффектом для купирования тревоги и диссомнии (например, amitриптилин)

Случай 6. Пациентка 32 года.

Анамнез жизни. Наследственность не отягощена. Родилась в срок, младшей из 2 детей. Раннее развитие без особенностей. Росла и развивалась в соответствии с возрастом. В школу пошла с 7 лет. Окончила 11 классов. Далее окончила медицинский университет. Замужем, сыну 4 года. В настоящее время работает врачом-терапевтом. Инвалидности не имеет. Сифилис, ВИЧ, туберкулез отрицает. Гемотрансфузии, операции отрицает. Курение, употребление наркотиков и алкоголя отрицает.

Анамнез болезни. Ранее обращалась к психологу год назад. Муж работает в полиции. В связи с особенностями работы часто не ночует дома (бывает на спецоперациях), общается с криминальными элементами. 2 года назад мужа похитили, звонили пациентке, требовали выкуп. Описывает эпизод, когда она ехала на машине, ее начали преследовать и заставили заехать в дальний городской район и отдать машину, чтобы сохранить жизнь мужу. Сильно испугалась, переживала. Ситуация разрешилась благополучно - муж смог сбежать и преступников арестовали. Однако с тех пор появился у пациентки постоянный страх, что ситуация сможет повториться. Ей стало сложно смотреть детективы, смотреть телепередачи криминальные. Однако муж свой род занятий не прекратил, продолжает работать в этой же сфере. Иногда ночью брал ее с собой, чтобы сохранить «легенду». Пациентка в последние 2 месяца стала часто испытывать состояния сильной тревоги и беспокойства. Особенно, если муж не отвечал на ее звонки или смс. В этот период учащалось сердцебиение, перехватывало дыхание, не могла усидеть на месте, иногда могла разрыдаться, в том числе при пациентах. В связи с этим обратилась к психиатру.

Психический статус. Ориентирована верно. Мимика тревожная. Нормостенического телосложения. Напряжена, часто меняет позу. Внимание привлекается и

удерживается достаточно. Подробно описывает свои телесные симптомы. Однако с трудом рассказывает о произошедшем. Эмоциональный фон неустойчивый, заплакала во время беседы. Интеллект и память соответствуют возрасту и уровню образования. Мышление умеренное по темпу, последовательное. Галлюцинаторную и бредовую симптоматику на момент осмотра выявить не удастся. Суицидальные мысли на момент беседы отрицает. Сон со слов прерывистый, чуткий, часто снятся кошмары с сюжетом убийства ее или мужа.

Вопросы:

1. Назовите симптомы психопатологии.
2. Назовите предварительный диагноз
3. Назначьте медикаментозное лечение и мишень терапии

Возможные ответы:

1. Симптомы:

- бредовые идеи преследования
- бредовые идеи ущерба
- эмоциональная лабильность
- брадифрения
- диссомния,
- снижение произвольности внимания,
- тревога
- снижение интеллекта
- дисмнезия
- кошмарные сновидения

2. Диагноз:

- Биполярно-аффективное расстройство 1 типа
- Шизофрения, период наблюдения менее года
- Органическое расстройство личности,
- Посттравматическое стрессовое расстройство
- Психотическое расстройство вызванное употреблением неизвестным ПАВ.

3. Медикаментозное лечение:

- Нормотимик для купирования эмоционального напряжения, например карбамазепин
- Атипичный нейролептик с глобальным антипсихотическим эффектом (например, рисперидон или палиперидон) для купирования активной психопродукции
- транквилизатор (например, феназепам) для купирования тревоги и диссомнии.
- СИОЗС эффектом для купирования тревоги и диссомнии (например, сертралин)
- Нейролептик с мягким седативным эффектом, например алимемазин

Случай 7. Женщина 48 лет.

Анамнез жизни. Наследственность неотягощена. Родилась в срок. Раннее развитие без особенностей. Росла и развивалась в соответствии с возрастом. В школу пошла с 7 лет. Окончила 11 классов. Далее окончила ВУЗ по специальности архитектора. Замужем, имеет двоих детей. В настоящее время воспитывает младшего ребенка (4 года) и работает на дому в сфере архитектуры, параллельно учится в медицинском колледже на мед. сестру. По характеру описывает себя всегда как стойкого, волевого человека, всегда бравшего ответственность на себя. Инвалидности не имеет. Сифилис, ВИЧ, туберкулез отрицает. Гемотрансфузии, операции отрицает. Курение, употребление наркотиков и алкоголя отрицает.

Анамнез болезни. Ранее к психиатру, психологу не обращалась. Около года назад появились сложности и напряженность в отношениях с мужем. Участились конфликты (муж начал часто выпивать), снизилась частота половых актов с мужем. В этот же период произошло наступление менопаузы. Чувствовала постоянное внутреннее напряжение. Два месяца назад, когда находилась на занятии в колледже почувствовала себя плохо. Занятие проходило в душном и тесном помещении, занятие было связано с эмоциональным напряжением: проходил зачет. Пациентка описывает свои симптомы тогда: закружилась голова, почувствовала

нехватку воздуха, участилось сердцебиение. Начала бояться, что упадет в обморок, попросилась выйти. Выйдя из помещения состояние не улучшилось, начала переживать, что у нее сердечный приступ. Ушла с зачета, обратилась в тот же день к терапевту, но данных за острую сердечную патологию не выявлено. С тех пор подобные эпизоды длительностью от 20 до 60 минут случались по нескольку раз в неделю и были связаны с разнообразными ситуациями. Пациентка сильно переживала из-за них, проходила обследование в нескольких клиниках, но врачи-интернисты исключили хронические соматические заболевания. Рекомендовали обратиться к неврологу. Невролог выставил диагноз: вегето-сосудистая дистония, рекомендовал лечение атараксом, курс лечебного массажа и МРТ сосудов головного мозга. На МРТ патологии сосудов выявлено не было. Лечение принесло облегчение на несколько дней, но затем приступы вернулись, стали более интенсивными и случались по нескольку раз в день. Тогда пациентка решила обратиться к психиатру.

Психический статус. Ориентирована верно. Мимика тревожная. Нормостенического телосложения. Двигательно беспокойна, напряжена, часто меняет позу. Внимание привлекается и удерживается достаточно. В беседу вступает охотно, отвечает подробно, по сути заданного. Подробно описывает свои жалобы. Эмоциональный фон тревожный. Интеллект и память соответствуют возрасту и уровню образования. Мышление умеренное по темпу, последовательное. Галлюцинаторную и бредовую симптоматику на момент осмотра выявить не удастся. Суицидальные мысли на момент беседы отрицает. Сон со слов прерывистый, иногда просыпается от приступа.

Вопросы:

1. Назовите симптомы психопатологии.
2. Назовите предварительный диагноз
3. Назначьте медикаментозное лечение и мишень терапии

Возможные ответы:

1. Симптомы:
 - бредовые идеи преследования

- бредовые идеи ущерба
- эмоциональная лабильность
- брадифрения
- диссомния,
- снижение произвольности внимания,
- тревога
- снижение интеллекта
- дисмнезия
- кошмарные сновидения
- вегетативные симптомы: одышка, тахикардия, головокружение
- дереализация

2. Диагноз:

- Биполярно-аффективное расстройство 1 типа
- Шизофрения, период наблюдения менее года
- Органическое расстройство личности,
- Посттравматическое стрессовое расстройство
- Паническое расстройство
- Психотическое расстройство вызванное употреблением неизвестным ПАВ.

3. Медикаментозное лечение:

- Нормотимик для купирования эмоционального напряжения, например карбамазепин
- Атипичный нейролептик с глобальным антипсихотическим эффектом (например, рисперидон или палиперидон) для купирования активной психопродукции
- транквилизатор (например, феназепам) для купирования тревоги и диссомнии.
- СИОЗС эффектом для купирования тревоги и диссомнии(например, сертралин)
- Нейролептик с мягким седативным эффектом, например алимемазин

Случай 8. Пациент 61 год.

Анамнез жизни.Родился в срок, младшим из двоих детей. Рос и развивался без особенностей. Получил среднее специальное образование. Работал до пенсии в милиции. В СА служил. Дважды женат. Имеет 1 ребенка от первого брака(не общаются), приемную дочь от второго. В настоящее время проживает с женой, ухаживая за ней. Инвалидности нет. Пенсионер по возрасту. Дееспособен. Сифилис, ВИЧ, гепатиты, туберкулез, сахарный диабет отрицает. Гемотрансфузии, операции, ЧМТ отрицает. Аллергологический анамнез со слов не отягощен. Употребление наркотиков, курение категорически отрицает.

Анамнез болезни.Наследственность не отягощена. Со слов жены, больного и дочери много лет злоупотреблял спиртными напитками, наблюдались запойные явления. Трижды «кодировался». Последний запой около недели, прекратил самостоятельно. На следующий день со слов жены и дочери нарушился сон, стал резко беспокойным, замкнутым, суетливым, разговаривал без собеседника, бесвязно выкрикивал угрозы, проявлял на фоне чего нанес себе самопорезы. Была вызвана бригада СМП, после оказания хирургической помощи больной был доставлен в психиатрическую больницу.

Психический статус.

Пациент в сознании. Контакту трудно, но доступен. Верно назвал свое имя, текущий год и месяц, место - больница. Двигательно медлителен. Речь в замедленном темпе, тихим голосом не всегда разборчивая. На вопросы отвечает охотно, не всегда по сути заданного. Внимание истощаемое. Не всегда ведет последовательно свой рассказ. Часто в беседе отвлекается, начинает смотреть в сторону, прислушивается к чему-то. Указал на пятно на потолке и начал рассуждать: «откуда этот рисунок здесь, кто его нарисовал?». Периодически повторяет, что к нему должен придти скоро «Михалыч».В отделении ночью спал около часа.

Вопросы:

1. Назовите симптомы психопатологии.
2. Назовите предварительный диагноз
3. Назначьте медикаментозное лечение и мишень терапии

Возможные ответы:

1. Симптомы:

- бредовые идеи преследования
- галлюцинации
- эмоциональная лабильность
- брадифрения
- диссомния,
- снижение произвольности внимания,
- тревога
- снижение интеллекта
- дисмнезия
- отрешенность от окружающей обстановки

2. Диагноз:

- Биполярно-аффективное расстройство 1 типа
- Шизофрения, период наблюдения менее года
- Органическое расстройство личности,
- Алкогольный делирий
- Психотическое расстройство вызванное употреблением неизвестным ПАВ.

3. Медикаментозное лечение:

- Нормотимик для купирования эмоционального напряжения, например карбамазепин
- типичный нейролептик с глобальным антипсихотическим эффектом (например, галоперидол) для купирования активной психопродукции
- транквилизатор (например, феназепам) для купирования тревоги и диссомнии.
- СИОЗС эффектом для купирования тревоги и диссомнии(например, сертралин)
- Нейролептик с мягким седативным эффектом, например алимемазин

Случай 9. Пациентка 32 года.

Анамнез жизни. Наследственность по психическим заболеваниям не отягощена. Родилась в срок от первой беременности. Раннее развитие без особенностей. В

школу пошла с 7 лет. Училась удовлетворительно. Образование высшее профессиональное. Работала до декретного отпуска бухгалтером, затем - домохозяйка. Замужем, имеет двоих детей. Младшему ребенку 4 года, старшему 7 лет. Не судима.

Сифилис, ВИЧ, гепатиты, туберкулез отрицает. Гемотрансфузии, операции отрицает. Не курит. Употребление наркотиков и алкоголя отрицает.

Анамнез болезни.

Около полугода назад начались странности в поведении. Стала подозревать, что муж живет на две семьи, настояла на том, чтобы он спал в другой комнате. Стала подозрительной, мнительной. Часто оглядывалась на улице. В последний месяц участились конфликты. Стала рассеянной. В последние 2 недели нарушился сон, стал более поверхностным, коротким, долго не засыпая лежит в кровати. Часто прижимала к себе ребенка, что-то бормотала над ним. Последние 4 дня муж боялся оставлять ее одну дома, ехать в больницу она отказалась. Вызвали бригаду скорой помощи.

Психический статус. При беседе присутствует муж.

Верно назвала имя, возраст, дату рождения, место жительства, текущую дату. В беседу вступает неохотно, смотрит с недоверием. Мимика маловыразительная. Двигательно упорядочена. Речь в умеренном темпе, не всегда последовательная. Эмоциональный фон ближе к тревожному. Сообщила, что боится за себя и ребенка. Рассказала, что полгода назад начала подозревать мужа в двойной жизни, так как он часто задерживался на работе. Начала замечать, что окружающие люди странно на нее смотрели, словно «укоряли меня в грехах». Обратила внимание, что во дворе дома появилась камера, «не знаю почему, раньше ее не было». Однажды ребенок нашел телефон на улице во время прогулки и принес домой. Была уверена, что через телефон ее прослушивают. Рассказала, что слышала ночью из вентиляционного отверстия музыку и мужские голоса. При осмотре наличие обманов восприятия отрицает. Высказывает сомнения, что она это «она», что кто-то изменил ее имя и «засунул в эту семью». К состоянию не критична.

Вопросы:

1. Назовите симптомы психопатологии.
2. Назовите ведущий/ие синдромы.
3. Назовите предварительный диагноз
4. Назначьте медикаментозное лечение и мишень терапии

Возможные ответы:

1. Симптомы:

- бредовые идеи преследования
- бредовые идеи ущерба
- бредовые идеи реформаторства
- бредовые идеи метаморфозы и инсценировки,
- истинные вербальные галлюцинации
- идеаторный автоматизм
- диссомния,
- снижение произвольности внимания,
- тревога

2. Синдромы:

- галлюцинаторно-бредовый синдром,
- формирующийся параноидный синдром
- парафренный синдром
- маниакальный синдром
- делириозный синдром
- апатико-абулический синдром

3. Диагноз:

- Биполярно-аффективное расстройство 1 типа
- Шизофрения, период наблюдения менее года
- Шизоидное расстройство личности
- Психотическое расстройство вызванное употреблением неизвестным ПАВ.

4. Медикаментозное лечение:

- Нормотимик для купирования эмоционального напряжения, например ламотриджин.
- Атипичный нейролептик с глобальным антипсихотическим эффектом (например, рисперидон или палиперидон) для купирования активной психопродукции
- транквилизатор (например, феназепам) для купирования тревоги и диссомнии.
- Трициклический антидепрессант с седативным эффектом для купирования тревоги и диссомнии (например, amitриптилин)

Случай 10. Пациент 52 года .

Анамнез жизни. Родился в срок, младшим из троих детей. Рос и развивался без особенностей. Получил среднее специальное образование. Работал вахтовым методом на Севере накладчиком. Женат. Имеет двоих детей. В настоящее время проживает чаще с матерью, ухаживая за ней. Инвалид 2 гр. б/с по психическому заболеванию. Дееспособен. Сифилис, ВИЧ, гепатиты, туберкулез отрицает. Страдает сахарным диабетом 2 типа. Гемотрансфузии, отрицает. Аллергологический анамнез со слов не отягощен. Употребление наркотиков, алкоголя, курение, категорически отрицает.

Анамнез болезни. Наследственность отягощена биполярно-аффективным расстройством у сына. Психически болен с 1987 года. В клинической картине аффективные и бредовые нарушения с чередованием фаз маниакальных и депрессивных. После выписки психиатра посещал нерегулярно. Последнее посещение со слов полгода назад. Лекарственные препараты принимает, но не всегда систематично. Со слов, последние 3 недели принимал по 6-8 таб. седалита. В этот же период отмечает повышение настроения, аппетита, сил, спал по 3 часа в сутки. Отмечает недавний эпизод, когда он «подобрал мальчишку 22 лет, его отчим бьет, я его домой привел, три дня он со мной жил, я ему квартиру потом снял и денег дал на свою пенсию все». Не отрицает, что оформил несколько кредитов. По настоянию жены была вызвана бригада скорой медицинской помощи и больной был направлен в психиатрическую больницу.

Психический статус. Пациент в сознании. Контакт доступен. Ориентирован во всех видах верно. Двигательно несколько суетлив, неусидчив, порывист. Улыбается в беседе. Речь в ускоренном темпе, веселым голосом. Словоохотлив. Внимание долго на одном предмете не задерживается, озирается по кабинету. Не всегда ведет последовательно свой рассказ. О себе говорит с переоценкой: «я бы всех в отделении смог положить, я боксер, у меня множество талантов: играю великолепно на баяне, в шахматы, песни очень хорошие пишу». К своему состоянию относится легковесно. Галлюцинаторной симптоматики не выявляется. Негативно настроен в адрес жены. Признает наличие у себя психического заболевания, но отрицает вероятность его влияния на его решения, действия и мысли. Ночь в отделении не спал.

Вопросы:

1. Назовите симптомы психопатологии.
2. Назовите ведущий/ие синдромы.
3. Назовите предварительный диагноз
4. Назначьте медикаментозное лечение и мишень терапии

Возможные ответы:

1. Симптомы:
 - бредовые идеи преследования
 - тахифрения
 - бредовые идеи величия
 - бредовые идеи реформаторства
 - истинные галлюцинации
 - диссомния,
 - снижение утойчивости внимания
 - гипертимия
 - импульсивность
 - переоценка собственной личности

2. Синдромы:

- галлюцинаторно-бредовый синдром
- депрессивный синдром
- парафренный синдром
- маниакальный синдром
- делириозный синдром
- апатико-абулический синдром

3. Диагноз:

- Биполярно-аффективное расстройство 1 типа, текущий эпизод мании
- Шизо-аффективное расстройство
- Шизофрения, парафренный синдром
- Нарциссическое расстройство личности
- Психотическое расстройство вызванное употреблением неизвестным ПАВ.

4. Медикаментозное лечение:

- Нормотимик для купирования маниакального синдрома, например, соли лития.
- Атипичный нейролептик с глобальным антипсихотическим эффектом (например, рисперидон или палиперидон) для купирования активной психопродукции
- Транквилизатор (например, феназепам) для купирования диссомнии.
- Трициклический антидепрессант с седативным эффектом для купирования диссомнии (например, амитриптилин)

Случай 11. Пациент 34 года.

Анамнез жизни. Наследственность со слов неотягощена. Родился в срок младшим из двух детей, роды были затяжные с обвитием пуповины. Далее рос и развивался без особенностей. Окончил 11 классов средней школы. Затем КГЭИ. Часто менял место работы. Инвалид 2 группы по психическому заболеванию. Дееспособен. Сифилис, ВИЧ, гепатиты, сахарный диабет туберкулез отрицает. Ге-

мотрансфузии, отрицает. Аллергологический анамнез со слов не отягощен. Употребление наркотиков, курение брат категорически отрицает. Алкоголь со слов брата не употребляет последние 10 лет.

Анамнез болезни.

В 13 лет начались приступы с потерей сознания. Неоднократно лечился у невролога с диагнозом эпилепсия. На учете у психиатра с 1991 года. В клинической картине наблюдались аффективные и галлюцинаторные нарушения. Последняя выписка 3 года назад. Дома со слов родственников лекарственные препараты принимал не регулярно. Больной позвонил брату с просьбой о помощи, внезапно оборвал беседу и был обнаружен без сознания. После возвращения в сознание отказывался от еды и воды в течение нескольких дней. Участились эпилептические приступы. Была вызвана СМП и больной был доставлен в больницу.

Психический статус.

Осмотрен в пределах постели. В сознании. Продуктивному контакту малодоступен, вербально больной изъясняться в полной мере не может: произносит лишь отдельные слова, неразборчиво. Команды выполняет вяло, замедленно реагирует на обращенные вопросы. Самостоятельно обслуживаться не может. В отделении периодически двигательно беспокоен, импульсивен. В остальное время замирает в однообразных позах. Мышление тугоподвижное, замедленное по темпу. Галлюцинаторно-бредовой продукции на момент осмотра не выявляется. Эмоциональный фон невыразителен.

Вопросы:

1. Назовите симптомы психопатологии.
2. Назовите ведущий/ие синдромы.
3. Назовите предварительный диагноз
4. Назначьте медикаментозное лечение и мишень терапии

Возможные ответы:

1. Симптомы:
 - бредовые идеи преследования
 - брадифрения

- бредовые идеи реформаторства
- бредовые идеи метаморфозы и инсценировки,
- психомоторное возбуждение
- идеаторный автоматизм
- диссомния,
- снижение произвольности внимания,
- ступор

2. Синдромы:

- галлюцинаторно-бредовый синдром,
- формирующийся параноидный синдром
- кататонический синдром
- маниакальный синдром
- делириозный синдром
- апатико-абулический синдром

3. Диагноз:

- Биполярно-аффективное расстройство 1 типа
- Эпилепсия, кататонический синдром
- Шизоидное расстройство личности
- Психотическое расстройство вызванное употреблением неизвестным ПАВ.

4. Медикаментозное лечение:

- Противосудорожное средство для купирования эпилептической активности, например вальпроат.
- Атипичный нейролептик с глобальным антипсихотическим эффектом (например, рисперидон или палиперидон) для купирования активной психопродукции
- транквилизатор (например, диазепам) для купирования напряжения.
- Трициклический антидепрессант с седативным эффектом для купирования тревоги и диссомнии(например, amitriptyline)

Случай 12. Пациент 31 год.

Анамнез жизни.

Родился в срок младшим из двух братьев в семье рабочих. Раннее развитие без особенностей. Наследственность психопатологически не отягощена. ДДУ посещал. В школу пошел в 7 лет, учился посредственно, особого интереса к учебе не проявлял. В школе увлекался тяжелой атлетикой и лыжами, участвовал в соревнованиях. Окончил 9 классов СОШ, больше не учился. После окончания работал плотником вместе с отцом. Служил в ВС на флоте. Служил 8 месяцев. По возвращении открыл ИП – занимался розничной торговле коврами, проработал 3 года, затем в течении 2 лет работал вахтовым способом на севере. В 2011 году женился (есть сын 2,5 г.), работал некоторое время установщиком окон (около 5 месяцев).

Анамнез болезни. В 2012 году получил ЧМТ-ушиб головного мозга средней степени. Лечился в отделении неврологии. Через полгода начались эпилептические приступы. Проходил лечение в отделении неврологии. Выписан в октябре 2015 года. Дома принимал противоэпилептические препараты. Состояние изменилось около месяца перед поступлением, когда участились приступы, появились головные боли. Госпитализировался в отделение неврологии, затем перенаправлен в психиатрическую клинику.

Психический статус.

Поза и мимика напряженная. Ориентирован во времени месте и собственной личности. Внимание истощаемое. Беседует путем опроса, на вопросы старается отвечать развернуто. Обстоятелен, на простые вопросы отвечает 10 предложениями. Речь в замедленном темпе, несколько отрывистая, голос громкий, умеренно модулированный. В общении с врачом вежлив, дистанцию соблюдает. Эмоциональная сфера с элементами некоторой неустойчивости и лабильности, преобладает тревожный оттенок. Настроение снижено. Больной делится тем, что «боится припадков». Мышление в обычном темпе ригидное, обстоятельное. Обманов восприятия при осмотре не выявляется. Память и интеллект с признаками

умеренного снижения. Интересуется сроками госпитализации. Пунктуален в выполнении врачебных назначений. Сон прерывистый, наблюдаются трудности с засыпанием.

Вопросы:

1. Назовите симптомы психопатологии.
2. Назовите ведущий/ие синдромы.
3. Назовите предварительный диагноз
4. Назначьте медикаментозное лечение и мишень терапии

Возможные ответы:

1. Симптомы:
 - бредовые идеи преследования
 - брадифрения
 - бредовые идеи реформаторства
 - бредовые идеи метаморфозы и инсценировки,
 - психомоторное возбуждение
 - идеаторный автоматизм
 - диссомния,
 - снижение произвольности интеллекта,
 - обстоятельность
 - судорожные пароксизмы
2. Синдромы:
 - галлюцинаторно-бредовый синдром,
 - психоорганический синдром
 - кататонический синдром
 - маниакальный синдром
 - делириозный синдром
 - апатико-абулический синдром
3. Диагноз:
 - Биполярно-аффективное расстройство 1 типа

- Органическое расстройство личности в связи со смешанными заболеваниями
- симптоматическая эпилепсия с частыми полиморфными пароксизмами
- Шизоидное расстройство личности
- Психотическое расстройство вызванное употреблением неизвестным ПАВ.

4. Медикаментозное лечение:

- Противосудорожное средство для купирования эпилептической активности, например вальпроат.
- Атипичный нейролептик с глобальным антипсихотическим эффектом (например, рисперидон или палиперидон) для купирования активной психопродукции
- транквилизатор (например, диазепам) для купирования напряжения.
- Трициклический антидепрессант с седативным эффектом для купирования тревоги и диссомнии(например, amitriptyline)

ГЛАВА 4. ЭТАЛОНЫ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

Разбор случая №1.

1. В анамнезе обращает на себя внимание, что до заболевания пациент был социализирован. Заболевание началось остро, без внешних или психотравмирующих причин, что указывает скорее на эндогенные причины расстройства. К моменту госпитализации пациент уже неоднократно лечился в психиатрическом стационаре, что указывает на хронический, рецидивирующий процесс. Нерегулярность приема лекарственных препаратов может указывать на неполноту критического отношения к болезни, неполную комплаентность. Текущее обострение проявилось в появлении у пациента «голосов», которые доставляли пациенту сильный дискомфорт, что отразилось в желании прекратить их воздействие через применение галоперидола и намерение нанести себе самопорезы.
2. В психическом статусе обращает на себя внимание двигательное беспокойство, то, что пациент часто отводит взгляд в сторону, прислушивается к чему-то. Такое поведение согласуется с его указанием на то, что он «слышит голоса». С этим же согласуется отвлекаемость внимания пациента, словно ему сложно поддерживать контакт с окружающими из-за более сильных конкурирующих ощущений. Сниженное настроение и прерывистый сон согласуется с описываемым пациентом содержанием «голосов», как угрожающих, обзывающих пациента, неприятных ему. Также наблюдаются признаки негативной симптоматики – маловыразительность мимики, аморфность мышления, нарушение его последовательности. Важно, что интеллект и память являются в целом достаточно сохранными, чего не встречается при психических расстройствах вследствие поражения головного мозга.
3. Вербальные псевдогаллюцинации. В пользу них говорит, что пациент описывает их локализацию внутри головы, способен выделять их естественных звуков, осознает их неестественность.
4. Ведущий синдром – галлюцинаторный поскольку характеризуется преимущественно галлюцинаторной симптоматикой, без прямого указания на бредовые или эмоциональные нарушения. Нарушения поведения (аутоагрессия) имеет

причинно-следственную связь с содержанием галлюцинаций и отношения пациента к ним.

Разбор случая 2.

Возможные ответы:

1. Симптомы:

- бредовые идеи преследования
- бредовые идеи ущерба
- эмоциональная лабильность
- брадифрения
- бредовые идеи реформаторства
- диссомния,
- снижение произвольности внимания,
- тревога
- снижение интеллекта
- дисмнезия
- амнестическая дезориентировка

2. Синдромы:

- галлюцинаторно-бредовый синдром,
- формирующийся параноидный синдром
- психоорганический синдром
- маниакальный синдром
- делириозный синдром

3. Диагноз:

- Биполярно-аффективное расстройство 1 типа
- Шизофрения, период наблюдения менее года
- Органическое расстройство личности, выраженный психоорганический синдром, взрывной вариант
- Деменция
- Психотическое расстройство вызванное употреблением неизвестным ПАВ.

4. Медикаментозное лечение:

- Нормотимик для купирования эмоционального напряжения, например карбамазепин
- Атипичный нейролептик с глобальным антипсихотическим эффектом (например, рисперидон или палиперидон) для купирования активной психопродукции
- транквилизатор (например, феназепам) для купирования тревоги и диссомнии.
- Трициклический антидепрессант с седативным эффектом для купирования тревоги и диссомнии(например, amitriptyline)
- Нейролептик с седативным эффектом, например, хлорпротиксен

Случай 3. Возможные ответы:

1. Симптомы:

- бредовые идеи преследования
- тахифрения
- бредовые идеи ревности
- тревога
- истинные галлюцинации
- диссомния,
- снижение устойчивости внимания
- обсессии
- импульсивность
- переоценка собственной личности

2. Синдромы:

- галлюцинаторно-бредовый синдром
- депрессивный синдром
- парафренный синдром
- обсессивно-компульсивный синдром
- делириозный синдром
- апатико-абулический синдром

3. Предварительный диагноз:

- Биполярно-аффективное расстройство 1 типа,
- Шизо-аффективное расстройство
- Анакастное расстройство личности
- Шизотипическое расстройство личности, неврозоподобный вариант
- Обсессивно-компульсивное расстройство
- Нарциссическое расстройство личности
- Психотическое расстройство вызванное употреблением неизвестным ПАВ.

4. Медикаментозное лечение:

- Нормотимик для купирования маниакального синдрома, например, соли лития.
- Атипичный нейролептик с глобальным антипсихотическим эффектом (например, рисперидон или палиперидон) для купирования активной психопродукции
- Транквилизатор (например, феназепам) для купирования диссомнии, тревоги.
- Селективный ингибитор обратного захвата серотонина, например сертралин

Случай 4. Возможные ответы:

1. Симптомы:

- бредовые идеи преследования
- бредовые идеи ущерба
- бредовые идеи реформаторства
- эмоциональная лабильность
- дисмнезия
- снижение интеллекта
- бредовые идеи метаморфозы и инсценировки,
- истинные вербальные галлюцинации
- идеаторный автоматизм
- диссомния,
- снижение произвольности внимания,
- тревога

2. Синдромы:

- бредовый синдром,
- парафренный синдром
- маниакальный синдром
- делириозный синдром
- психоорганический синдром
- апатико-абулический синдром

3. Диагноз:

- Биполярно-аффективное расстройство 1 типа
- Шизофрения, период наблюдения менее года
- Органическое бредовое расстройство
- Психотическое расстройство вызванное употреблением неизвестным ПАВ.

4. Медикаментозное лечение:

- Нормотимик для купирования эмоционального напряжения, например карбамазепин.
- Атипичный нейролептик с глобальным антипсихотическим эффектом (например, рисперидон или палиперидон) для купирования активной психопродукции
- транквилизатор (например, феназепам) для купирования тревоги и диссомнии.
- Трициклический антидепрессант с седативным эффектом для купирования тревоги и диссомнии (например, amitriptyline)

Случай 6. Возможные ответы:

1. Симптомы:

- Истинные зрительные галлюцинации
- бредовые идеи ущерба
- бредовые идеи реформаторства
- эмоциональная лабильность
- дисмнезия
- снижение интеллекта
- бредовые идеи метаморфозы и инсценировки,

- истинные вербальные галлюцинации
- идеаторный автоматизм
- диссомния,
- снижение произвольности внимания,
- тревога

2. Синдромы:

- галлюцинаторный синдром,
- парафренный синдром
- маниакальный синдром
- делириозный синдром
- психоорганический синдром
- апатико-абулический синдром

3. Диагноз:

- Органический галлюциноз
- Шизофрения, период наблюдения менее года
- Сосудистая деменция с галлюцинаторным синдромом
- Психотическое расстройство вызванное употреблением неизвестным ПАВ.

4. Медикаментозное лечение:

- Нормотимик для купирования эмоционального напряжения, например карбамазепин.
- Типичный нейролептик с глобальным антипсихотическим эффектом (например, галоперидол) для купирования активной психопродукции
- транквилизатор (например, феназепам) для купирования тревоги и диссомнии.
- Трициклический антидепрессант с седативным эффектом для купирования тревоги и диссомнии (например, amitriptyline)

Случай 7. Возможные ответы:

1. Симптомы:

- бредовые идеи преследования
- бредовые идеи ущерба

- эмоциональная лабильность
- брадифрения
- диссомния,
- снижение произвольности внимания,
- тревога
- снижение интеллекта
- дисмнезия
- кошмарные сновидения
- вегетативные симптомы:одышка, тахикардия, головокружение
- дереализация

2. Диагноз:

- Биполярно-аффективное расстройство 1 типа
- Шизофрения, период наблюдения менее года
- Органическое расстройство личности,
- Посттравматическое стрессовое расстройство
- Паническое расстройство
- Психотическое расстройство вызванное употреблением неизвестным ПАВ.

3. Медикаментозное лечение:

- Нормотимик для купирования эмоционального напряжения, например карбамазепин
- Атипичный нейролептик с глобальным антипсихотическим эффектом (например, рисперидон или палиперидон) для купирования активной психопродукции
- транквилизатор (например, феназепам) для купирования тревоги и диссомнии.
- СИОЗС эффектом для купирования тревоги и диссомнии(например, сертралин)
- Нейролептик с мягким седативным эффектом, например алимемазин

Случай 8. Возможные ответы:

1. Симптомы:

- бредовые идеи преследования

- галлюцинации
- эмоциональная лабильность
- брадифрения
- диссомния,
- снижение произвольности внимания,
- тревога
- снижение интеллекта
- дисмнезия
- отрешенность от окружающей обстановки

2. Диагноз:

- Биполярно-аффективное расстройство 1 типа
- Шизофрения, период наблюдения менее года
- Органическое расстройство личности,
- Алкогольный делирий
- Психотическое расстройство вызванное употреблением неизвестным ПАВ.

3. Медикаментозное лечение:

- Нормотимик для купирования эмоционального напряжения, например карбамазепин
- типичный нейролептик с глобальным антипсихотическим эффектом (например, галоперидол) для купирования активной психопродукции
- транквилизатор (например, феназепам) для купирования тревоги и диссомнии.
- СИОЗС эффектом для купирования тревоги и диссомнии(например, сертралин)
- Нейролептик с мягким седативным эффектом, например алимемазин

Случай 9. Возможные ответы:

1. Симптомы:

- бредовые идеи преследования
- бредовые идеи ущерба
- бредовые идеи реформаторства
- бредовые идеи метаморфозы и инсценировки,

- истинные вербальные галлюцинации
- идеаторный автоматизм
- диссомния,
- снижение произвольности внимания,
- тревога

2. Синдромы:

- галлюцинаторно-бредовый синдром,
- формирующийся параноидный синдром
- парафренный синдром
- маниакальный синдром
- делириозный синдром
- апатико-абулический синдром

3. Диагноз:

- Биполярно-аффективное расстройство 1 типа
- Шизофрения, период наблюдения менее года
- Шизоидное расстройство личности
- Психотическое расстройство вызванное употреблением неизвестным ПАВ.

4. Медикаментозное лечение:

- Нормотимик для купирования эмоционального напряжения, например ламотриджин.
- Атипичный нейролептик с глобальным антипсихотическим эффектом (например, рисперидон или палиперидон) для купирования активной психопродукции
- транквилизатор (например, феназепам) для купирования тревоги и диссомнии.
- Трициклический антидепрессант с седативным эффектом для купирования тревоги и диссомнии (например, amitриптилин)

Случай 10. Возможные ответы:

5. Симптомы:

- бредовые идеи преследования
- тахифрения

- бредовые идеи величия
- бредовые идеи реформаторства
- истинные галлюцинации
- диссомния,
- снижение устойчивости внимания
- гипертимия
- импульсивность
- переоценка собственной личности

6. Синдромы:

- галлюцинаторно-бредовый синдром
- депрессивный синдром
- парафренный синдром
- маниакальный синдром
- делириозный синдром
- апатико-абулический синдром

7. Диагноз:

- Биполярно-аффективное расстройство 1 типа, текущий эпизод мании
- Шизо-аффективное расстройство
- Шизофрения, парафренный синдром
- Нарциссическое расстройство личности
- Психотическое расстройство вызванное употреблением неизвестным ПАВ.

8. Медикаментозное лечение:

- Нормотимик для купирования маниакального синдрома, например, соли лития.
- Атипичный нейролептик с глобальным антипсихотическим эффектом (например, рисперидон или палиперидон) для купирования активной психопродукции
- Транквилизатор (например, феназепам) для купирования диссомнии.
- Трициклический антидепрессант с седативным эффектом для купирования диссомнии (например, амитриптилин)

Случай 11. Возможные ответы:

1. Симптомы:

- бредовые идеи преследования
- брадифрения
- бредовые идеи реформаторства
- бредовые идеи метаморфозы и инсценировки,
- психомоторное возбуждение
- идеаторный автоматизм
- диссомния,
- снижение произвольности внимания,
- ступор

2. Синдромы:

- галлюцинаторно-бредовый синдром,
- формирующийся параноидный синдром
- кататонический синдром
- маниакальный синдром
- делириозный синдром
- апатико-абулический синдром

3. Диагноз:

- Биполярно-аффективное расстройство 1 типа
- Эпилепсия, кататонический синдром
- Шизоидное расстройство личности
- Психотическое расстройство вызванное употреблением неизвестным ПАВ.

4. Медикаментозное лечение:

- Противосудорожное средство для купирования эпилептической активности, например вальпроат.
- Атипичный нейролептик с глобальным антипсихотическим эффектом (например, рисперидон или палиперидон) для купирования активной психопродукции
- транквилизатор (например, диазепам) для купирования напряжения.

- Трициклический антидепрессант с седативным эффектом для купирования тревоги и диссомнии(например, amitриптилин)

Случай 12. Возможные ответы:

1. Симптомы:

- бредовые идеи преследования
- брадифрения
- бредовые идеи реформаторства
- бредовые идеи метаморфозы и инсценировки,
- психомоторное возбуждение
- идеаторный автоматизм
- диссомния,
- снижение произвольности интеллекта,
- обстоятельность
- судорожные пароксизмы

2. Синдромы:

- галлюцинаторно-бредовый синдром,
- психоорганический синдром
- кататонический синдром
- маниакальный синдром
- делириозный синдром
- апатико-абулический синдром

3. Диагноз:

- Биполярно-аффективное расстройство 1 типа
- Органическое расстройство личности в связи со смешанными заболеваниями
- симптоматическая эпилепсия с частыми полиморфными пароксизмами
- Шизоидное расстройство личности
- Психотическое расстройство вызванное употреблением неизвестным ПАВ.

4. Медикаментозное лечение:

- Противосудорожное средство для купирования эпилептической активности, например вальпроат.
- Атипичный нейролептик с глобальным антипсихотическим эффектом (например, рисперидон или палиперидон) для купирования активной психопродукции
- транквилизатор (например, диазепам) для купирования напряжения.
- Трициклический антидепрессант с седативным эффектом для купирования тревоги и диссомнии(например, amitriptyline)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Медицинская психология в системе здравоохранения региона : материалы Первой региональной научно-практической конференции медицинских (клинических) психологов учреждений здравоохранения СанктПетербурга. 8 – 9 октября 2015 г. / под редакцией А.Н. Алёхина. – СПб.: издательство «Трактат», 2015. – 257 с.
2. Менделевич, В.Д. Психиатрическая пропедевтика / В.Д.Менделевич. – 4-е изд. – М.: МЕДпресс–информ, 2008. – 528 с.
3. Методики диагностики эмоциональной сферы: психологический практикум / сост. О.В. Барканова [серия: Библиотека актуальной психологии]. – Вып.2. – Красноярск: Литера-принт, 2009. – 237 с.
4. Психиатрия: учебник / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 496 с.
5. Психиатрия: Учебник для студ. мед. вузов / М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко, И.И. Сергеев. — 3-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 576 с.
6. Психодиагностика: Учебник для вузов. — СПб.: Питер, 2006 — 351 с: ил. — (Серия «Учебник нового века»).
7. Самохвалов, В. П. Психиатрия. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов / В. П. Самохвалов. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2002. – 324 с.

Учебное издание

Граница Александр Станиславович

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ В ПСИХИАТРИИ

Учебно-методическое пособие