

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова»

ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ

СБОРНИК СИТУАЦИОННЫХ И КЛИНИЧЕСКИХ ЗАДАЧ

Чебоксары
2014

Психиатрия и наркология: сб. ситуационных и клинических задач / сост. А.В. Голенков. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та. 2014. 216 с.

Приводятся 120 задач для проведения практических (лабораторных) и семинарских занятий, внеаудиторной и аудиторной самостоятельной работы студентов по психиатрии и наркологии. В приложениях содержатся перечень психических расстройств, образец решения задачи, 15 задач по детской и подростковой психиатрии, варианты татуировок наркологических больных.

Для студентов IV курса медицинского факультета.

Утверждено Учебно-методическим советом университета

На обложке использован рисунок «Деперсонализационно-дереализационные явления в изображении больного с органическим поражением головного мозга» (из книги: Банщиков В.М., Короленко Ц.П., Давыдов И.В. Общая психопатология / Моск. мед. ин-т им. И.М. Сеченова. М., 1971. 176 с. [4]).

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Клиническое мышление является одной из основных профессиональных компетенций будущего врача. Его непосредственное формирование начинается на третьем курсе при преподавании пропедевтических дисциплин, продолжается на факультетских клинических кафедрах и заканчивается в госпитальных клиниках. В результате студенты в ходе ежедневной самостоятельной работы должны сформировать «полное и окончательное» представление о большинстве распространенных болезней (около 200), изучить возможные варианты их течения (Пальцев М.А. и соавт., 2001).

Психиатрия кардинально отличается от других клинических дисциплин, в первую очередь тем, что диагноз психического расстройства по-прежнему выставляется в результате беседы, собранного анамнеза и клинического наблюдения. Незначительную роль при этом играют лабораторно-инструментальные исследования (Ганнушкин П.Б., 1998). Меньше перечень возможных диагностических решений за счет небольшого по сравнению с другими клиниками нозологического разнообразия.

В настоящей работе сделана подборка описаний наиболее типичных расстройств психической деятельности (ПР) из известных руководств и монографий отечественных и зарубежных специалистов. По каждой теме представлено 10 и более различных ситуаций для разбора и обсуждения. Собранные ситуации из психиатрической практики предназначены для контроля полученных знаний и умений, для их повторения и заучивания.

В качестве примера в приложении приводится решение одной из таких типовых задач. Настоящая работа является продолжением и дополнением к другим пособиям и методическим указаниям по курсу психиатрии, наркологии и медицинской психологии.



Рис. 1. Зрительные псевдогаллюцинации
(больная видит в голове глаз) [4]

Тема 1. Расстройства восприятия

1. Больная А., 35 лет

Жалуется на чувство натяжения в области половых органов. Как будто вся спина болезненна, по спине «текут» ощущения, подобно волнам, к половым органам и обратно. Имеются неприятные ощущения и боли в области сердца. Чувствуется, как передвигается моча в тазу, как набухают вены. Иногда отмечает давление и чувство покалывания в голове.

Больной кажется, что в левой стороне грудной клетки снизу по какому-то отверстию, но не по естественным путям, проходит воздух. Чувство ломоты в подреберье, которое отдает вверх, к ребрам. Слева в грудной клетке чувство застывания, как будто «закупорились» сосуды, как будто кровь не проходит;

потом сосуды «откупориваются», больная чувствует поддери-
вания, и горячая волна проходит по всему телу, поднимается
вверх, жжет лицо, голову. Ноги ломит, руки как будто свора-
чиваются внутрь.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике?

Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

2. Больная П., 43 года

Чувствует, как будто ее бьет током, она горит, как красная бумага. Вокруг каждой клетки – радуга, затем еще одна. Из каждой клетки идут перпендикулярные радугам, а в каждой сверкает звездочка. Сердце горит, как раскалившийся торф. В теле как будто сверху вниз стоит гвоздь и боль «размером» с этот гвоздь.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике?

Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

3. Больная О., 48 лет

Психическое состояние при поступлении определялось явлениями выраженной психической анестезии, тревогой и двигательным беспокойством. Через 2 нед. тревога исчезла, поведение стало спокойнее. Жаловалась на чувство окаменелости, на отсутствие всяких чувств к мужу и сыну, на утрату способности испытывать печаль или радость. Подчеркивала, что у нее нет и не было тоски. Утратила чувство сна. О том, что она спит, заключает лишь по сновидениям. Не испытывает ни

жажды, ни голода, но нет и отвращения к еде. После приема пищи нет чувства насыщения, могла бы есть снова. Уверяла, что чувствует себя необыкновенно здоровой физически. С появлением бесчувствия исчезло физическое недомогание, прекратились сердцебиения и головные боли.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

4. Больной Н., 52 года

Отмечаются головные боли, головокружения, дизартрия, раздражительность, эксплозивность, прогрессирующее ухудшение памяти, слабодушие. В разное время дня видит белые и цветные точки, вертикальные линии, стоящие на месте или плывущие справа налево, слышит шум в ушах, различные пiski, скрипы, жужжание, которые не может как-либо обозначить. Вполне критичен.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

5. Больная Ч., 34 года

Наряду с неврологическими жалобами, генерализованной неврологической и дизэнцефальной симптоматикой, выявляются шорохи и стуки за спиной, разноцветные круги, проплывающие перед глазами. Изредка в сумерках видит уменьшающимися и отдаляющимися поверхность стола и находящиеся на ней приборы. При засыпании изредка появляется чувство

утяжеления и увеличения головы. При этом старается выйти из дремотного состояния. Критика всегда сохранена.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике?

Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

6. Больная Т., 40 лет

За последние 5 лет перенесла тяжелый грипп и черепно-мозговую травму.

Последний год беспокоят сильные головные боли, головокружения, на высоте которых – тошнота, рвота, двоение в глазах. Бывают внезапно возникающие и также внезапно прекращающиеся сердцебиение и повышение температуры. Во время таких приступов отмечается полиурия.

В клинической картине: вялая, медлительная, мышление малопродуктивное, замедленное. Память и счетные функции ослаблены. При ходьбе испытывает толчки вправо.

Часто перед глазами возникают искры, разноцветные полосы, вертящиеся и проплывающие слева направо шары. Иногда кажется, что «плывет кровать» или что она сама куда-то проваливается. Реже, только при засыпании, ощущает, что у нее укорачиваются сначала руки, затем ноги и вся она становится маленькой. Пугается, вскакивает. При этом неприятные ощущения исчезают. После этого долго не может заснуть.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике?

Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

7. Больная Л., 48 лет

В анамнезе: менингит в 2-летнем возрасте, ревматический полиартрит с 10 лет, инсульт в 35 лет с левосторонним гемипарезом и нарушением речи, гипертонические кризы с 40 лет. Жалуется на интенсивные приступообразные головные боли с тошнотой, головокружения, неустойчивость походки с «толчками влево».

В статусе: левосторонний гемипарез, преходящая диплопия, интеллект снижен (особенно страдает память). Мышление последовательное со склонностью к детализации, отмечаются эпизодические разноцветные зигзаги, полосы перед глазами, цветное окрашивание букв, уменьшенное восприятие объектов при взгляде вправо, лежа в постели вечером, перед засыпанием, ощущает увеличение рук и ног. Несколько месяцев назад появилось своеобразное переживание: гуляя по улице или в парке, она внезапно чувствует пропорциональное уменьшение всего своего тела, становится очень маленькой, «коротышкой». При этом «голова оказывается так близко от асфальта», что возникает страх, как бы не удариться головой об асфальт. К этим переживаниям, так же как ко всем остальным, критика сохранена.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

8. Больная У., 50 лет

В статусе: интеллект снижен, резко ослаблены память и формальные способности. Временами возникает состояние измененного восприятия пространства: неподвижные предметы, деревья, столбы раздвигаются, отдаляются от больной. Отдалившимися, как в перевернутом бинокле, видятся люди, автомашины. При ходьбе неоднократно натыкалась на деревья, встречаемых людей, так как казалось, что они далеко. Несколько раз едва не попала под автомашину: «посмотрю, вижу, что она

далеко, а потом оказывается, что машина рядом, и я иду прямо под нее». К переживаниям вполне критична, выраженного нарушения мышления нет.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике?

Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

9. Больная С., 51 год

В статусе: наряду с выраженной неврологической симптоматикой, отмечаются пространственные иллюзии с утратой чувства расстояния. Поднимаясь по лестнице, шагает мимо ступенек; промахивается, ставя посуду на стол, и роняет ее; переходя улицу, видит наезжающую на нее машину, хотя машина очень далеко. Иногда ей кажется, что дерево перемещается.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике?

Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

10. Больная Р., 51 год

В анамнезе: в 40 и 45 лет перенесла черепно-мозговые травмы, первая — с признаками травматического арахноидита, гемипарезом и стойкой остаточной неврологической симптоматикой. Были повторные сосудистые кризы.

В течение последних восьми лет периодически возникает состояние, когда все окружающее начинает казаться изменившимся, необычным, непохожим на действительность. Однажды во время такого состояния на мгновение ощутила себя без рук и головы. Чувство «нереальности происходящего» возникает не

внезапно, но нарастает быстро и продолжается от нескольких мгновений до нескольких часов, заканчивается постепенно.

Параллельно с переживанием «нереальности происходящего» правильно фиксирует во внимании объективные предметы и действия людей, отвечает на вопросы и ведет беседу, читает книгу и понимает прочитанное. Утверждает, что никто из присутствующих не замечает изменения ее состояния. О перенесенном помнит ясно, во всех деталях. Критична к своему состоянию. Вначале они ее «пугали, а теперь свыклась».

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?



Рис. 2. Аутоскопические полиопические гипногические галлюцинации в состоянии похмелья [4]

11. Больной У., 44 года

В клинической картине: раздражительность, экзальзованность, неврологическая симптоматика — асимметрия лицевой иннервации, адиadoхокинез, анизорефлексия, нечеткость пальценосовой пробы.

При значительном интеллектуальном утомлении, обычно вечером, в конце рабочего дня, видит свой образ. Этот образ представляет собой неподвижное портретное изображение, расположенное вправо от взора, в 25-30 см от глаз. Критическое отношение больного сохраняется полностью. Видение продолжается 10-15 минут, не пугает, но вызывает неприятное чувство «чего-то болезненного». В один и тот же вечер не повторяется. Во время отдыха не возникает.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

12. Больная Л., 56 лет

Жалуется на слезливость, плохое настроение. Заболела после смерти мужа два месяца назад. Смерть произошла внезапно на глазах у больной и потрясла ее. Первые 15 дней непрерывно плакала, «находилась, как в тумане», не отдавала себе отчета в мыслях, переживаниях и поступках. Приблизительно через 2 недели стала по ночам видеть и слышать мужа, который «приходит к ней ночью, разговаривает с ней, причиняет ей боль». Утром обнаруживает на теле, в соответствующих местах, кровоподтеки. Утверждает, что перед «приходом» мужа не спит, хотя это случается часа в 2-3 ночи. Она просыпается заранее, смотрит на его фотографию и даже ждет его прихода. Отмечает, что при его появлении «комнату заволакивает мглой», мужа видит отчетливо, за исключением лица, ощущает его руки, тепло. Разговаривая с ним, всегда понимает, что «этого не должно быть потому, что муж мертв». В последнее время «визиты» мужа стали редкими, но днем слышит, как ее окликает по имени голос мужа, отзывается и даже видит его тень, уходящую по коридору мимо ванной комнаты, где она в это время стирает. Появилась зависть и недоб-

рожелательство по отношению ко всем мужчинам его возраста, злость по поводу того, что они живы. Понимает, что происходящее с ней – явление ненормальное.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике?

Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

13. Больной Т., 34 года

В прошлом неоднократно переносил черепно-мозговые травмы, тяжелый грипп, алкоголизацию.

Год назад – большой развернутый судорожный припадок. В просоночном состоянии совершал нелепые действия: однажды побегал на кладбище, очнулся в свежевыкопанной могиле. В другой раз разжег костер в комнате, затем очнулся в милиции; ничего не помнил.

После длительного и массивного злоупотребления алкоголем «простудился и заболел воспалением легких». Через несколько дней вечером увидел множестводвигающихся на него мышей. Они подбегали и – прыгали на кровать. Пытался стряхнуть их. Потом одна из самых маленьких мышей, на вид очень замерзшая, подбежала к больному и человеческим писклявым голосом попросила погреться. При попытке поймать ее – отскакивала. На следующий вечер увидел трех своих товарищей, подошедших к окну дома. Один из них сказал: «Наших бьют, Тимоха, иди помоги». Затем вновь увидел мышей. Считал, что они пробрались в его голову и там играют в хоккей. Он чувствовал, как бегающие мыши ударялись о его черепную коробку, но не видел и не слышал их.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

14. Больная З. Р., 46 лет

Периодами казалось, что мужа, сына, дочь и ее «наука переделывает», превращая в людей с той же внешностью, но с «лучшим характером и большей полезностью для общества». В начале приступов отмечалось помрачение сознания. Возникали они только вечером, когда больная находилась в постели, и были кратковременными. Обычно казалось, что ее насильственно, с помощью науки, «переносят из больницы в домашнюю обстановку». Здесь «видела», что происходит на улице, около ее дома, в огороде, в комнатах. Причем это была и она, и не она. Во время таких состояний проявляла скорее заинтересованность, чем испуг: «Видения» нравились. Чувствовала себя беспомощной в руках техники. Во время приступа на вопросы не отвечала, спокойно лежала. Мимика иногда отражала внимание, удивление. После выхода из приступа рассказывала о своих переживаниях, пыталась уловить символический смысл происходящего. Предпринимала попытки произвольно, закрыв глаза, перенестись в домашнюю обстановку, но ничего не получалось. При выписке адекватна, достаточно критически, но без эмоциональной реакции оценивает перенесенные психотические переживания. Однако остаются некоторые опасения. Выявляются паралогичность мышления, апатия, безразличие к детям.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

15. Больной К., 33 года

Болен с 24 лет. Поступил по поводу третьего приступа. Предыдущие приступы заканчивались хорошей ремиссией.

Высказывает необоснованное опасение, что его уволят с работы. Спит плохо, слышит тиканье часов, четкий женский голос, приказывающий: «Оденься, разденься». Голос не совпадает с ритмом часом, слышится то с большими, то с меньшими промежутками. Уйдя в другую палату, перестает слышать тиканье часов и голос. К своим переживаниям критичен.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

16. Больная Н., 49 лет

С 15 лет страдает ревматическим полиартритом. Перенесла две тяжелые атаки. Стационарировалась по поводу ревмокардита. В 20 лет после черепно-мозговой травмы диагностировали травматический арахноидит. Алкоголь не употребляет.

Интеллект снижен. Раздражительна, эксплозивна. Временами слышит скрип открывающейся двери, шаги, разговор, которые кажутся преувеличенно громкими. В течение пять последних лет отмечает зрительные обманы, появляющиеся одновременно с продолжительным громким звуком. Так, например, когда по улице проезжает груженная рельсами машина или низко летит самолет, перед глазами возникают какие-то знакомые или незнакомые лица «в виде портретов». В этот момент очень волнуется, боится сойти с ума, относится к своим переживаниям с критикой. Все исчезает по прекращении звука.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

17. Больная Ю., 20 лет

С 13 лет испытывает неприятное навязчивое чувство пережитого продолжительностью 15-20 минут: например, во время беседы с подругами возникает ощущение, что их фразы и собственные высказывания в прошлом уже говорились наяву или во сне. Однажды, когда больной было 15 лет, подойдя к зеркалу, чтобы поправить прическу, вместо отражения своего лица увидела неприятное мужское лицо, испугалась, убежала.

Общительна, достаточно доступна; настроение несколько снижено. Более месяца периодически, в разное время дня, внезапно начинает слышать ушами популярную музыку и пение на английском и русском языках. Звуки доносятся откуда-то сверху, иногда слышится разговорная речь. Высказывает отрывочные нестойкие идеи отношения. Сообщает, что недели две назад стала замечать необычное для себя явление: одновременно с возникновением пения и голосов, слышимых ушами и внутри головы и слышатся в мозге. В этот момент пытается разобраться, что с ней, встревожена. После того, как перестает слышать пение и голоса, проявляет к ним формальную критику.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

18. Больной Г., 39 лет

Внутри правого здорового уха (левое оперировалось) слышит тихий, спокойный комментирующий мужской голос. «Голос» резонансом отдается в мозге. Больной не может разо-

браться, слышит ли его в правом ухе или он только исходит оттуда. Возникновение «голоса» вызывает беспокойство, тревогу.

Кроме того, изредка внутри головы возникают довольно яркие сценические картины, возвещающие будущее. Больной сравнивает их со сценами сновидений, но бывают они в бодрствующем состоянии и не перед глазами (как во сне), а внутри головы, как бы «представляются».

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

19. Больной О., 23 года

Заболел в 18 лет. После первого приступа была ремиссия продолжительностью около четырех лет.

Вял, беседует без видимого интереса. Отмечает невозможность сосредоточить мысли, часто чувство пустоты в голове. Эмоционально снижен. Рассказывает, что временами слышит четкий, ясный, очень злой мужской голос. Раздается он где-то рядом, но воспринимается в виде эха в мозге. «Голос» приказывает не отвечать матери, ни с кем не разговаривать, изредка ругает. Пробовал затыкать уши, но «голос» слышится еще сильнее. К переживаниям не критичен. Догадывается, что кто-то ему вредит, а «как это устраивают – непонятно».

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

20. Больной Д., 29 лет

Наряду с выраженным расстройством мышления, отмечают слуховые и зрительные обманы. В мозге (в области темени) слышится тихий голос. Иногда он возникает «ближе к какому-нибудь уху, чаще правому». Больная улавливает, что тембр голоса – мужской. Он звучит и, по определению больной, «слышится», но не ушами. Голос комментирует действия больной, дает советы, приказывает. Временами внутри, головы, ближе к месту звучания «голоса», четко «видит» не глазами, а «внутренним мозговым зрением» фотокарточку мужчины с усиками.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

21. Больная Б., 44 года

Внутри головы слышит громкие голоса летчиков, находящихся в небе и следящих за ней. «Голоса» различные: молодые – тонкие, пожилые – басистые. Слышатся они именно внутри головы, на что точно указывает больная, но исходят из «воздушного пространства, расположенного над больницей». Считает, что летчики интересуются ею и знают каждый ее шаг. С «голосами» свыклась, относится к ним добродушно.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

22. Больной В., 32 года

Недостаточно доступен, молчалив, угрюм. Больным себя не считает. Неохотно сообщает, что часто, неотступно у него возникают «беседы» с женой. Она, находясь дома, обращается к нему, задает вопросы, ругает, а он шепотом отвечает ей. «Голос» жены слышит не издали, а внутри головы, и убежден, что она находится далеко, но транслирует ему в голову свой разговор по рации. О том, что «голос» принадлежит жене, догадывается по характеру ее высказываний, так как «голос неопределенный – ни мужской, ни женский».

Однажды утром, проснувшись, увидел, как мимо него на каталке провезли грудку больших змей. Внимательно рассматривал их, змеи были большие, толстые, голубоватого цвета, с зигзагообразным желтым узором на коже. Позже понял, что принимал за змей полосатые больничные одеяла. За окном пели птицы, садились на подоконник. Понял, что находится в зоопарке. Реальные предметы снова отошли на задний план, ясно видел себя в зоопарке. Боялся, что в палату войдет тигр и растерзает его. Стало казаться, что его жена превратилась в лисицу, сам почувствовал, что обрастает шерстью и превращается в медведя. Не мог понять, в чем дело, до тех пор, пока не увидел санитаря, напоминающего какого-то знакомого.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

23. Больной Ф., 66 лет

Первое время пребывания в клинике больной был спокоен, доступен, очень много говорил о своих болезненных переживаниях. Заявлял, что в клинику он поступил для того, чтобы избавили его от «издевательства голосов». О всех своих болезненных переживаниях рассказывал с большой эмоциональной окраской.

Вскоре в голове появились голоса каких-то мужчин иностранного происхождения. Одни голоса ругали его – «он преступник, поэтому не вернулся в Австрию, там его повесят», другие защищали его, называли честным человеком. Затем стал утверждать, что неизвестные лица издеваются над ним при помощи специального аппарата, который установлен в рентгеновском кабинете городской больницы. При помощи аппарата по ночам показывали ему «недозволенные сны»: больной видел, будто он спит с родной дочерью, с сестрой покойной жены; на расстоянии читали его мысли, знали не только все о его прошлом, но и все его мысли в настоящее время: «мои мозги открыты для них». Говоря об этом, спрашивал врача: «На каком расстоянии они могут читать мои мысли?» Затем стал утверждать, что «лица иностранного происхождения» совсем обнаглели: круглые сутки издеваются над ним. При помощи каких-то таинственных лучей вызывают головные боли, боли в горле, в ушах; по ночам вызывают страшные боли в теле, днем и ночью вызывают насильственное половое возбуждение. Чуть позже к этому присоединились следующие высказывания: его превратили в игрушку, им овладела посторонняя сила, которая руководит его действиями, он хочет спать, а они «делают» бессонницу, не хочет думать о покойной жене, а они заставляют вспоминать ее, они вкладывают мысли о том, что он должен использовать родную дочь, руководят его языком, заставляют произносить нецензурные слова. Больным себя не считал, но в то же время умолял врача сделать ему такой укол, от которого эти люди перестали бы заставлять его делать «гадкие вещи».

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?
2. Для каких ПР это характерно больше всего?
3. Это позитивное или негативное расстройство?
4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

24. Больная Э., 75 лет

Испытывает постоянные мучительные патологические ощущения на поверхности кожи, под ней и на слизистых оболочках в виде зуда, жжения, укусов, уколов, боли и т.п. По убеждению больной, эти ощущения вызывают многочисленные, обычно чрезвычайно мелкие паразиты («микробы», жучки, червячки и т.п.). Она чувствует шевеление, передвижение или скопление этих существ под кожей. Больная непоколебимо убеждена в том, что причиной всех мучительных ощущений являются паразиты. Много раз обращалась к разным врачам-дерматологам. Не получая от них помощи и не встречая понимания, больная сама активно боролась против паразитов (лечилась мазями, втираниями, внутренними средствами и т.п., без конца мылась, меняла, стирала, дезинфицировала белье).

Собирала грязь, шелушащиеся слои кожи, нитки и т.п. и показывала их окружающим как обнаруженных паразитов. Больная убеждена, что паразиты наносят большой вред здоровью, проникли в мозг и внутренние органы.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

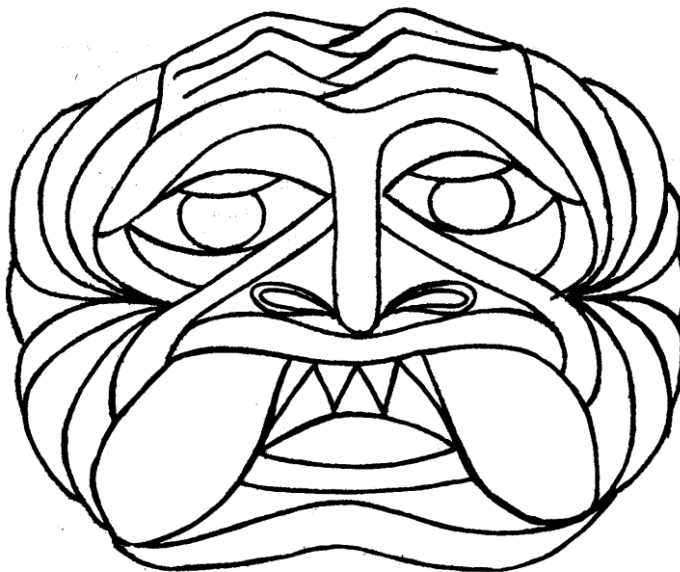


Рис. 3. «Мысль». Символический рисунок больного шизофренией [4]

Тема 2. Нарушения мышления

1. Больная Я., 28 лет

«Ей-богу, убью первого озверелого бандита святого Владимира из Киевского монастыря и, ей-богу, убью озверелого бандита священника Николая из города Чебоксарского собора. Христа ради, прекратите насмерть отравлять меня, будущего святого Василия Ананьевича Кафтанника (имя, отчество и фамилия не принадлежат больному!) со своей будущей семьей Александр, Варвара и Екатерина и четыре из детдома как Мокеев Михаил Егорович регент русского хора наизусть на четырех голосах этих вышеуказанных озверелых святых бандитов Владимира и Николая живьем сжечь миллиард святых крестов» (далее три страницы заполнены крестиками).

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?
2. Для каких ПР это характерно больше всего?
3. Это позитивное или негативное расстройство?
4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

2. Больной А., 32 года

«Кто я? Кто ты? Кто они? Кто мы? Что такое счастье? Почему растет трава? Зачем нужно солнце? Где находится луна? Почему она жидкая? Я хотела сказать – вода. Спаси меня, пожалуйста, если ты знаешь, что такое вечность. Что бы еще такое спросить?».

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?
2. Для каких ПР это характерно больше всего?
3. Это позитивное или негативное расстройство?
4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

3. Больная С., 68 лет

– Как вы себя чувствуете?

– Где Петя... я пошел и спал. А что хотят? И вчера было... все есть...

– Где вы находитесь?

– Находитесь... все тут. Свет потушите. Где жена? Я пошел... Ну и как? Очки потерял. Жена вчера пришел опять ехать. Пошли отсюда...

Все хорошо.

– Назовите сегодняшнее число.

– Число... всегда зима (беседа происходит в жаркий летний день).

– А год сейчас какой?

– Год 1945-й (называет год своего рождения). Сеня был... Шумел-горел пожар московский... Ну и ладно было так... Где галстук?..

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике?

Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

4. Больной В., 38 лет

«Не что-нибудь, а действительно – нельзя ли у вас папиросочку попросить? Вчера мамочка приходила – она ко мне через день приходит – принесла мне папиросочки. Говорит: «Возьми, Минечка, я тебе папиросочки принесла». Хорошие папиросочки – я такие люблю. Я так обрадовался, что мамочка папиросочки принесла, и как раз мои любими-менькие. И няня говорит: «У тебя теперь, Минечка, есть что курить, маменька папиросочки принесла» А вот ночью, не что-нибудь, а действительно, когда я спал, выкурил этот больной мои папиросочки. Не дадите ли вы мне не что-нибудь, а действительно, папиросочку, а завтра мамочка принесет еще много папиросочек, и я вам отдам».

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике?

Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

5. Больная Ш., 68 лет

Вопрос: – «Как Ваша фамилия?»

Ответ: – «Мария Ивановна. Я уже забыла, что Вы мне сказали. Я что-то немножечко была занята, и так вот ясно выходит».

Вопрос: – «Сколько Вам лет?»

Ответ: – «Сейчас я Вам скажу. Вспомню. Ну, вот как... Мне.. я Вам скажу сейчас... В общем... хорошее было влатье ... питались хорошо».

Вопрос: – «Что сегодня было на завтрак?»

Ответ: – «Завтракала, ела. Тут, во-первых,... первым делом нужно делать... Так же, как и у Вас... в тот раз. Сегодня я ехала... Как называется забыла. Я сегодня очень плохо делала. Мне плохо стало вдруг и таким образом это началось. В общем, я так замучена эти дни».

Вопрос: «Назовите, пожалуйста, свою фамилию».

Ответ: «Алимола» (вместо Алимова).

Вопрос: «Как вас зовут?»

Ответ: «Алимова... Подождите... забыла... так за-за-забыла». «Сказала... залазала...»

Вопрос: «А отчество?»

Ответ: «Отчиш... отчие... свое дело».

Вопрос: «Сколько вам лет?»

Ответ: «Сколько? Шесть с ней... два рубля... два рубля.. три рубля. Нет, это так... Тилько, тилько говорила так Пелагея (больную зовут Пелагеей)... пелила... глиненна... и больше ничего».

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

6. Больной Я., 27 лет

Из материалов уголовного дела известно, что ночью, взломав замок, проник в подвал поликлиники, чтобы проверить –

нет ли в подвале учреждения аппаратов, которые «жгут его на расстоянии». Задержан в момент разрушения медицинской аппаратуры, оказывал сопротивление сотрудникам милиции.

На амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе сообщил, что «околдован могущественными людьми», которые на расстоянии могут вступать с ним в беседу, говорить его языком, руководить его движениями, мыслями, могут отнять у него аппетит, вызвать бессонницу, сделать боли и ожоги в различных частях тела. Кто-то специально показывает по телевизору эпизоды его прошлой жизни, а по радио – нецензурно ругает. Подозревает в этом врачей и медицинских работников поликлиники. Никогда раньше в психиатрической больнице не лечился.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике?

Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

7. Больная А., 28 лет

Подозрительна, не вполне доступна, склонна к образованию навязчивостей и ритуалов, а также идей отношения и особого значения: случайно услышанное слово, междометие или жест, мимику всегда трактует паралогично и по болезненному. Заметив, например, что врач протянул палец к столу, спрашивает, что это означает, как это следует понимать, зачем этот намек; прислушиваясь к случайному постукиванию по столу, говорит, что она морзянку не понимает и не знает, что передается, хотя догадывается.

Такие пословицы, как «шила в мешке не утаишь», «не в свои сани не садись», принимает на свой счет. Заявляет: «А я ничего не сделала, чтобы таить. А я занималась всегда своим делом». Неохотно рассказывает, о том, что внутри головы, в центре мозга у нее образуется сочетание двух букв «з» и «к»,

которое она «слышит». При этом подчеркивает, что восприятие буква не мысленное, а звуковое, но отрицает, что произносит их «голос». Услышав сочетание букв в голове, затем чувствует, что ее язык пытается автоматически произносить эти буквы.

Догадывается, что буквы означают слова «заклоченный» и «криводушие». Предполагает, что этими словами кто-то неизвестным способом предсказывает ей возможное заключение и объясняет его причину. Пытается с этими-мыслями бороться, так же как с навязчивостями, доказывает себе, иногда успешно, а иногда безуспешно, что подобные мысли необоснованны.

Беседа на другие темы выявляет сохранность памяти и аналитических способностей.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

8. Больная 3., 36 лет

Поступила в больницу в состоянии психомоторного беспокойства. В отделении в одной больной узнала свою свекровь, но больная была некрасивая и горбатая, а свекровь высокая и статная. Убеждена все же, что это была свекровь, которая «потом куда-то исчезла». На потолке среди множества пятен и мазков видит различные фигуры, например, фигуру попа с бородой в мантии, руки с острой косой и т.п.

Иногда ощущает, что она «раздваивается» на добрую и злую ведьму. Не может понять и объяснить, как это происходит. Рассказывает, что временами ощущает разговор с ней лечащего врача или какого-то неизвестного мужчины. Предполагает, что это тот же врач, который лечил ее 20 лет назад. Разговор – состоит в мысленном диалоге: она мысленно задает вопросы и получает мысленные ответы или, наоборот, отвечает на вопросы «собеседника». Четко различает свои мысли и мысли мнимого

собеседника, т.е. объективированные в отношении «я» больной. Мысленные слова, принадлежащие «собеседнику», переходят на ее язык. Четко это ощущает по волнообразному движению языка. Бывает очень неприятно, но полагает, что «наверное так надо, раз это делают врачи».

Иногда произвольно повторяет вслух «своим языком те мысли, которые перешли на него из головы». Мысленные диалоги и переход мысли на язык всегда беззвучны. При абсолютной некритичности к психическим, в частности, речедвигательным, галлюцинациям проявляет достаточную критику к иллюзорным восприятиям; иногда трактует их по-болезненному. Кроме бреда «влияния и воздействия на нее врачей», высказывает стойкий бред «колдовского воздействия». Весь персонал и всех больных делит на колдунов и добрых людей.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

9. Больная Н., 25 лет

Считает, что на весь мир действует радиация, мир постоянно разрушается, и все живое погибает. Отчетливо видит, что окружающие ее люди чернеют или желтеют от радиации. Ясно ощущает трупный запах, проникающий в ее голову через рот, уши, нос, глаза. Не уверена, что это запах, а не какое-либо «трупное вещество». Внутри головы слышит голос, называющий больную «христовой невестой». Полагает, что когда мир разрушится и все погибнет, она вознесется на небо к Христу.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

10. Больная Л., 26 лет

Примерно 2 года назад почувствовала необычность своего призвания. Поняла, что следы беременности, родов «чудесным образом исчезли», и она «снова стала девственной» (у больной двое маленьких детей). Вместе с тем ощутила в себе проявления новой жизни. Поняла, что произошло непорочное зачатие от святого духа, что она «вторая дева Мария». В течение одного дня внутри головы отчетливо слышала мужские и женские голоса, одни ее порицали, другие защищали. Сейчас считает это проявлением болезни. В течение 25 дней в воздухе перед стеной видела портреты правителей, рыцарей, святых, сменяющихся в определенном порядке. Утверждает, что портреты «проходили» перед глазами и видела она их глазами. Закрывать глаза не пыталась, но отвернуться от портретов не могла, так как они перемещались вместе с ее взглядом. Фигуры и лица на портретах были статичными, плоскостными. Эти «видения» больная считает «ниспосланными свыше», а не проявлением болезни. Чувствует себя «предназначенной для великого будущего». Вокруг ее головы временами «сияет нимб». В ее руках «судьба мира и грядущего рая на земле».

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

11. Больная Г., 35 лет

«На меня напали 8 лет назад иностранные разведчики, разрезали мне живот и в животе зашили радиоаппараты. И где я ни хожу, я слышу голоса по радио в голове из радиоаппаратов, что защиты у меня в животе, слышу, как по радио мне внушают на душу различные чувства. Шов после разреза живота, когда в

него зашили радиоаппараты, загладили и радиоаппаратами так зачувствовали, что шва не стало видно». Далее на нескольких страницах подробно излагаются болезненные переживания больного, описываются его псевдогаллюцинаторные переживания. Больной очень четко излагает наблюдающиеся у него явления синдрома Капгра (те же иностранные разведчики заменили в его селе ближайших родственников – 12 человек – похожими на них людьми). Через 8 страниц в этом же письме больной пишет: «Моему родному дяде иностранные разведчики разрезали живот и зашили в него затем радиоаппараты и этими радиоаппаратами так рассердили его, что он ударил жену, и жена умерла. Прокурор не знал, что у дяди в животе зашиты радиоаппараты и что его специально злили, и дядю в г. Макеевке судили. Этого хотели иностранные разведчики, чтобы моего дядю осудили и поместили в тюрьму».

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике?

Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

12. Больной Д., 45 лет

«Все неподвижно вокруг меня, вещи возникают изолированно, каждая сама по себе, не вызывая при этом никаких чувств. Вещи известные, которые должны были вызвать воспоминания, будить какую-то неизмеримость мыслей, создавать образы и картины, остаются одинокими. Они скорее понимаются, чем ощущаются. Это напоминает пантомиму, пантомиму, которая разыгрывается передо мной, но я не вхожу в нее, я стою вне ее. При мне остались мои суждения, но инстинкт жизни покинул меня. Я потерял контакт со всеми видами вещей. Познание ценности, трудности вещей исчезло. Между мной и ими нет никакого движения, я не могу им больше отдаваться. Какая-то абсолютная постоянность вокруг меня».

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?
2. Для каких ПР это характерно больше всего?
3. Это позитивное или негативное расстройство?
4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

13. Больная Ц., 22 лет

Взяв в руки бумагу (безразлично какую – полученное письмо, обертку, записку, счет и т.п.), она испытывает непреодолимую потребность разорвать ее на мелкие клочки, что обычно и делает. Карманы ее одежды постоянно полны обрывками бумаги. Сначала она рвет бумагу на 3 части, затем каждый кусочек опять на 3 более мелкие. Останавливается она всегда на числе, кратном 3. На работе больная имеет дело с бумагами, а рвать их не может из опасения привлечь внимание сотрудников, поэтому она трижды проводит языком по нёбу. Иногда это действие она многократно повторяет, но тоже останавливается на каком-нибудь числе, кратном 3. В анамнезе у больной на протяжении последних лет неблагоприятно для нее заканчивавшиеся взаимоотношения с молодыми людьми. Трое молодых людей, которых она считала своими женихами, оставили ее и женились на других девушках. Заболевание началось с навязчивого мытья рук, затем симптом иррадиировал – появилось навязчивое оперирование бумагами. Больная, обладая интеллектом выше среднего, сама объясняет свое отношение к цифре 3 тем, что у нее было 3 жениха. Цифра 3 для нее магическая – она предохраняет от смерти, так как, по словам больной, после ухода третьего жениха у нее было желание покончить с собой.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?
2. Для каких ПР это характерно больше всего?
3. Это позитивное или негативное расстройство?
4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

14. Больная Ч., 68 лет

Описывает каждую картину в том порядке, как она лежит:

«Это мальчик на дереве. А под деревом собаки или волки. Сколько их? Один, два, три. Он испугался, видимо, так как не может сойти с дерева, хотя под деревом лежит его сумка. Она раскрылась и из нее высыпались книги и тетрадки. Этот мальчик школьного возраста. А шарфик у него свисает почти до самой земли, вернее, снега. Это зима – снег всюду, беленький. Волки могут стащить его за шарфик. А на этой же картинке тоже какой-то мальчик идет через лес. Тут тоже зима. Видите – снежок беленький. Он даже не в лесу, а на опушке, И сумку несет. Он тоже школьного возраста. Вот только трудно сказать – утро или вечер. Скорее всего утро, так как школьники обычно утром идут в школу, а вечером дома готовят уроки. А на этой картинке двое взрослых и ребенок. Один взрослый держит ребенка на руках, подсаживает его на дерево, а другой – держит ружье, как будто целится»...

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

15. Больная Ю., 68 лет

«Появляется раздельность разговоров – чтоб слова не вязли, а высказывали, как блин со сковороды. Захватывание жизни, волосок подчеркнули нашелся в организме при помощи конкретности в обращении. Для девизии речь говорит – реченька журчи неопределенности раздельности у меня нет. Покушать или нет. Кто-то подстерегает. С материальной стороны не стоит растраты. На государственном обеспечении смятение при. Неопределенность, понятие, последовательности.

Не могу найти точку опоры. Искать точку себя готовить. В одном направлении. В уколах образ линия большие сближения со средой. Уши слышны больше чужие голоса слышат – разговор улавливает голоса – на самоопределение, возникает вопрос как реагировать с моей стороны, встраиваться на волну. Люди работают на звуковых волнах. Разговор лезет в уши».

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

16. Больная К., 37 лет

«В отделении больницы я видела в уборной – больная чистила зубы щеткой, имя больной женщины Клавдия. Но я она не сознается, что ее имя эта жена З. В больнице я видела эсерку Чекину. Эсерка работала бельевицей больницы, помогала мне вымыться в ванне и дала чистое белье. Формула кальция, кальций не вода, яд, первые буквы кальция Са и в стеклянный. Самый страшный и сильный яд, то что я купила в аптеке на Международном проспекте это оварин. С какой целью это яд продали не знаю, яд эту воду из бутылки пить нельзя, адрес мне дала швейцар. Циля. Я проглотила два куса стекла няни не уследили, я взяла на улице стекло им можно было играть и не разбить, но я разломала. Помощь нам может оказать один институт медицинский педиатрический, я училась на курсах медицинских сестер в адрес института, ул. Литовская, д. 2. Один любил зверей в тайге есть книга, я читала книгу и в книге о зверях ничего не написано поэтому, что звери были в клетках их было совсем нечего. Вы неправильно лечите, да потому, что вазелин служит не для того, чтобы смазывать руки. Я знаю, что такое коллодиевая кислота, она не употребляется для питания людей и красить ей ничего нельзя».

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?
3. Это позитивное или негативное расстройство?
4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

17. Больная С., 44 года

В возрасте 27 лет впервые развился приступ болей в эпигастральной области, сопровождавшийся резкой слабостью, бледностью кожных покровов, потемнением в глазах. Поначалу не лечилась. Заметив, что приступы прекращаются после обильной еды, расширила рацион и стала питаться чаще. Из-за такого образа жизни нередко приходилось брать документацию на дом. Работу, однако, выполняла с прежней увлеченностью. Обратилась к врачам лишь через 3 года, когда состояние резко ухудшилось: боли приобрели характер «ножевых», появились тошноты; прием пищи не только не облегчал самочувствия, но нередко и усиливал боли.

Неряшлива, гипомимична, по-мужски резка в движениях, угловата. Речь отрывистая, голос громкий. Питается исключительно молоком и кашами. Пространно, на одной ноте повествует о своей болезни и борьбе с ней. Высказывает множество жалоб, главными из которых считает тягостные ощущения в животе: то будто раскаленное железо прикладывают, то словно внутренности сгребли, зажали и тянут вверх. Беспокоят тошноты, отрыжка, урчания, распространяющиеся сверху на низ живота, периодически чередующиеся расстройства стула. Диагнозом не интересуется – ей необходимо лишь вылечиться. Психически больной себя не считает, но наблюдением у психиатра не тяготится. Приема психотропных средств избегает. Утверждает, что в лечении не нуждается. Не получив облегчения у множества врачей, к которым обращалась за помощью, постепенно разработала собственные приемы «борьбы с желудком». Тут же демонстрирует один из них: до кровоподтеков многократно вдавливая кулаком подложечную область.

Полагая, что иные пути исцеления, кроме радикального (хирургического) для нее непригодны, настояла на двух операциях – диагностической лапаротомии (33 года) и ваготомии (35 лет), в последующем признанных специалистами необоснованными: отсутствовала адекватная вмешательству патология. Под наблюдение психиатров попала в связи с необходимостью решения экспертных вопросов (экспертиза трудоспособности) и с 37 лет является инвалидом II группы по психическому заболеванию. По словам родственников, становится все более эгоистичной, скандальной, не гнушается собирать бутылки, тряпье; хлам сортирует в своей комнате, на возражения соседей по квартире отвечает бранью.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике?

Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

18. Больная Ж., 42 года

– Есть люди, которые вас преследуют, следят за вами?

– Здесь меня преследуют все, должно быть кого-то тревожит, что я имею какие-то чувства к человеку, к которому я не должна их иметь. Так должно быть некоторых удивляет, что так легко освобожусь от этих чувств. Что касается этих людей, я уж ничего не говорю.

– Кто вас преследует, что это за люди?

– Если б я была в судебном зале, должно быть, я была бы в другой форме и сидела бы не так, и разговаривала бы не так. Я чувствую суд чувствами, но обстановка мне дает понять, что меня судят.

– На основании чего вы предположили, что вас преследуют?

– Я сказала уже об этом. Я не могу говорить, мне трудно. Голова моя как будто оторвана. Половые органы женские,

почему-то считаю головой. Для женщин считают, что должно быть голова, но зачем это так сделано, я не знаю. В условиях это есть. Пословица сказала: волос длинен у баб, ум короток. Это значит так законно утвердилось, что у женщин разум ниже, чем у мужчин. В пословице не сказано, что у каждого.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

19. Больная Л., 54 лет

Впервые сомнения в супружеской верности мужа появились у больной 12 лет назад. За несколько месяцев до этого соседки «намекали», что муж изменяет ей, но она не поверила наговорам, расценила это как сплетни, тем более что отец мужа уверил больную, что в их семье «мужья никогда не изменяли женам». Со слов мужа, поводом для возникновения стойкой ревности послужил его юбилей (50-летие), который отмечался в торжественной обстановке. Больная обратила внимание на одну из подчиненных мужа, которая была к нему «особенно внимательной», произнесла очень трогательную и теплую речь, «вертелась» возле него.. Сама больная рассказала, что когда присутствовавшие на торжественном обеде сотрудники и друзья мужа запели песню о любви, муж не выдержал и «заревел навзрыд», чем, по ее мнению, и выдал себя. Он долго не мог успокоиться, а «соперница» больной не отходила от него ни на шаг, потом поднесла ему к лицу ветку сирени. С тех пор больная потеряла покой. Обратила внимание на то, что муж стал по отношению к ней более сдержанным, менее внимательным и заботливым, чем раньше. Начал позднее, чем следовало бы, приходить с работы. Ему уже не сиделось дома, старался под любым предлогом куда-нибудь уйти. Больная часто отпрашивалась с работы и приходила на службу к

мужу, стремилась без предупреждения проникнуть в его рабочий кабинет, будто бы часто заставляла мужа (он это отрицает) наедине с любовницей, когда они «чуть ли не прижимались друг к другу». Потом узнала, что муж повысил «любовницу» в должности. Расценила это повышение как желание мужа чаще встречаться с «любовницей», вместе ездить в командировки. Летом несколько раз встречала «соперницу» в плаще и «догадалась», что та беременна, но пытается скрыть это от окружающих. Устраивала мужу скандалы, упрекала в изменах (не в разврате!), со слезами просила остепениться, чтобы не разрушать семьи.

По ее настоянию семья несколько раз меняла место жительства; сама она оставила преподавательскую работу и устроилась воспитателем в детский сад, чтобы иметь возможность больше находиться дома и проверять мужа на работе. Все это время чувствовала себя плохо, страдала бессонницей, просыпалась по ночам от кошмарных сновидений, часто плакала. Настроение все эти годы было подавленное, боялась остаться одна с детьми дома, так как это усиливало опасение быть покинутой мужем. После переездов с квартиры на квартиру продолжала встречать на улицах города «любовницу» мужа, уже с ребенком. Чтобы «окончательно избавить мужа от любовницы», настояла на переезде в Чувашию (из Самары). Здесь уже эту женщину не встречала, но зато вскоре стала замечать возле своего дома «ее сестру с ребенком от внебрачной связи мужа». Решила, что «любовница» подослала ее вместо себя. Обратила внимание на пропажу продуктов из холодильника. По утрам в подъезде часто сталкивалась с мужчиной небольшого роста, иногда, спускаясь или поднимаясь по лестнице, слышала, как хлопала дверь его квартиры. Поняла, что незнакомец является владельцем квартиры, в которой живет сестра «любовницы», для которой он носит продукты с согласия ее мужа. Начала учитывать продукты, по несколько раз в день пересчитывала деньги. Как-то обратила внимание на неприятные запахи от пищи, предметов туалета и др. Пахло дустом, хлорофосом, эфиром, «природным газом». Решила, что муж «перешел к травле», чтобы избавиться от нее, «развязать себе

руки». Самочувствие ухудшилось, стала испытывать сонливость, вялость, по утрам с трудом поднималась с постели. После еды у нее стала появляться пелена перед глазами, все было «как в тумане», было трудно думать, соображать. Однажды утром увидела возле своей постели мужа с пипеткой и пузырьком в руках (он хотел попросить закапать в глаза какое-то лекарство). Стало ясно, что муж не только подсыпает отраву в пищу, но и сонной закапывает ей яд в нос. В связи с неправильным поведением направлена на консультацию к психиатру.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

Тема 3. Расстройства память и интеллекта

1. Больной Е., 38 лет

Пьет в течение 15-17 лет. Сперва пил в получку, потом к этому прибавились воскресенья, а затем различные поводы – встреча с друзьями, посещение стадиона, случайно заработанные деньги. Через два года такого пьянства начал похмеляться. Около 15 лет пьет в одиночку. По словам жены, трезвым почти никогда не бывает. Пьет всевозможные суррогаты, пропивает вещи. В последние годы (как давно, жена сказать не может) стал быстро пьянеть.

За последние годы превратился из благодушного, беспечного, доброжелательного человека в грубияна и драчуна. Даже когда трезв, «говорит только ругательствами, не скажет ласкового слова», не обнаруживает благодарности, дает реакцию гнева по малейшему поводу, не терпит замечаний, бьет жену.

За несколько дней до госпитализации почувствовал онемение в пятках и стопах, затылке, а затем в руке и пояснице. Стал испытывать страх, чувствовал, что за ним кто-то идет,

беспрерывно оглядывался, когда шел утром похмеляться. Перед засыпанием видел чертей, страшные рожи, слышал оклики, неотчетливые, но устрашающие голоса за перегородкой. Появилось двоение в левом поле зрения. Прием водки купировал эти явления, в том числе и страх. Немного погода помрачнел, начал говорить о том, что должен скоро умереть, высказывал суицидальные мысли. Расстроилась память; придя в магазин, не мог припомнить, что нужно купить. Два дня перед госпитализацией от алкоголя воздерживался.

Удовлетворительно ориентирован в лицах, окружающей обстановке, но не знает, какой сейчас месяц и день. Мрачен, временами выраженная злобность. Обнаруживает непонимание простых инструкций. При предложении назвать месяцы от декабря в обратном порядке правильно их называет вплоть до марта, а затем говорит в прямом порядке (май, июнь, июль и т.д.) и считает задание выполненным. Значительно снижена способность оперировать смысловыми понятиями.

С трудом вспоминает ряд событий, относящихся к 2-3 последним годам. Нечетко ориентируется в последовательности событий личной жизни, относящейся к недавнему прошлому.

Пословицы объясняет конкретными примерами, явно не улавливая их метафорического смысла.

(Любишь кататься – люби и саночки возить). – Я люблю пиво, а он водку, вот и весь разговор.

Несмотря на попытки неоднократно возвратиться к правильной интерпретации этой пословицы, ответ был аналогичен первому.

С трудом улавливает различия, и еще трудней удастся установить сходство.

(Разница между рекой и озером). – Река большая, озеро маленькое – или наоборот.

(Разница между бабочкой и птицей). – Птица маленькая, а бабочка большая... к тому же у бабочки юбка и косы.

Несмотря на объяснение, что речь идет о другом, все же правильного ответа получить не удалось.

(Что общего между монетой, ключом, ведром и самоваром?). – Может быть... нет, не знаю. (Вопрос повторяется). – Ничего общего, каждая вещь по-своему хороша.

Не узнает ряд предлагаемых цветов: (красный) – красный, (зеленый) – желтый, (синий) – зеленый, (коричневый) – красный.

При повторном предъявлении цветов ответы каждый раз различные.

Заявил, что одного из врачей, которого впервые встретил в клинике, «видел» несколько лет тому назад в диспансере.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

2. Больной Е., 18 лет

В отделении либо остается неподвижным, либо находится в состоянии бессмысленного возбуждения, совершает стереотипные движения, например хлопает в ладоши. Речь ограничивается нечленораздельными звуками. Обращенную к нему речь не понимает, хотя иногда правильно реагирует на интонацию. Не отличает родных от посторонних лиц. Когда чем-то недоволен, кусает, царапает и бьет себя. Прожорлив, поедает нечистоты, жует все, что попадает под руку. Не владеет даже простыми навыками самообслуживания, неопрятен. Полностью беспомощен, нуждается в постоянном надзоре и уходе.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

3. Больной А., 16 лет

Речь примитивная, аграмматична, косноязычная, словарный запас мал. Ориентируется в обычной житейской обстановке. Владеет некоторым запасом сведений в пределах простых бытовых знаний. Образование абстрактных понятий недоступно, мышление полностью конкретное, непоследовательное, ригидное. Способен к механическому запоминанию некоторых элементарных знаний. Знает отдельные буквы, владеет порядковым счетом, усвоил самые простые трудовые навыки (уборка, мытье посуды и др.) и элементарные действия по самообслуживанию. Привязан к близким. Повышенно внушаем и склонен к слепой подражательности. Теряется в незнакомой обстановке, поэтому нуждается в постоянной опеке и надзоре.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

4. Больной Б., 40 лет

Речь резко замедленна, тугоподвижна, словарный запас мал, склонен употреблять уменьшительно-ласкательные слова. В беседе «застревает» на деталях, не может отличить главное от второстепенного, трудно переключить с одной тему на другую.

Мышление сугубо конкретно-описательное. Карикатурно педантичен в отношении своей одежды. Медлителен, скуп и сдержан в жестах, лицо малоподвижное и маловыразительное, мимические реакции очень бедны. Угодлив, льстив с медицинским персоналом, но недоброжелателен, раздражителен с другими больными, пытается их поучать.

Не может воспроизвести многие события из своей жизни. Не помнит даты известных событий, сведения из школьной

программы. Затрудняется назвать, что ел утром на завтрак, какое сегодня число и месяц, сколько времени он находится в больнице. Не может решить простые арифметические действия в пределах 100. Отказывается от выполнения психологических тестов, заявляя, что не может соображать.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

5. Больная Д., 60 лет

Крайне вялая, пассивна, апатична, Безразлична ко всему, не проявляет никакого интереса ни к себе, ни к окружающему. Эмоционально тупа, опустошена. Крайне подчиняема. Однообразна в поведении.

При экспериментально-психологическом исследовании: психическая активность снижена. Бледность аффекта. Речь больной неясная, монотонная. Отношение к работе безразличное. В работе не фиксирована и легко отвлекаема. Процессы умственной работы резко замедлены во времени, самая простая работа дается с большим трудом и напряжением. Значительное расстройство концентрации внимания. Упражняемость в работе отсутствует. Память: механическая несколько снижена, ассоциативная — хорошая. Процессы запоминания и репродукции сохранены. Установление смысловых связей почти недоступно больной.

Со стороны интеллекта — бедность и ограниченность умственного кругозора. При наличии некоторых сведений из литературы, превышающих даже полученное образование, очень скудный запас представлений, плохая ориентировка в самых элементарных вопросах окружающей жизни. Резкое интеллектуальное оскудение и опустошенность. Затруднение даже в самой простой формулировке. Отсутствие переработки

получаемых извне впечатлений. Практический интеллект грубо нарушен. Процессы комбинаторики и сообразительности протекают с громадным трудом и напряжением. Самостоятельно, без посторонней помощи, не в состоянии справиться с самым простым счетом. Процессы понимания, осмысления, как в простом, так и в сложном, резко затруднены. Затрудняется при понимании смысла самой простой пословицы. Критика суждений сохранена лишь в самом элементарном, в более сложных случаях значительно нарушена.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

6. Больной П., 26 лет

Отец больного сильно злоупотреблял алкоголем. В роду у матери были психически больные. Больной развивался с задержкой, говорить начал с 3-летнего возраста. По характеру в детстве был общительным, веселым, но очень трусливым. Товарищи над ним смеялись, называли «дурачком». До настоящего времени дружит с маленькими ребятами. В детстве он болел корью, которая протекала относительно легко. В 7 лет пошел в школу, учился очень плохо, ничего не понимал. В каждом классе учился по два года. Был расторможен, не мог долго усидеть на месте, уроки готовил неаккуратно. С большим трудом окончил три класса, выучился только немного читать и писать. После того как оставил школу, около двух лет работал пастухом. Затем в течение ряда лет нерегулярно работал чистильщиком обуви. Окружающими событиями, общественно-политической жизнью никогда не интересовался. В течение последнего года не работает. Книг никогда не читал, несколько раз пытался читать газету, но ничего не понимал. Девушек избегал, боялся их, и лишь в последнее время начал испытывать

влечение к пожилым женщинам. Для целей воинской экспертизы его направляли в психиатрическую больницу, где он был признан негодным к военной службе.

Больной в окружающем ориентирован лишь поверхностно, знает, что находится «в какой-то больнице». Во время беседы держится развязно, часто улыбается, иногда громко смеется. Осмысливает лишь элементарные вопросы, смысл более сложных вопросов не улавливает. Анамнестические сведения сообщает охотно, но очень односложно и лишь после настойчивых расспросов врача. Ответы его конкретны, примитивны. С большим трудом вспоминает даты и отдельные эпизоды своей жизни, причем плохо помнит и не в состоянии датировать не только события далекого прошлого, но и самого последнего периода. Сообщая сведения о себе, неуместно смеется. Психически больным себя не считает, даже обижается, когда врач задает ему об этом вопрос. Несмотря на любовь к кино, он не в состоянии вспомнить ни одной просмотренной картины, совершенно не помнит и не понимает их сюжет. Его интересы ограничены узким кругом физиологических потребностей.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

7. Больной 3., 62 года

Правильно ориентирован в месте, времени и окружающей обстановке. Фон настроения благодушный, но в процессе беседы легко плачет. Жалуется на ослабление памяти, головные боли, шум в ушах, раздражительность, плохой сон. Память на события прошлой жизни в основном сохранена, но больной с трудом вспоминает содержание кинокартины, просмотренной накануне, только что прочитанной книги и т.д. Затрудняется назвать даты недавних событий, не может точно вспомнить

день, когда к нему в последний раз приходила жена. Подолгу ищет мелкие вещи, положенные в какое-нибудь место. Рассказывает, что на работе внезапно забывал элементарные профессиональные данные, это вызывало неуверенность, пугало, расстраивало. Иногда забывал имена ближайших, давно знакомых сотрудников: «вертится на языке, а вспомнить не могу». Не успокаивался, пока не вспомнит. Отмечал, что память становилась хуже к концу рабочего дня, при переутомлении. Бывали «светлые промежутки», когда память, казалось, становилась такой же, как раньше, но затем снова ухудшалась. Замечает, что стал хуже слышать; наступали моменты, когда с трудом воспринимал обращенную к нему речь, по нескольку раз переспрашивал, если ему давали какое-нибудь поручение («не доходит сразу»). Читая какую-нибудь фразу в книге, по нескольку раз возвращался назад, так как ускользал смысл прочитанного. Фиксирован на ухудшении памяти, боится, что это сделает его нетрудоспособным. При проверке памяти из 10 заученных слов воспроизвел 5, через час – 3 слова.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?
2. Для каких ПР это характерно больше всего?
3. Это позитивное или негативное расстройство?
4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

8. Больная Ш., 76 лет

При поступлении растеряна, дезориентирована во времени и окружающей обстановке. Не может назвать текущего года. Считает, что «находится дома, живет вместе с родителями, дедушка и бабушка тоже живы». Говорит, что ей 17 лет. Она приехала сюда за вещами, ее ждут на улице лошади. Жалуется на боль в спине: «отец побил за то, что долго гуляла». Вдруг сообщает, что была в Сочи, купалась в море, только что приехала. Ищет каких-то котят, просит покормить их. Эти высказывания однообразны и бедны по содержанию.

Окружающих принимает за родственников и знакомых. На свидании с родными не узнает их, называет другими именами. Благодушна, слабодушна, беспомощна. В отделении не находит свою койку. Не знает, где столовая, не запоминает лечащего врача, сказанное тотчас забывает.

При повторном поступлении через год выявились апрактические расстройства: не могла совершать простые действия, самостоятельно раздеться, одеться и т.п. Стали заметны затруднения, а временами и невозможность для больной найти необходимое ей слово. Перестала понимать обращенную к ней речь, не выполняла простейших просьб. В отделении была беспомощна, временами тревожно-суетлива, не узнавала окружающих. В речи стали заметны итерации и логоклонии.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике?

Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

9. Больной Ц., 76 лет

Ориентирован в месте, времени, окружающей обстановке. Считает, что заболевание у него заключается лишь в общей слабости, дрожании рук и ног, неловкости движений. Во время беседы с трудом сосредоточивает внимание на вопрос и осмысляет его с трудом. Отвечает после длительной паузы.

К концу беседы устает, отвечает невпопад, часто забывает вопрос, неоднократно просит повторить его. Появляются эхолалии, персеверации. Не помнит основных дат из своей прошлой жизни; не помнит, что делал утром этого дня. Старается скрыть свою несостоятельность, утверждает, что он и не пытался запоминать. В отделении настроение приподнятое, с оттенком эйфории, заботливо относится к больным, приветлив с персоналом. Влечения расторможены: гиперсексуален,

прожорлив; настаивая на выполнении своих желаний, становится грубым. К своему состоянию не критичен.

Через год. Находится дома. Сознание болезни отсутствует. Поведение неправильное. Собирается идти в магазин, хотя только с посторонней помощью может подняться со стула. На газовую плиту ставит разогревать чайник для заварки, забывает зажечь газ. Ест много и с жадностью. Забывает, что недавно ел, и вновь садится за стол. В присутствии дочери может настаивать на близких отношениях с женой. Не в состоянии пользоваться судном, неопрятен.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

10. Больная Ч., 78 лет

Правильно называла свой возраст, год рождения, домашний адрес, знала, где и кем работают ее дети. Ориентировка во времени была непостоянной – то правильно называла текущий месяц и год, то ошибалась. Была тревожна, стонала, охала, плакала. Ежедневно рассказывала нелепые истории о том, как мужу разрезали живот, «вынули» глаза, отрубили конечности, как изнасиловали дочь, как внука растерзали собаки и т.п. Однажды пыталась просунуть за батарею кружку с кефиром, уверяя, что ее дочь там жгут на сковородке, а она просит есть. Глядя в окно, уверяет, что за ней на телеге приехала свекровь и просит отпустить ее домой. Часто рассказывает о том, что умершую свекровь «оттуда на время отпустили» и она недельку поживет у больной. Врача принимает за односельчанина. Все эти переживания обычно усиливаются к ночи.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?
4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?



Рис. 4. Страсти человеческие, экстаз.
Рисунок больного в аффективном состоянии [4]

Тема 4. Расстройства эмоций, двигательнo-волевой сферы. Нарушение влечений

1. Больной Т., 38 лет

При поступлении был беспричинно весел, находился в постоянном движении, испытывал физическое чувство бодрости. Неистощим и неутомим в своей деятельности, легко входил в контакт с окружающими, брался за любое дело, но ничего не доводил до конца. При разговоре легко переключался с одной темы на другую, не закончив обсуждение предыдущей. Затем стал еще более подвижным, на месте не удерживался, громко говорил и кричал, все попытки их успокоить оставались

безрезультатными. Веселое настроение сменилось раздражительной гневливостью: не терпит возражений, открыто выражает свое недовольство, проявляя бурные злобные и агрессивные реакции с разрушительными действиями при попытках окружающих помешать реализации его планов.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике?

Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

2. Больной В., 17 лет

В течение недели перестал разговаривать, спать, появился неожиданный интерес к математике. Его отец врач доставил сына в больницу скорой помощи, после того как у сына речь стала манерной (автоматической), он стал повторять слова и фразы окружающих. Отец отрицает, что сын употреблял психоактивные вещества.

Больной не отвечает на вопросы, но изредка произносит какие-то фразы, которые звучат в замедленном темпе и непонятны. Когда его спрашивают, не испытывает ли он боль или дискомфорт, он снимает свою одежду. Затем он показывает пальцем на светильник на потолке и застывает в такой позе на несколько минут. Эту позу можно легко изменить своим простым прикосновением, например больной сохраняет поднятую вверх над головой руку. Он не опасен, не возбужден, не нуждается в фиксации и изоляции.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике?

Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

3. Больной К., 25 лет

При поступлении – мимика страдальческая, несколько растерянная; во время беседы сжимает руками голову, трет виски, лоб, стонет, охает, хватается врача за руки, умоляет спасти его, повторяет, что он «человек конченный», что до следующего дня он не доживет. Во время беседы часто сбивается, возвращается к сказанному, помногу раз повторяет одни и те же слова, фразы, детали своего рассказа. Эти повторения объясняет тем, что у него «в голове что-то ужасное» и он не может описать свое состояние врачу, который не поймет его и, следовательно, не сможет помочь. Заявляет, что жить он не хочет, жизнь потеряла смысл и интерес. Настроение снижено, особенно утром. Будущее кажется мрачным. Все встречающиеся люди вызывают чувство острой зависти, представляются счастливыми, что заставляет его еще сильнее ощущать свои страдания.

Основным и самым мучительным проявлением своего заболевания считает навязчивые сомнения: из-за них он временами даже не может говорить, так как каждое сказанное им слово кажется неискренним, не отражающим «настоящей мысли». Но и мысль о том, что он «неискренен и лицемерен», также является «неискренней и лицемерной», поскольку этим он хочет казаться лучше и честнее, чем он есть на самом деле, но и эта мысль лицемерна по той же причине – и так до бесконечности. Не может читать, так как сомневается в правильности понимания каждого слова, каждой буквы и подолгу перебирает в уме их возможное значение. Понимает, что эти сомнения – результат болезни, пытается бороться с ними, но безуспешно. К вечеру навязчивые сомнения и тревога выражены наиболее сильно.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?
2. Для каких ПР это характерно больше всего?
3. Это позитивное или негативное расстройство?
4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

4. Больной А., 38 лет

Настроение сниженное, жалуется на «скованность мыслей и тела», высказывал идеи малоценности, вял, движения замедленны, на глазах слезы. Отсутствует инстинкт жизни», потеря чувств к матери, полное отсутствие всяких эмоций, «все делаю лишь по чувству долга», «нет ощущения своего тела», «время течет очень медленно».

Через полгода – общителен, охотно и много рассказывает о себе, речь сопровождается живой мимикой; часто улыбается, адекватно реагирует на шутки, часто вмешивается в чужие разговоры, пытается ухаживать за медсестрами, высказывает надежду на излечение, но вместе с тем жалуется на отсутствие чувства радости; «работаю как автомат, по чувству долга», нет ощущения контакта с собеседником, нет чувств к близким, «все только в рассудке».

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике?

Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

5. Больной Б., 17 лет

Беспрерывно хлопает в ладоши, гримасничает, вертится на одном месте, кувыркается, валяется на полу, нарочито надувает щеки, засовывает руки в рот, сбрасывает с себя одежду. Много-речив, раздражителен. Повторяет слова окружающих, переиначивает их, бессмысленно нанизывает одно слово на другое («бум», «дум», «гум», «шум»). Настроение повышено, сопровождается немотивированной веселостью и своеобразной дурашливостью.

Расторможен, назойлив. Временами бегают по палате, царапает и кусает других детей, то лезет с ними целоваться. Открыто занимается онанизмом, стремится схватить проходя-

щих за гениталии. Облил мальчика чаем, помочился на постель другому.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике?

Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

6. Больная Г., 16 лет

В 10-летнем возрасте стала обращать внимание на свою внешность, была недовольна ею, считала себя полной (объективно была среднего питания). В связи с этим эпизодически старалась есть меньше или вообще отказывалась от еды. Наряду с недовольством полнотой беспокоила мысль, что у нее «великовата голова». При всем внимании к своей внешности была несколько неряшлива, неаккуратна. В 13 лет, с появлением менструаций, пополнела, после чего большую стала еще больше волновать внешность (беспокоили «широкие бедра»). Отец часто высмеивал ее, называл тяжелой и неповоротливой, заставлял заниматься спортом. Насмешки отца тяжело ранили. С этого времени стала еще более замкнутой, молчаливой, часто уединялась, много читала. Появились бесплодные рассуждения о смысле жизни, стремление почерпнуть из книг все необходимое для того, чтобы стать на путь «идеального существования», а также желание «улучшить» свою внешность.

Без конца смотрела в зеркало, все больше убеждаясь, что она чрезмерно полная. Считая себя внешне хуже других, была убеждена в том, что «интеллектуально стоит выше» своих сверстников, «неспособных понять ее требования к жизни». По утрам настроение снижалось, была вялой, не хотела идти на занятия. В связи с мыслями о чрезмерной полноте с 14-15 лет стала упорно ограничивать себя в еде, мучительно борясь с голодом. Иногда не могла устоять против желания поест и

тогда съедала сразу много, после чего расстраивалась, упрекала себя в «безволии». С этого времени стала вызывать рвоту после еды. Вначале это делала по одному разу в 2-3 дня, а через несколько месяцев – почти ежедневно. Съедая много пищи, стала испытывать чувство «напряженного удовольствия перед актом будущей рвоты», после которой наступало значительное «облегчение», «успокоение». Нередко больная сравнивала количество съеденной пищи и рвотных масс, которые оставляла в банках, и получала удовлетворение, рассматривая их.

Испытывая «наслаждение» в процессе «рвотных процедур», больная в то же время корила себя за это, считала, что поступает ненормально, вредит своему здоровью, тщетно пыталась прекратить вызывать рвоту. В 16-летнем возрасте значительно похудела, прекратились менструации, периодически возникали отеки, появилась вялость, подавленность. Больной казалось, что она «изменилась», «как бы потупела». С трудом вставала по утрам, все делала через силу, не было желания учиться, не могла сосредоточиться, с трудом усваивала учебный материал.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

7. Больной Д., 18 лет

Приблизительно с 14 лет стал ограничивать себя в еде. Уходил в школу, не завтракая. Самоограничение в еде стало особенно заметным в 15-16 лет. Причины отказа от еды тщательно скрывал. Родители узнали, что их сын не ест потому, что считает себя «жирным» и не желает «быть как бочка». Еще в 7-м классе во время взвешивания школьников масса его тела (63 кг при росте 166 см) оказалась больше, чем у многих других, и кто-то из товарищей назвал его «жирным». С этого времени

началось самоограничение в еде, на первых порах дававшееся больному очень трудно. Вначале перестал есть супы и мясо, затем — хлеб, масло, картофель. Одно время питался только сгущенным молоком и фруктами. Всячески обманывал родителей, уговаривавших и заставляющих его есть. Требовал, чтобы ему давали есть отдельно от всех, в другой комнате, и никто туда в это время не входил. Тарелки возвращал пустыми, но потом выяснилось, что всю еду складывал в припрятанные банки. Иногда жевал пищу, а потом незаметно выплевывал. После обнаружения банок стал складывать пищу в тряпки и прятал их всюду.

Часто рассматривал себя в зеркале, заявлял, что он «как бочка», что ноги у него, «как тумбы», все смотрят на него и замечают, какой он «жирный». Правда, больной говорил об этом очень редко и неохотно, только при самых настойчивых требованиях родителей поесть. После еды делал изнуряющую гимнастику, привязывал к ногам гантели или бегал с собакой по пустырю. Желая казаться более тонким, перестал надевать нижнее белье даже в сильные морозы.

В то же время заметно изменился по характеру, стал молчаливым, менее общительным, грубым, раздражительным. Похудел до 49 кг. В связи с истощением с диагнозом алиментарное истощение был госпитализирован в терапевтическую больницу. Однако от лечения категорически отказывался, совершенно ничего не ел. В связи с этим был переведен на лечение в психиатрическую больницу.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике?

Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

8. Больная Ж., 18 лет

Ориентирована в месте, времени. Очень оживлена, подвижна, в центре жизни всего отделения; знает всех больных, остроумно подмечает комические черты в поведении некоторых из них. Охотно вступает в беседу, вмешивается в чужие разговоры, вставляет свои замечания. Начав говорить о чем-нибудь, увлекается, говорит экспрессивно, жестикулирует, улыбается, часто громко смеется, громко говорит. Внимание неустойчивое, легко отвлекаема; в беседе перескакивает с темы на тему, не окончив одной, переходит к другой, третьей и т.д., неожиданно начинает петь или плясать. Настроение повышенное, самочувствие «отличное», заявляет, что чувствует прилив сил, энергии, уверяет, что сейчас она может выполнить любую работу и «блестяще ее провести». Самооценка повышена, считает себя «деловой и способной», «красавицей и умницей», «блестящей, замечательной женщиной с огоньком». Недовольна больничным халатом, снимает его с себя, драпируется им и простыней, оголяя руки и плечи. Особым образом заплетает волосы, украшает голову цветами, лентами, бумажками, наклеивает на губы вместо губной помады лепестки красной розы или георгина, румянит щеки красной свеклой, пудрится известкой. В таком виде расхаживает по отделению, бросается к входной двери при появлении нового лица. Очень охотно идет на лекции и занятия ее студентами, охотно с ними беседует, не желает уходить с занятий. Эротична; по собственному выражению, «кокетничает» со студентами, «завлекает» их. Требуется, чтобы ей дали в кураторы самого красивого студента, старается «заинтересовать» своего куратора, как и вообще всех мужчин, с которыми ей приходится сталкиваться; назначает им свидания, раздражается, когда ее не пускают на эти свидания. Раздражительна, вступает персоналом с больными в конфликты, бывает агрессивна. Критика своего состояния и поведения отсутствует.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

9. Больной К., 22 лет

Контакту недоступен, ни с кем не общался, на вопросы не отвечает. Моторика однообразная, маловыразительная, мышечный тонус повышен. Все время лежит в постели, укрывшись одеялом с головой. Иногда лежит, закинув руки за голову, чаще же в эмбриональной позе. На вопросы и требования не реагирует. При обследовании и попытках изменить его положение оказывает сопротивление, напрягает мышцы. Когда его удастся посадить, то он некоторое время сидит, как бы застыв в приданной позе. Самостоятельно не ходит, но с помощью других ходит в туалет или к столу, молча ест. К окружающему не проявляет видимого интереса, на события в палате внешне не реагирует. При приближении к нему отворачивается, закрывает глаза, губы складывает хоботком.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

10. Больная З., 36 лет

Лежит все время в постели, отвернувшись к стене, ни с кем не общается, с врачами вступает в беседу лишь изредка, чаще закрывается с головой, ничем не интересуется. В поведении крайне манерна. За собой не ухаживает.

Память снижена, не может назвать основных дат. Растеряла полученные знания. Считать отказывается. При чтении не улавливает смысла, иногда кто-то обрывает мысли. Говоря о любви к живописи, не могла назвать ни одного художника, не могла назвать картин Репина.

При обследовании больная пассивна, вяла, индифферентна, безынициативна, временами неадекватная улыбка, отгорожена от окружающего. С трудом входит в какой-либо контакт, подозрительна, недоверчива, раздражительна, временами злобна. Исследованию поддается с трудом. Резко отвлекаема. Процессы работы обычно замедлены, истощаема, продукция снижена, память не нарушена. Ответы вычурны, формальны. Общий умственный кругозор резко сужен, интеллектуальные интересы снижены, глубокая опустошенность, отсутствие восприятия новых впечатлений, интеллектуальные процессы замедлены, затруднены и протекают с большим напряжением. Процессы сообразительности и комбинирования снижены. Процессы осмысления и обобщения в простых заданиях без снижения. Более сложная критика нарушена. Склонность к нелепым рассуждениям, мышление вычурно, парадоксально, разорвано. Невозможность довести мысль до конца. Болезненное мудрствование, резонерство.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике?

Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

11. Больная Х., 18 лет

При поступлении больная подавлена, выражение лица грустное. Движения вялые, замедленные, отвечает неохотно. Голос тихий, монотонный, ответы односложные. Говорит, что она здорова, просто у нее «состояние лени»; на работе ничего не делала, дома лежала «как собака». Понимает, что ее привезли в больницу, кругом врачи и больные, но врачам она не доверяет, знает, что на нее заведено дело, будет суд, ее выселят как тунеядку. Сказала, что за окном услышала мужской голос, который сказал, что она «дрянь», надо выселить ее из квартиры.

Рассказала, что плохо соображает, в голове мало мыслей, мысли текут медленно. Нет аппетита, и весь организм истощился, «мозг обессахарен». Иногда во время беседы тревога усиливалась. Считала, что она во всем виновата, из-за нее теперь может погибнуть мать, она еще может спасти ее, если уедет из Чувашии. Просила отпустить ее из отделения, подбегала к окну, старалась залезть на подоконник. Бесперывно слышала снаружи голоса. Голос следователя обвинял больную в том, что она не работает, незаконно получает зарплату, что ее надо отравить, а мать ее выселить из квартиры и расстрелять. Голос повторял одни и те же слова. Кроме того, временами слышала голос матери, который просил ее простить. Слышала, как мать под охраной собак привезли в это здание. Голос матери доносится то из окна, то с верхнего этажа. Во время беседы спрашивала у врача, слышит ли он разговоры, настойчиво повторяла, что надо прислушаться, голоса тихие, неотчетливые. Убеждена, что все больные слышали эти голоса и вечерами обсуждали. Ночью не спала, вскакивала с постели. Слышала, как в отделение приехал следователь и громко сказал, чтобы ее никуда не отпускали. На следующий день тревожно говорила врачу, что следствие уже окончено, будет суд, ее все осуждают, все ее называют «тунеядкой». В страхе говорила, что ей осталось жить 48 ч. После этого она будет отравлена, а мать расстреляна, один раз слышала из-за окна предупреждающий выстрел.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике?

Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

12. Больная Ш., 44 года

После выписки из ПБ приступила к работе. В этот период появилась многоречивость, бессонница, неусидчивость.

Беспокоили головные боли, периодически повышалось артериальное давление (140/90-150/90 мм рт. ст.). Больная жаловалась на физическое недомогание, но, вернувшись с работы, отправлялась бродить по городу. Бесплезно тратила деньги, покупала множество ненужных ей книг. По совету терапевта решила поехать в санаторий. Когда ей было отказано в отпуске, была возмущена, в резкой форме говорила с директором, уволилась с работы и уехала в санаторий. Испытывала усталость, лень. Люди казались скучными и серыми. Постоянно думала о своем трудоустройстве. Боялась, что на новом месте ей будет труднее. В начале февраля после возвращения из санатория вновь ощутила «полное бесчувствие», «окаменелость». Говорила, что утратила все человеческое, что на этот раз не поправится, что «обречена быть каменным истуканом». Предлагала мужу отправить ее «в психиатрическую колонию» и оформить развод. По утрам отмечалась тревога, но единственными жалобами оставались жалобы на бесчувствие.

В марте была стационарирована в психиатрическую клинику. На фоне лечения наступило некоторое улучшение, по ее настойчивой просьбе была выписана из больницы.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

13. Больная А., 35 лет

При поступлении заторможена, на вопросы отвечает медленно, неохотно, кратко, тихим, монотонным голосом. С недоверием смотрит на врача и настороженно и несколько растерянно осматривается кругом. Услышав разговор в соседней комнате, сказала, что, видимо, говорят о ней. Со слезами говорила, что в газетах, радиопередачах, разговорах окружающих чувствует упреки по своему адресу, намеки на то, что она «бездельница, никчемная». В отделении по ночам не спала. В

первые дни в состоянии больной преобладала тревога, страх, растерянность, не могла разобраться, что происходит вокруг, много плакала. Совершила суицидальную попытку. Затем двигательная заторможенность усилилась до степени полной обездвиженности. Много лежала в постели или бродила по отделению, никого не замечая вокруг; взгляд отсутствующий, мимика неподвижная.

При обращении к ней медленно поворачивала голову и молча отходила. Стала отказываться от пищи. Сопротивлялась осмотру, закрывала глаза, с силой сжимала и отводила от себя фонендоскоп.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

14. Больной С., 45 лет

При осмотре движения замедлены, мимика застывшая, напряженная, речь медленная, с большими паузами. Жалобы на тоску, особенно в первую половину дня, и усиление тревоги к вечеру. Больной заявил, что он должен находиться в тюрьме, так как год тому назад оказал сопротивление милиционеру, ударил его. Кроме того, его необходимо арестовать, потому что он злостный симулянт, тунеядец: вместо того, чтобы честно работать, попал в больницу, где даром ест государственный хлеб. В прошлом плохо относился к сожительнице, был груб, не давал денег, бывали случаи – бил ее. На слова врача, что он действительно болен, должен лечиться, – упорно молчит, а затем заявляет, что все это неправда; спрашивает, когда же приедет за ним милиция. Требуется немедленного ареста. На вопрос, как же без его материальной помощи будет существовать малолетний сын, отвечает, что лучше не иметь никакого отца, чем такого, как он, что ему вообще не следует жить. В течение

часовой беседы, несмотря на аргументацию врачей, продолжал в однообразных выражениях высказывать те же идеи.

Рано утром на фоне чувства невыносимой тоски и тревоги, безысходности, отчаяния, стал метаться по отделению, не находил себе места, кричал, стонал, выл, рыдал, упорно наносил себе повреждения, активно проявлялись суицидальные тенденции.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

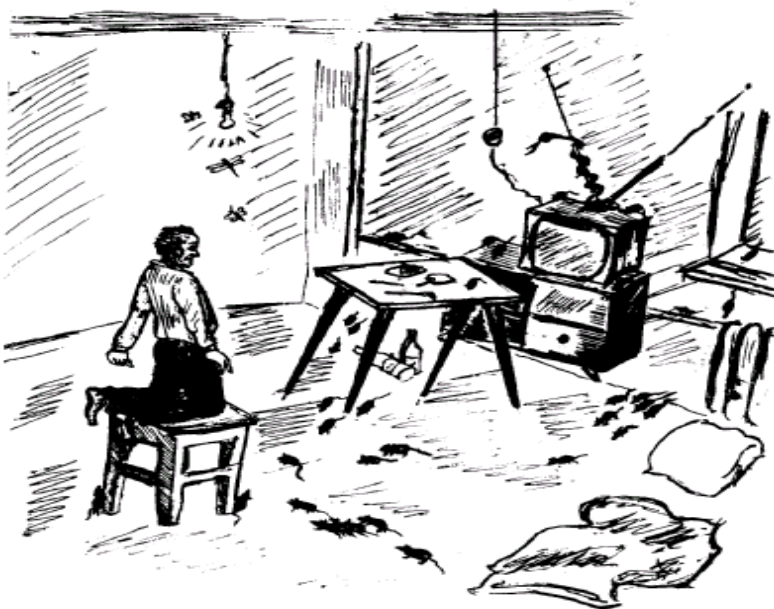


Рис. 5. Истинные зрительные галлюцинации.

Рисунок больного, перенесшего алкогольный делирий [4]

Тема 5. Нарушения сознания и самосознания. Припадки

1. Больная Ж., 28 лет

Доставлена в ПБ бригадой скорой помощи второй раз в жизни, в связи с неадекватным поведением: хотела спрыгнуть с 4-го этажа, плохо спала, жаловалась на тревогу и страх. Заявляет, что живет уже многие века и будет жить вечно. Это было очень тяжело, мучительно. Кажется, что весь мир прекращает существование, все живое начинает погибать, распадается органическая материя. Слышит странный гул, шум, думает, что это выделяется радиация, газ, который и губит все живое. События как бы происходят в обратном порядке много веков, несколько эр. Она тоже должна была погибнуть. В живых должны были остаться только санитары, которые, чтобы спастись, перекачивали себе кровь других людей (видел ампулы для переливания крови). Ими кто-то руководил, какие-то «академики», которые изредка, то появляются, то пропадают.

На крыше соседнего дома видит антенну, из которой исходила радиация. Она действовала на нее, жжет ноги. Слышит голоса, отдающие приказы, в случае их невыполнения угрожают испепелить. Видела себя в преддверии ада: вот-вот должны были начаться адские муки. Санитары представлялись чертями, которые перетаскивали на носилках умерших, вновь поступающие больные представлялись умершими. Сама она тоже была мертва, чувствовала, как разлагаются ноги. Иногда на них действовала радиация, иногда ее направляли на голову, и тогда она чувствовал, как у него высыхает мозг.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике?

Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

2. Больной А., 51 год

При поступлении в стационар рассеян, медлителен, мало продуктивен, испытывает затруднения при осмыслении ситуации. Через некоторое время практически не реагирует на тихую речь, но отвечают на вопросы, произнесенные достаточно громко. Но их полностью не понимает. Такие же реакции наблюдаются у больных на свет, запахи, прикосновение, вкусовые раздражители. Больной аспонтаннен, малоподвижен, мимика однообразна и бедна, жесты невыразительны; подолгу находится в одной и той же позе. Настроение безразличное.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

3. Пациент Б., 38 лет

С болезнью Аддисона на фоне криза стал растерянным, нарушились все виды ориентировки. Произносит бессмысленный набор слов, то шепотом, то громко. Произносимые больным слова имеют преимущественно конкретный, обыденный смысл. Речь прерывается смехом или всхлипыванием, то и другое быстро истощается.

Больной топчется на одном месте, непрерывно дергается, вздрагивает, наблюдается выворачивание всего тела и широкое раскидывание рук. Вечером и ночью состояние ухудшается, двигательное возбуждение нарастает, ограничивается пределами постели и довольно однообразное.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

4. Больной У., 42 года

Выйдя из наркоза после проведенной операции больной стал говорлив, высказывания отрывочны, крайне непоследовательны, а иногда сводятся к отдельным выкрикам. Пытается встать с постели, сопротивляется при удерживании.

Настроение очень изменчиво. Возникает то страх, то любопытство, то плаксивость. По содержанию высказываний больного можно предположить, что ему что-то угрожает, он чего-то боится. Периодически «приходит в себя», узнает окружающее, ответы на вопросы становятся правильными. Отмечает что перед ним всплывает образы блуждающих мертвецов, бандитов, чудовищ, происходят акты насилия. Противопоставляет себя своим видениям. Ориентировка в собственной личности сохранена, другие виды – нарушены. Вечером и ночью состояние вновь ухудшилось.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике?

Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

5. Больной Ю., 28 лет

Машиной скорой помощи с улицы доставлен мужчина, который мало реагирует на внешние раздражители. Возбуждение ограничено пределами постели. Оно выражается в некоординированных, однообразных хватательных движениях, бессмысленном стягивании простыни, «обирании», снятии мнимых нитей, чего-то приставшего к телу. Речь тихая, представлена невнятным бормотанием. Через некоторое время состояние перешло в сопор, а потом – в кому.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?
3. Это позитивное или негативное расстройство?
4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике?
Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

6. Больной Я., 48 лет

Поздно вечером стал двигательно возбужденным. Что-то с себя стряхивает, обращается к мнимым и действительным собеседникам, собирается куда-то идти.

Речь состоит из немногочисленных, отрывочных фраз и слов. Внимание свертотвлекаемо. Настроение крайне изменчиво, благодушие, удивление, страх. Неправильно ориентирован в месте и окружающей обстановке, но знает свою фамилию, имя и отчество. В беседе удается установить, что видит насекомых, мелких животных, рыб и змей, а также нити, проволоку, паутину. Они то приближаются, то удаляются, меняются в размерах. Все качается, вращается, падает. Иногда раздаются голоса знакомых людей и родственников. Известно, что три дня тому назад отмечал свадьбу сына, на которой несколько дней подряд пил в больших количествах водку.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?
2. Для каких ПР это характерно больше всего?
3. Это позитивное или негативное расстройство?
4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике?
Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

7. Больной Э., 19 лет

Студент, выйдя утром из дома, до колледжа не доехал. Неожиданно и непонятно для себя оказался в противоположном конце города. Со слов очевидцев он переходил улицу, ехал на троллейбусе, отвечал на вопросы. Производил впечатление несколько растерянного, погруженного в свои мысли человека. Не смог объяснить, что с ним произошло.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике?

Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

8. Больная О., 32 года

При поступлении в больницу сопротивлялась осмотру. Позже о переживаниях острого периода второго приступа больная рассказала следующее. Когда поступила в больницу, казалось, что ее никогда не выпишут. Первые дни не спала ночи напролет. Несколько раз казалось, что началась война, что происходит бомбежка. Эти мысли появились, когда услышала гул самолетов. Когда раздавали лекарства, думала, что это яд. Не всегда верила, что находится в больнице. Некоторых из окружающих принимала за своих знакомых и родных. По взглядам и поступкам окружающих лиц «поняла», что ее считали Гитлером. Казалось, что она действительно превратилась в Гитлера, трогала свое лицо, чтобы убедиться, что нет усов. Сама «видела Гитлера в одном из врачей» и удивлялась, почему именно ее принимают за него (у врача были темные усы). Возникали мысли, что родители подвергаются пыткам, что отца обвиняют в государственной измене и поэтому просила убить ее, а не родителей. Боялась вытираться белыми простынями и надевать черные чулки, так как белый и черный цвет предвещает смерть. В голове путались мысли, думала, что эти кошмары будут продолжаться бесконечно. Хотела отравиться. Когда слышала голос соседней больной, чувствовала, что находится под гипнозом. Долгое время ощущала скованность движений, особенно рук, гораздо удобнее было держать руки на половину согнутыми, чем разогнутыми. Позже, когда уже понимала, что находится в больнице, иногда казалось во время просмотра телепередач, что они сделаны о

ней и об ее сотрудниках. Так, однажды показалось во время передачи о каком-то преступнике, что окружающие считают ее сообщницей или даже самим преступником. Иногда возникали опасения, что окружающие мужчины готовятся ее изнасиловать. По окончании приступа однажды возникла мысль, что она гипнотизирует медицинских сестер и они делают инъекции другим больным.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

9. Больная К., 32 лет

Заболела остро, было очень плохое самочувствие, «обметанные» губы, озноб, сильная слабость, головная боль. Температуру не измеряла. В этот период был суд по разделу жилплощади с соседями. Окружающие отметили особую тревожность больной, на суде была растеряна, иногда отвечала невпопад. Состояние тревоги стало нарастать. Стала говорить, что ее «заколдовали», просила соседей «снять колдовство», прощалась с детьми. Возбуждена, температура была 38,6°. Кричала, что ее окружают ангелы и черти, позднее не узнавала мужа, бессмысленно цеплялась за все предметы, речь была бессвязной. При поступлении лицо серое, землистое. На губах герпес. Тоны сердца приглушены, артериальное давление 115/70 мм рт. ст. В легких единичные влажные хрипы, Язык сухой и обложенный. Живот мягкий, безболезненный. Анализ крови: НЬ 12,3 г%, л. 8500, формула без изменений; РОЭ 38 мм в час. Эпизодически отмечались клонусы стоп, симптом Бабинского, менингеальные симптомы.

Больная дезориентирована во времени и окружающем. Голос хриплый, речь быстрая, бессвязная. Активно сопротивляется осмотру, стремится ударить ногой, иногда

выкрикивая: «Я колдунья», «Я черт». Какой-либо контакт с больной невозможен, внимание привлечь не удастся. Возбуждение протекает в пределах постели. Гримасничает, мастурбирует. Всех, кто к ней подходит, хватает за руку, одежду и не отпускает, то кусает, то целует. Движения часто совершенно нецеленаправленные, размахивает руками и ногами, иногда хлопает в ладоши, стремится что-то показать и объяснить жестами. Неопытна в пределах постели. При попытке накормить оказывает сопротивление, пищу выплевывает. Отмечается эхоталия и эхопраксия. Температура на 3-й день пребывания в больнице стала нормальной. Дезориентирована, но стала несколько спокойнее. Слышит голоса дочерей, зовет их к себе, плачет. Закрывается одеялом с головой, сопротивляется при осмотре.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике?

Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

10. Больной Ш., 28 лет

Обвиняется в убийстве тещи и тестя и нанесении телесных повреждений жене.

С 11 лет Ш. страдает большими судорожными припадками, возникающими ежемесячно. За четыре года до совершения правонарушения лечился в психиатрической больнице в связи с неправильным поведением после припадков: бесцельно бегал, пытался совершить половой акт с коровой, говорил, что пища отравлена, залезал на крышу, кричал: «Спасайте!». Последние два года Ш. злоупотреблял алкоголем; стал более раздражительным, возбудимым. В состоянии алкогольного опьянения бывал особенно придирчивым и назойливым, в связи с чем родственники его часто связывали. В последующем о своем поведении не помнил.

В день правонарушения около 9 часов утра выпил 200 г вина, работал по хозяйству. В 14 часов за обедом выпил еще 100 г вина, некоторое время спокойно разговаривал, затем вдруг помрачнел, начал придирааться к жене. После замечания тещи о его пьянстве бросил в нее тарелку, начал браниться, разорвал платье на жене. Родственники его связали и уложили в летней кухне. Он успокоился и уснул. Около 17 часов Ш. самостоятельно развязал опутывавшие его веревки, порезал ножом перину и подушку. Вскоре в кухню вошла жена. Неожиданно Ш. молча нанес ей два удара ножом в спину и шею и выбежал вслед за ней из кухни. На улице подбежал к теще, несколько раз ударил ее ножом, та упала. На подбежавшего к нему соседа Ш. тоже замахнулся ножом.

На обращение к нему и попытку успокоить Ш. не реагировал; «вид у него был страшный». Соседу удалось отобрать у него нож. Тогда Ш. побежал домой, схватил в летней кухне другой нож и быстрыми шагами направился в соседний дом. Здесь спросил, где его жена, и опять выбежал на улицу. Там подбежал к лежавшей на земле раненой теще и, несмотря на ее мольбы не убивать ее, нанес еще несколько ударов ножом. Оказавшегося рядом тестя также ударил ножом в грудь и живот, а когда тот упал, перевернул его вверх лицом и перерезал ему шею. Затем, сидя верхом на трупе, продолжал наносить ему удары.

Ш. едва оторвали от убитого и отобрали нож. Ш. вернулся к себе во двор, лег вниз лицом на куче мусора и уснул. Через 50 минут, после приезда участкового инспектора, Ш. разбудили и назвали по имени. Он вскочил и бросился на инспектора. Взгляд у Ш. был блуждающий, его связали. По пути в отделение милиции Ш. молчал. В отделении «как-то дико и удивленно смотрел», не понимал, где он находится. На расспросы отвечал: «Я ничего не знаю». О случившемся не помнил.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?



Рис. 6. Варианты татуировок уголовного содержания [8]

Тема 6. Неотложные состояния в психиатрии

1. Больной С., 26 лет

Доставлен в психиатрическую больницу с агрессивным поведением по отношению к окружающим. Известно, что в учебе от других студентов он не отстает, но последние 3 недели стал принимать какие-то таблетки, которые ему дал его друг, «чтобы не спать». Соседи по общежитию сообщили, что он не спал несколько дней подряд, потерял в весе, потому что редко ел. Пациент не имел каких-либо проблем со здоровьем, он был «нормальным человеком» до приема этих таблеток.

АД = 140/94, пульс – 100 ударов в 1 минуту. Зрачки сужены, на лице пот, выраженный тремор обеих рук. Результаты физикального обследования без особенностей.

Хотя больной не вполне контактен, полностью ориентирован. Несколько агрессивен, речь быстрая и громкая. Настроение по оценке больного «просто замечательное», хотя внешне выглядит сердитым. Отрицает суицидальные мысли и наличие галлюцинаций.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

2. Больной Т., 21 год

Доставлен в психиатрическую больницу на «скорой помощи» с многолюдной улицы, на которой он сидел, вел себя не вполне адекватно, чем привлекал внимание прохожих. Из объяснений следовало, что «голоса» приказывали ему делать «плохие вещи». Это – два или три голоса внутри головы, которые комментировали его поведение. Больной отрицал употребление алкоголя или наркотиков, хотя признался, что в прошлом курил марихуану. Перестал курить ее около шести месяцев тому назад, так как голоса после нее усиливались. Больной выглядит грязным, растрепанным и санитарно запущенным.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

3. Больная У., 55 лет

В течение 3 последних месяцев отмечает снижение настроения и плохое самочувствие. Отмечает утрату сил и похудание на 7 кг, хотя аппетит не ухудшался. Она никогда

ранее не лечилась у психиатров и не помнит, чтобы такое состояние у нее было раньше.

Выглядит старше своих лет, зрачки расширены. Отмечает тоску и снижение настроения. Мышление последовательно и логично, несколько замедленно. Наличие галлюцинаторных переживаний отрицает. Обнаруживаются суицидальные тенденции. Выявляется тахикардия, запоры.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

4. Больная Ш., 17 лет

Привели родители, потому что очень обеспокоены критически снижением ее веса.

Она завила, что согласилась на консультацию, чтобы успокоить своих родителей. Чувствует себя хорошо, хотя настроение несколько снижено. Отрицает наличие проблем со сном и аппетитом, прием психоактивных веществ отрицает.

Считает себя «жирной», для «нормы» нужно еще немного похудеть. Месячные прекратились 3 месяца тому назад, она не живет половой жизнью и не была беременной.

Родители сообщили, что дочь неуклонно снижает вес на протяжении последних восьми месяцев. Она начала соблюдать диету, после того как один из друзей сказал, что она «излишне полновата».

С тех пор ест все меньше и меньше. Сейчас она одевается в мешковатую одежду и не хочет обсуждать с родителями сколько она весит. Кроме того, она занимается физическими упражнениями целыми днями (прыгает и приседает). При обследовании ее рост составляет 168 см, при весе 28 кг, приближаясь к кахексии.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

5. Больной К., 44 года

Безработный мужчина доставлен в больницу скорой медицинской помощи. Жалуется на то, что слышит мужские голоса на улице под своим окном; они обзывают его «законченным алкашом», пугают, угрожают расправой. Когда он выглядывает из окна, мужчины всегда «исчезают». При закрытых глазах видит странные «рожи»: уродливые лица, лицо человека превращается в морду невиданного зверя, собака превращается в лошадь. При открытых глазах видит мышей, пробегающих по комнате, иногда ползающих по телу. Упорство, назойливость «голосов» приводят его к суицидальным мыслям. Отмечает стойкую инсомнию.

Практически ежедневное употребление алкоголя в течение 20 лет, он почти каждый день находится в состоянии опьянения и часто испытывает «тряску» при пробуждении. Накануне не принял свою дозу алкоголя из-за болей в желудке. При осмотре был полностью в состоянии бодрствования и правильно ориентирован.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

6. Больной Л., 35 лет

Доставлен к невропатологу по поводу нарушений сна. При осмотре сообщил, что спит очень мало, 1-2 часа за сутки, но, несмотря на это очень деятелен, активен, ночью занимается литературным творчеством. Во время беседы стремится к монологу, громко разговаривает, не дает врачу задать вопрос. Легко соскальзывает на эротические темы, не удерживает дистанции в общении с врачом, переходит на «ты» и панибратский тон. Сообщает о себе, что является человеком выдающихся способностей. Подвижен, мимика яркая, глаза блестят. В ответ на замечание медсестры начинает кричать, громко нецензурно браниться, пытается её ударить.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

7. Больная М., 45 лет

Госпитализирована бригадой скорой медицинской помощи. Обнажалась на улице, пыталась проявлять грубую сексуальность, временами была агрессивна к окружающим. Речь бессвязная, малопонятная.

При осмотре: говорит без умолку охрипшим голосом, поет, декламирует, громко смеется, рифмует, бурно приветствует окружающих, восторженно комментирует происходящее вокруг, предлагает грандиозные проекты. Говорит о своих всевозможных талантах, собирается стать всемирно известным человеком. Легко становится гневливой, раздраженной. Контакт малопродуктивный из-за повышенной отвлекаемости.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

8. Больной М., 23 лет

Осмотрен врачом неотложной помощи на дому в связи с ухудшением состояния. Предъявляет жалобы на сильную головную боль, боли в животе с однократным жидким стулом, боли в области коленных суставов, просит о назначении «сильного обезболивающего». Объективно при осмотре пациент выглядит тревожным, напряженным, суевливым, отмечается тахикардия 104 в минуту, АД = 160/95 мм. рт. ст., выражены пиломоторные реакции, гипергидроз, заложенность носа и ринорея. Зрачки симметричные, значительно расширены, на свет реагируют слабо. На коже верхних и нижних конечностей в области проекции подкожных вен множественные рубцы и следы от инъекций различной давности. Температура тела 38° С.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

9. Больная Ф., 58 лет

Госпитализирована в терапевтическое отделение в связи с дестабилизацией течения гипертонической болезни. Известно, что ухудшение состояния развилось после смерти мужа. В отделении весь день лежит в постели с печальным выражением лица, временами плачет. Во время одного из обходов больная

сидит на кровати со сложенными на груди руками, медленно раскачивается взад-вперед, тихо стонет. Внезапно вскакивает с кровати, подбегает к тумбочке другой больной, хватая стоящую стеклянную банку, разбивает ее и пытается проглотить осколки стекла. Соседи по палате и врач удерживают пациентку.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

10. Больной Ч., 56 лет

Пациент поступил в приемный покой больницы скорой помощи с диагнозом левосторонней крупозной пневмонии. В присутствии дежурного терапевта у больного развились повторные судорожные припадки с прикусом языка и непроизвольным мочеиспусканием. Припадки повторяются с интервалом в 5-10 минут. В промежутках между припадками больной находится в коматозном состоянии. Со слов родственников отдельные непровоцируемые припадки наблюдались у больного и ранее с частотой 3-4 в год. Последние три года постоянно принимал «депакин-хроно» (вальпроат натрия) по назначению невролога, последние три дня в связи с развитием лихорадки и кашля прекратил прием «депакина».

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

11. Больной Ю., 25 лет

Был сбит на улице машиной, получил закрытую черепно-мозговую травму, ушиб головного мозга. В течение 20 минут находился без сознания. На момент осмотра врачом скорой помощи больной находился в сознании, выявлялась нерезко выраженная очаговая неврологическая симптоматика. Был доставлен в неврологическое отделение больницы скорой помощи, где у больного внезапно развился судорожный припадок с потерей сознания, прикусом языка, непроизвольным мочеиспусканием. Через 5 минут припадок повторился. После второго припадка больной находится в коме, припадки повторяются каждые 5-6 минут.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

12. Больная Й., 64 года

Находится на лечении в кардиологическом отделении в связи обострением течения гипертонической болезни. На фоне антигипертензивной терапии уровень АД стабилизирован, планируется выписка больной. Вместе с тем лечащий врач обратил внимание, что последние дни пациентка выглядит подавленной, несколько заторможенной, молчалива, часто сидит на кровати сложив руки на груди, соседи по палате несколько раз видели, как больная плакала, говорят, что она не ходит есть в столовую. При попытке расспросить о самочувствии больная говорит, что «все хорошо». Вечером накануне выписки больная долго сидела на кровати с

застывшим выражением лица, внезапно резко поднялась и стала открывать окно в палате. Была удержана больными при попытке выпрыгнуть из окна.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

13. Больной Ж., 32 года

Был госпитализирован в хирургическое отделение в связи с обострением хронического панкреатита. В связи с упорной тошнотой лечащий врач решил ввести больному 2 мл раствора галоперидола внутримышечно. Через 30 минут после инъекции у больного возникли подергивания в мышцах шеи и лица, развилась сильная тревога и беспокойство. При осмотре врачом пациент сидит на кровати, голова его повернута в сторону и наклонена набок, жалуется, что не может повернуть голову и испытывает сильные болезненные ощущения в мышцах шеи.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

14. Больной Э., 45 лет

В течение двух недель находится в реанимационном отделении больницы скорой помощи в связи с сепсисом. При

осмотре отмечается неадекватное поведение пациента – лежит в кровати с растерянным выражением на лице, не осмысливает задаваемые вопросы, не может назвать свое имя, не понимает, где находится. Речь состоит из отдельных не связанных между собой слов и фраз. Установите диагноз неотложного состояния. Определите тактику неотложной помощи.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

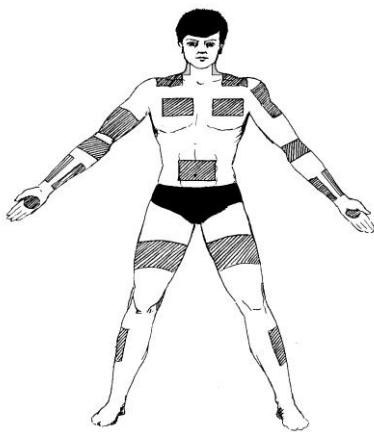


Рис. 6. Локализация татуировок у наркологических больных [8]

Тема 7. Состояния слабоумия

1. Больной Н., 48 лет

Алкоголь начал употреблять во время семейных праздников с 16-17 лет. Во время учебы в профшколе стал пить чаще и иногда доходил до состояния выраженного опьянения.

Окончив ПТУ, начал работать. Часто выезжал в длительные командировки на предприятия пищевой промышленности, в том числе и на ликеро-водочные заводы. Его всюду бесплатно угощали, и месяцами ежедневно приходилось пить водку. Через 3 года у него появилось осознанное влечение к алкоголю, образовался круг знакомых, с которыми имел обыкновение пить по окончании рабочего времени, почти ежедневно. Дозы принимаемого алкоголя все возрастали. Стремление к алкоголю стало компульсивным. Систематически опохмелялся по утрам, чтобы иметь возможность работать. В состоянии похмелья испытывал головные боли, жажду, дрожали руки, плохо соображал. В этот период времени выпивал до 1 л водки в день.

Жена, не выдержав безобразного поведения больного в состоянии опьянения, ушла вместе с ребенком из дома. Начал временами не являться на работу, предварительно извещая своего начальника о том, что он заболел.

Однажды в состоянии опьянения проснулся ночью лежащим на полу под столом. Не мог говорить, хотя обращенную к нему речь понимал. Не мог двигать правой рукой и ногой. Соседями была вызвана «скорая помощь», и больного отправили в неврологическое отделение больницы, где находился 2,5 месяца. За время лечения в больнице паралич правых конечностей не исчез. Речь стала постепенно восстанавливаться через 1,5 месяца. Очень плохо выговаривал слова, часто не мог подыскать нужного термина.

После выписки из больницы дважды лечился в стационарах по поводу неврологических расстройств. Постепенно движение в руке и ноге частично восстановилось.

Больной в ясном сознании. Охотно отвечает на вопросы. Правильно ориентируется во времени, месте и окружающей обстановке. Быстро освоился с отделением: познакомился с больными, вступил в контакт с персоналом.

На какую бы тему ни начиналась беседа, больной обязательно сводит ее к разговору о потреблении алкоголя, а исчерпав запас своих воспоминаний, жалуется на боль в руке и затруднения при ходьбе.

Круг интересов резко сужен. Безразличен к политическим новостям, книгам и даже своей специальности. В отделении часами сидит на скамейке, с наслаждением выслушивая воспоминания других больных о «прелестях» злоупотребления алкогольными напитками. Свое нежелание чем-либо заняться объясняет болями в руке и тут же начинает усиленно растирать пальцы пораженной конечности. Свою нелюбовь к чтению объясняет резью в глазах. Память значительно снижена. Путается в датах собственной жизни, не может запомнить имени и отчества врача, фамилии соседей по палате. В прошлом владел английским языком, но при специальной проверке обнаруживается почти полная потеря этих знаний. При волнении появляется заметное нарушение речи – затруднение в подыскивании нужного слова.

При экспериментально-психологическом исследовании отмечается бедность речи. Сложные фразы повторяет сокращенно и аграмматично. Не различает смысла малопривычных и не опирающихся на конкретное чувственное восприятие словесных структур. Потерял способность оперировать некоторыми абстрактными понятиями. Не может припомнить столиц ряда европейских стран. Из 10 дважды повторенных слов запомнил только четыре. Запоминание пар слов также удается плохо. Счет в обратном порядке очень затруднен. Смысл и назначение отдельных коротких фраз понимает полностью. На свою несостоятельность в решении поставленных перед ним задач дал заметную эмоциональную реакцию – обиделся на лечащего врача. Однако, узнав, что исследование может помочь определить степень снижения трудоспособности, успокоился.

Критика к снижению своих возможностей недостаточна. Высказывает намерение работать переводчиком с английского, хотя при проверке обнаружилось, что он забыл значение самых обиходных слов этого языка. Настроение безмятежное. Довольно легко вызвать у него реакцию благодушия, начав расспрашивать о злоупотреблении алкоголем. Над своим будущим не задумывается.

Неврологическое состояние. Глубокий правосторонний спастический гемипарез. Активные движения обеих правых конечностей резко нарушены из-за пареза; они в особенности минимальны в дистальных отделах. Выраженная диффузная атрофия правой ноги и небольшое исхудание правой руки. Тонус мышц повышен больше в сгибателях руки и разгибателях ноги.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

2. Больная Л., 9 лет

Родилась в многодетной семье алкоголиков, 5-й по счету. До года перенесла пневмонию. Ходить начала в полтора года. Фразовая речь после трех лет. Воспитывалась в детских учреждениях. Всегда была подвижной и беспокойной. В 7 лет поступила в массовую школу. В классе была суетливой, шумливой неорганизованной. После занятий приставала к детям, хватала за волосы, щипала. Временами была раздраженной, пела, кричала. Несмотря на плохое внимание, освоила чтение, хотя читает недостаточно бегло и воспроизводит прочитанное с ошибками. Содержание сюжетных картинок передает с трудом, не всегда может выделить главное. Может совершать арифметические действия в пределах двух десятков. Переведена во второй класс условно.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

3. Больная М., 10 лет

Отец лечился от алкоголизма, мать больна туберкулезом, ведет асоциальный образ жизни. В детстве часто болела, несколько раз лечилась в больницах, перенесла воспаление легких в тяжелой форме, была без сознания. Начала ходить и говорить с 1 года. Воспитывалась в яслях и детском саду. Росла спокойной, медлительной, безынициативной. С детьми общалась мало, не любила подвижные игры. В школу пошла с 7 лет, но не была подготовленной к обучению. Дублировала 1-й класс, во 2-й класс переведена с недостаточными знаниями, учебный материал не усваивает. В классе работает медленно, не умеет отвечать на задаваемые ей вопросы. Во время беседы отвечает не сразу, после длительной паузы, односложно, речь замедленная. Читает медленно, пересказывает прочитанное недостаточно полно, примитивно. Счетные операции совершает только в пределах первых двух десятков, очень долго. Не может перечислить по порядку дни недели и месяцы. Поговорки не осмысливает. Уловить сходство между кораблем и автомобилем и разницу между автобусом и троллейбусом не может.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

4. Больная Н., 8 лет

Отец ранее судим, мать здорова. Ходить начала с 1 года 3 месяцев, отдельные слова появились с 1 года, фразовая речь

сформировалась к 4 годам. В возрасте 7 лет пошла в школу. По мере усложнения программы стала неусидчивой, беспокойной, перестала делать классные и домашние задания, не всегда отвечала на вопросы учителя. Девочка после первого класса не знает всего алфавита, читает только букварный текст и только по слогам, прочитанное не может пересказать. Пишет с большим количеством ошибок, заменяет и пропускает буквы, не заканчивает слова, пишет одно слово вместо другого. Счетные операции совершает в пределах первого десятка. Не знает названия месяца и дней недели. Плохо ориентируется во временных представлениях. Родители воспитанием девочки практически не занимаются.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

5. Больная И., 9 лет

Мать здорова, отец – инвалид, с семьей не живет. С 3 лет воспитывалась бабушкой, жила отдельно от матери. Отдельные слова появились после 1 года, ходьба с 1 года 3 мес. Посещала детский сад, где отмечали косноязычие речи; путает произношение букв в словах, пропускает гласные, путает «ш - щ», «л - р», «г - к». В 7 лет пошла в школу. Однако в процессе учебы сталкивалась с трудностями в овладении письмом, не научилась писать диктанты и изложения. Счетными операциями владеет в пределах 1-го десятка. Простейшие задачи в два действия решать не умеет. За весь период учебы не смогла выучить ни одного стихотворения, не знала сказок. Не знает порядка дней недели и месяцев. Чтение замедленное, по слогам. Прочитанный короткий рассказ не запоминает. Повторить предложение из 18-20 слогов не может.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

6. Больной И., 86 лет

Не ухаживает за собой, нуждается в помощи окружающих и надзоре, так как мало что помнит, с большим трудом называет свою фамилию и имя, но не может назвать число и месяц, месяц и год. Общение с ним затруднено из-за использования многих непонятных слов, бесконечных повторов и запинок речи. Он не узнает родственников, забыл, как пользоваться ложкой. Не может найти ванную комнату и туалет. Испытывает трудности при ходьбе, по сути, прикован к кровати.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

7. Больная М., 75 лет

Члены семьи давно заметили, что ее память становится все хуже и хуже. Она многократно рассказывает одни и те же истории из прошлой своей жизни, часто вспоминает мужа, говоря, как будто он все еще жив. Забывает, что ела утром на завтрак, о чем говорили пять минут тому назад. Плохо улавливает тему разговора, часто путается, при этом начинает сердиться и может быть даже агрессивной. Ее семья все

покупки делает за нее, так как она ошибается в подсчете денег. Перестала убираться в квартире, забывает принять ванну (душ). Последние пять лет она прекратила общение со своими друзьями, очень редко покидает свою квартиру. Эпизодически обвиняет близких в воровстве личных вещей и в предвзятом к ней отношении.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

8. Больной П., 75 лет

Всю жизнь успешно работал научным сотрудником, но в связи с трудностями в выполнении заданий и принятия решений был переведен на должность заведующего музеем в институте. При осуществлении сложных видов деятельности (написать письмо, отчет) прибегает к помощи других сотрудников. Стал испытывать трудности в поддержании разговора. Были случаи, когда терялся не только в незнакомой обстановке, но и в хорошо знакомых ему местах (выходил на другой остановке троллейбуса, не мог сразу найти нужное здание, кабинет, в котором раньше часто бывал).

Он стал настолько забывчив, что его жена должна напоминать ему каждое утро о его делах. Даже с напоминаниями он путает то, что ему нужно делать в течение дня. Он меньше интересуется своими любимыми делами за исключением домино, в которое он еще иногда играет во дворе. Когда он играет, то друзья (окружающие) помогают ему делать правильные ходы, напоминают детали игры, счет. Он стал забывать имена знакомых людей, хотя всегда отличался отменной памятью на имена и фамилии.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

9. Больная Ф., 65 лет

Продолжает работать медсестрой, но в последнее время стала испытывать трудности в выполнении профессиональных обязанностей из-за легкой забывчивости (постоянно забывает заполнять журналы на дежурстве, карты наблюдений за больными, не помнит полностью, что было на дежурстве, имеются затруднения в ориентировки во времени). Раньше успешно решала кроссворды в специальном журнале, были случаи, когда даже выигрывала денежные призы, но теперь не может найти нужные слова, разгадать даже легкий кроссворд до конца). Потеряла интерес к чтению. Изменилась по характеру: стала обидчивой, эгоистичной; временами конфликтна; не такая активная и инициативная, как прежде. Частенько ошибается при оплате коммунальных услуг за квартиру, появились трудности с планированием семейного бюджета, в остальном с ведением домашнего хозяйства в целом справляется.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

10. Больная В., 36 лет

Лежит все время в постели, отвернувшись к стене, ни с кем не общается, с врачами вступает в беседу лишь изредка, чаще закрывается с головой, ничем не интересуется. В поведении крайне манерна. Неадекватный смех, жалуется на голоса, которые ее беспокоят. Персонал, проходя мимо, действует на нее. Врачи над ней издеваются, так как завидуют ее спокойному образу жизни.

Однажды почувствовала присутствие в постели мышей, через ее тело проходят радиоактивные токи, от них койка колеблется. «Читает на расстоянии мысли». Нижняя челюсть увеличивается, голова уменьшается, руки удлинняются. Память снижена, не может назвать основных дат. Растеряла полученные знания. Считать отказывается. При чтении не улавливает смысла, иногда кто-то обрывает мысли. Говоря о любви к живописи, не могла назвать ни одного художника, не могла назвать картин Репина.

При исследовании больная пассивна, вяла, индифферентна, безынициативна, временами неадекватная улыбка, отгорожена от окружающего. С трудом входит в какой-либо контакт, подозрительна, недоверчива, раздражительна, временами злобна. Резко отвлекаема. Процессы работы обычно замедлены, истощаема, продукция снижена, память не нарушена. Ответы вычурны, формальны. Общий умственный кругозор резко сужен, интеллектуальные интересы снижены, глубокая опустошенность, отсутствие восприятия новых впечатлений, интеллектуальные процессы замедлены, затруднены и протекают с большим напряжением. Процессы сообразительности и комбинирования снижены. Процессы осмысления и обобщения в простых заданиях без снижения. Более сложная критика нарушена. Склонность к нелепым рассуждениям, мышление вычурно, парадоксально, разорвано. Невозможность довести мысль до конца. Обнаруживается болезненное мудрствование, резонерство.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

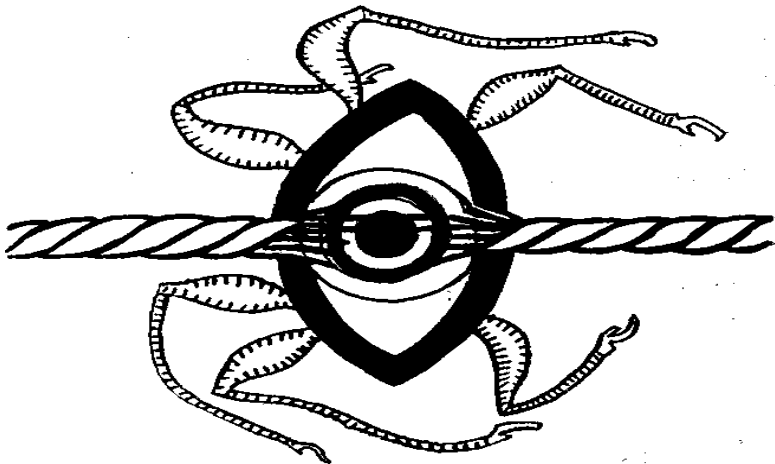


Рис. 7. «Разлука». Символический рисунок больного шизофренией [4]

Тема 8. Эндогенные психозы

1. Больной Г., 30 лет

Первые признаки заболевания появились в 17 лет. К врачам не обращался, надеялся, что все пройдет самостоятельно.

Становился всё более замкнутым по характеру. Друзей нет ни дома, ни на работе. Изредка ходил в кино, на вечера, но девушками не интересовался, убеждён, что из-за болезни не имеет права думать о создании семьи. Живёт с матерью и братом, но чувствует себя одиноким и чужим. С матерью холоден, относится к ней с некоторым пренебрежением, считает, что она не понимает его. Распадение и складывание слов, сомнения, не оставляли больного все эти годы. Ощущение изменчивости – собственной и окружающего – периодически то

усиливалось, то ослабевало. Появились навязчивые воспоминания событий прошлой жизни и при этом с сомнением – были ли они в действительности или нет. Появилось также желание что-либо сделать с собой или окружающими, особенно с матерью – ударить или убить её. Понимал и знал, что никогда не сделает этого, но избавиться от таких желаний не мог, хотя и пытался убеждать себя в их нелепости, отвлечься и не думать о них. Несмотря на это, продолжал работать и только через шесть лет в связи с резким усилением (патологических) ощущений и страха вновь обратился к психиатру. В последнее время стал представлять себе образно, как в кино, картину, как он убивает или бьёт кого-то. Возникла мысль, что это будет приятно, хотя знал, что никогда этого не совершит.

В отделении спокоен, общается с окружающими больными мало. Жалуется, что трудно говорить, читать и писать, невозможно думать. Поясняет, что все слова распадаются, не может уловить их основной смысл, все мысли заняты только тем, чтобы соединить слово, что он устаёт от этих «соединений» и думать ни о чём не может. Говорит, что «голова часто пустая», нет никаких мыслей.

Постоянно сомневается во всех своих поступках и сказанных словах, «проверяет себя», тревожат мысли и желание сделать что-либо плохое. Эти мысли и представления особенно усиливаются, когда приходит на свидание мать.

Рассказывает о беспокоящем его чувстве изменённого себя и окружающего. Сообщает, что время и пространство воспринимаются им обычно, а сам себе он кажется «как будто свалившимся с другой планеты». Отмечает, что видит всё окружающее как бы впервые, не может понять его. Говорит, что у него возникает желание что-либо с собой сделать, например выброситься из окна, или возникают мысли о мужеложестве; при этом стыдится таких мыслей, испытывает неприятное чувство внутреннего протеста. Уверяет, что на самом деле он этого не хочет, это ему неприятно, но преодолеть эти мысли он не может. Боится, что окружающие догадываются об этом. Понимает нелепость этих мыслей, борется с ними, осознаёт, что всё это – болезненные явления. Сетует, что лечение ему не

помогает, что он потерял надежду на выздоровление, что всё чаще у него появляется страх «сойти с ума» и попасть в «буйное отделение».

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

2. Больной Р., 40 лет

Болен с 15 лет. Многократно лечился в психиатрической больнице без заметного улучшения.

Всё время проводит один, сидит на корточках на скамейке, уткнув голову в колени, о чём-то разговаривает сам с собой, заявляет, что разговаривает с «народом». Окружающие – агенты, мать ненастоящая. Неадекватно улыбается. Иногда дурашлив, отказывается от еды, ест из рук персонала. По вечерам забирается в туалет, раздевается догола, поливается водой. В последнее время больной манерен, гримасничает, принимает вычурные позы, отворачивается от собеседника, совершает стереотипные движения рукой, как будто поглаживает голову, нелепо смеётся, равнодушен к беседе. Вначале не отвечает на вопросы, отворачивается от врача, позёвывает, стереотипно трёт голову, затем начинает односложно отвечать на вопросы, по мере беседы постепенно становится более многословным, речь непоследовательная, разорванная. Заявляет, что он – сын двух матерей: одна «советская», другая «на подмостках рынка была». Здесь его навещает «советская», а другая «спит непробудным сном». Спустится Бог, «Бог – разум человеческий». «Все ответы есть на планете, однако говорить об этом нельзя, это государственная тайна». Он нашёл новое, перед ним открылось его будущее и прошлое. Всё это произошло под влиянием марсиан, которые действуют на него лучами, говорят с ним.

Ещё в 1998 году сосед Иван Михайлович преподнёс ему рюмку водки и показал «булат», а значит он – человек будущего. Это было знаком марсиан. В том же году, когда он однажды лежал дома, что-то переменилось в мозгу, в организме, что-то новое он ощутил в себе, и одновременно от лампы разбежался свет. Тогда он не обратил внимания на происшедшее, но теперь знает, что с того момента связан с марсианами.

Связь с марсианами осуществляет головой и ушами, послушен им и не может выдать всех тайн, с их помощью постиг науку, до них был малограмотным, а они его обучают, разговаривают с ним. Его роль – будущее. Знает, что пошлют с Марса лучи. Это нужно для науки, будущего. Он – суперпередатчик, отражает лучи от марсиан и передаёт их обратно. Всё это больной говорит улыбаясь. Опасается, что врачи его расспрашивают неспроста. Больным себя не считает.

В отделении ни с кем не разговаривает, уединяется, сидит в стороне, подолгу сохраняет одну и ту же позу или стереотипно часами ходит по коридору. Отказывается от еды, ест только из рук персонала, при кормлении не сопротивляется, быстро глотает предлагаемую ему пищу. За своей одеждой не следит. Лекарство принимает пассивно. Физическое состояние – без значительных отклонений.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

3. Больной Ч., 45 лет

Лечился в психиатрической больнице 6 раз.

Последний приступ начался за 2-3 недели до поступления в клинику. Появилась повышенная говорливость, подвижность, часто уходил из дома, останавливал на улицах прохожих,

бранился, во все вмешивался, писал жалобы в полицию, МВД. Временами становился раздражительным, злобным, проявлял агрессию. Последние дни плохо спал.

В больнице ориентирован во времени, месте и окружающем. Обманов чувств нет. Легко вступает в контакт, отвечает по существу, но, начиная отвечать на вопрос, сбивается, перескакивает с темы на тему. Внимание отвлекаемо. Многоречив, темп мышления ускорен, ассоциации по смежности, сходству и созвучию, рифмует, свою речь сопровождает богатой мимикой и пантомимикой. Стремится доказать, что он здоров, что его в больницу поместили напрасно. Имеется переоценка своей личности. Считает, что он хороший профессионал, прекрасно разбирается в людях, знает медицину и другие науки. Приводит цитаты, пословицы. Говорит, что он занят научной работой, пишет книгу на тему: «Сознательное и бессознательное в природе и обществе». Настроение повышенное, но легко раздражается, бывает гневлив. Собирает различные бумажки, лоскутки, складывает все это в коробку, которую украшает яркими ленточками и бумажками.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

4. Больная С., 40 лет

Первый приступ болезни возник после родов. Через три года стала плохо работать, делала ошибки, была задумчивой, тревожной, не спала, мало ела. Считала себя преступницей, просила прощения у родителей. Была помещена в больницу.

Слышит детские крики за стеной, считает, что из-за нее убивают детей. Память не нарушена. Мышление крайне замедлено, говорит тихим голосом, ответы дает после длительной

паузы, односложные. Высказывает идеи самообвинения, самоуничтожения. Обвиняет себя в смерти мужа. Считает себя плохой матерью, «распутной» женщиной, лентяйкой, всю жизнь плохо работавшей, недостойной находиться в больнице, говорит, что врачи ее презирают, она не должна есть, так как этого не заслужила. Настроение снижено. Мимика скорбная. Два раза пыталась совершить самоубийство, наносила себе различные увечья. Отказывалась от еды. Двигательно заторможена. Мало спит.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

5. Больная П., 49 лет

Три года назад были неприятности на работе, которые доставляли больной много волнений. Помимо основной работы, еще подрабатывала дополнительно. Ухудшились аппетит и сон. Чаще стали появляться неприятные ощущения в животе. Волновалась, снизился интерес к семье, все больше сосредоточивалась на своем здоровье. Стал снижаться интерес и к работе.

Постепенно состояние больной еще более ухудшилось. Врачи-интернисты установили у больной анацидный гастрит. Больная стал подозревать, что у нее рак. Появились страхи, угнетенное настроение, подозрительность. Расстроился сон, стало трудно глотать пищу, утверждала, что пища не проходит. Была направлена в психиатрическую больницу. Там к вышеуказанным проявлениям присоединились жалобы на «приливы жара к голове и груди». Находясь на койке рядом с больной, имеющей кожные высыпания, стала утверждать, что и у нее есть венерические заболевания. Требовала, чтобы у нее провели исследование всего организма и взяли все анализы.

Тревога нарастала. На фоне лечения больная стала утверждать, что голова у нее сделалась железной, лопнул желчный пузырь, сгорели все внутренние органы. Стала заявлять, что она теперь бессмертна, вечна, вся ее трагедия в том, что она никогда не умрет. Просила, чтобы ей сделали смертельный укол.

У больной сниженное настроение, тревожна, ипохондрична. Охает, стонет, временами мычит, заламывает руки, отказывается от еды и лечения. Утверждает, что все тело переродилось. Успокоению и разубеждению не поддается.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

6. Больная Ю., 50 лет

В течение двух последних лет, на фоне климакса, появились подозрения в плохом к ней отношении соседей, в желании нанести ущерб, вредить или притеснять в правах и жизненном пространстве. Убеждена в том, что они проникают в ее комнату, подменяют, прячут или воруют вещи, но делают это обычно не для обогащения, а с целью издевательства, для того, чтобы «выжить» ее, сделать ее больной, ускорить ее смерть и т.п. Имеет отдельные факты, что ее хотели отравить газом, который соседи пускают в комнату через щели, дверь и т.п. Главным «мотивом» преследований и издевательств является, по ее мнению, стремление соседей лишить ее квартиры, чтобы поселить там свою дочь с ее семьей.

Считает, что соседи – «темные люди», преступники, спекулянты; ведут распутный образ жизни. В то же время больная убеждена, что ее оговаривают, распространяют о ней порочащие слухи. Больная установила дополнительные замки на дверь, спит при открытом окне для защиты от «газа».

Несколько раз писала очень детальные и обстоятельные заявления в полицию и другие органы с жалобами. Преобладает оптимистический фон настроения, но временами отмечаются тревога и подавленность. Вне «конфликтной ситуации» больная сохраняет социальные связи, обслуживает себя, полностью ориентируется в бытовых вопросах.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

7. Больная П., 57 лет

Психическое заболевание началось в возрасте 20 лет. Постепенно без видимой причины нарастала тоска. Стала менее активной, медлительной в беседе; при проведении урока не укладывалась в определенный срок, монотонно излагала материал, не было прежней выразительности и живости в мимике, моторике, речи. Перестала интересоваться окружающим. Испытывала тоску, появились «мрачные мысли». Мало двигалась, работала с большим трудом, подолгу отдыхала. Перестала следить за своей внешностью. Такое состояние продолжалось несколько месяцев, потом постепенно стала «возвращаться к жизни». Вновь стала живой, общительной, веселой; вернулись все прежние интересы. Умственные способности сохранились полностью, хорошо справлялась с педагогической работой.

Через три года – второй приступ тоскливого состояния, который продолжался около шести месяцев. Выход из болезненного состояния был постепенным. В светлом промежутке обнаружила прежнюю живость, активность и работоспособность. Восстановился аппетит, деятельность кишечника, прибавила в весе.

Через пять лет – третий приступ болезни. Целыми днями лежала в постели, обнаруживая общую заторможенность, малоподвижность, бедность моторики, мимики. Жалобы на тоску, «мучительные страдания», упадок энергии, потерю работоспособности. «Одолевают мрачные мысли», казалось, что никогда не будет здоровой, все погребено безвозвратно, ее гибель от болезни неминуема. На лице постоянное выражение страдания, в глазах слезы. Голос тихий, дрожащий, монотонный. Охотно пытается отвечать на вопросы, но говорит медленно, с задержками, мысль течет вяло, замедленно, речевая продукция скудна. Аппетит резко снижен, частая задержка стула. Плохой сон. Такое состояние продолжалось 6-7 месяцев.

Через несколько лет стала чрезмерно веселой и беспечной, работала в библиотеке «за семерых», проявляя необыкновенную энергию. Возвратившись домой, болтала без конца, перескакивая с одной темы на другую, постоянно смеялась, строила большие планы своей жизни. Давала советы родственникам, как жить, распевала песни, танцевала, вмешивалась в дела, не имеющие к ней отношения. Разыскала всех своих старых подруг по гимназии, перезнакомилась со многими новыми людьми. Возбуждение постепенно нарастало; потеряла сон, похудела, не могла справляться с работой. Была стационарирована в психиатрическую больницу.

В клинике возбуждена, суетлива, все время находится в движении, ни минуты не сидит на одном месте. Спит не более 2-3 часов в сутки. Настроение повышенное, веселое, на лице постоянная улыбка. Голову и пояс украшает цветами, пудрит лицо мелом, свеклой из винегрета красит губы, кокетливо улыбается проходящим мужчинам; при этом поведение становится развязным, громко смеется, иногда цинично выражается. Многословна, крайне быстро говорит, отвлекаясь, перескакивает с одной темы на другую, тут же поет, декламирует стихи, изображает различные сцены из оперетт, не смущаясь присутствием людей.

В высказываниях больной отмечается переоценка собственной личности и снижение критики к своему состоянию. Не имея на то основания, заявила, что она кандидат

исторических наук, близко связана со многими выдающимися людьми, она – поэтесса, драматург.

Временами больная становилась злобной, легко возбудимой, набрасывалась на больных с кулаками, но быстро опять становилась веселой, добродушной.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

8. Больной С., 37 лет

С детства отличался своеобразными чертами характера. Был очень способным, жизнерадостным, активным, подвижным, очень впечатлителен, на все живо реагировал; всегда много говорил, любил общество детей; в играх был зачинщиком и руководителем.

В школу поступил 8 лет, учился блестяще, «брал памятью, сообразительностью», дома занимался мало. После посещения театра почти не спал, вспоминая игру артистов. Имел много друзей, всегда был с ними откровенен, пользовался у них авторитетом. В школе был организатором физкультурного кружка, устраивал различные вечера, играл сам в оркестре, выступал на собраниях, не испытывая никакого смущения.

В 17-летнем возрасте весной почувствовал себя плохо. Появилась без видимого внешнего повода тоска, не мог заниматься в школе, не находил себе места, возникли мысли о самоубийстве. Все забросил, бесцельно бродил по городу. Делился своими переживаниями с товарищами, искал поддержки. Усилиями товарищей, которые занимались с ним, сдал несколько экзаменов, получил две переекзаменовки. Такое состояние длилось около шести недель. К врачам не обращался, не считал это болезненным проявлением.

Осенью того же года переживал состояние подъема, наступившее без видимого повода. Настроение стало повышенным, веселым. Сделался активным, деятельным, общительным, строил планы жизни, хотелось жить, много сделать. Наверстал упущенное в учебе, быстро все схватывал, понимал, но иногда отвлекался. Несколько недель спустя это состояние исчезло и наступило обычное настроение с хорошей работоспособностью.

С тех пор стал испытывать непродолжительные колебания настроения: весной оно чаще становилось тоскливым, осенью – повышенным. По окончании средней школы поступил на электротехнический факультет. Вначале учеба пошла очень успешно, но к концу первого курса появилась «хандра», тоскливое состояние. Не мог продуктивно заниматься, хотя сидел за книгой буквально дни и ночи. Зачеты не сдал, остался на второй год на первом курсе. В состоянии депрессии бывали иногда светлые дни. Всегда с утра чувствовал себя хуже, к вечеру состояние несколько улучшалось. Иногда какое-либо внезапное извещение или важное задание выводило из состояния депрессии, вновь становился работоспособным. Обычно с тех пор после депрессии наступал постепенный переход к повышенному настроению на несколько дней или недель. На третьем курсе в связи с повторным упадком настроения, активности и работоспособности остался на второй год. К врачам не обращался, рассматривая эти явления как «свойство нервной системы», а не приступ болезненного характера. Товарищи считали его «человеком настроения». Когда улучшалось состояние, вновь много и с увлечением занимался, принимал активное участие в общественной работе.

По окончании вуза работал на заводе в качестве инженера.

Через два года пережил период экзальтации. Познакомившись с «увлекательной и высокоинтеллектуальной» женщиной, почувствовал подъем. Был возбужден, на работе его не узнавали – так хорошо работал, казалось, мог «перевернуть весь мир», «в голове вертелось, бродило много изобретений». Были мысли, что он может и должен стать изобретателем, художником. Посещал все музеи, выставки,

интересовался «буквально всем», особенно искусством. Пытался провести в жизнь все свои замыслы, но не хватало последовательности, концентрации внимания, усидчивости. Затем наступило обычное состояние.

Впервые был стационарирован в психиатрическую больницу в состоянии пониженного настроения, продержавшегося около двух месяцев. После выписки из больницы вновь стало постепенно нарастать состояние подъема, продолжавшегося около двух месяцев. За этот период внес на работе несколько рационализаторских предложений, представил проект изобретения автомата «справочное бюро по городу», писал статьи в газеты, выступал на собраниях. Мысли текли быстро, четко, образно, работал днями и ночами, не испытывал никакой утомляемости. Обычно после периода повышенной активности наступало ровное настроение, державшееся несколько месяцев.

В период очередного тоскливого состояния дважды стационарировался в психиатрическую клинику, после чего вновь возвращался к работе и хорошо с ней справлялся.

В клинике был в подавленном состоянии. Угнетен, тосклив, много времени проводит лежа в постели, на диване, или ходит по коридору медленными шагами, опустив голову, мало общаясь с больными. Утром заторможен, с трудом встает, «трудно заставить себя подняться с постели», но к вечеру оживляется, легче двигается, больше общается, даже шутит с больными, смеется, рассказывает анекдоты. В период от месяца до двух болезненные явления полностью прошли, и больной был выписан прямо на работу.

Память и интеллект полностью сохранены.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

9. Больная Г., 21 года

Заболевание началось в 17-летнем возрасте. В 9-м классе снизилась успеваемость. Постепенно нарастала вялость, падала активность, суживался круг интересов, ухудшались умственные способности: «ничто не интересовало», стала апатичной, равнодушной к учебе, своему состоянию, родственникам. Появилась замкнутость, избегала общения с людьми, стала эмоционально холодной. Учебу в средней школе продолжала, но чтобы преодолеть рассеянность и усвоить материал, приходилось затрачивать значительно больше времени, чем прежде. Иногда путались мысли: «в голову лезут посторонние мысли», «трудно додумать до конца», «невозможно сосредоточиться».

С большим трудом окончила среднюю школу, поступила в вуз, но на II курсе уже не могла учиться в силу нарастания слабости, безразличия, безволия и снижения умственных способностей.

Иногда бывали оклики, появлялась недоверчивость к людям; выраженного бреда и галлюцинаций не было.

В клинике вела себя правильно, но отмечалась большая вялость, пассивность, безынициативность, отсутствие заинтересованности в лечении, беседе с врачом, безразличие к людям. Не было желаний, стремлений и побуждений к деятельности. Круг интересов сужен, эмоциональная притупленность. В беседе делает остановки, теряет нить мысли, отсутствует собранность и последовательность в изложении мыслей, выявляется растекаемость мышления. Критика к своему состоянию снижена.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

10. Больная Д., 19 лет

В детстве развивалась нормально, была ласковым, отзывчивым, но застенчивым ребенком. Восьми лет поступила в школу, училась очень хорошо. В 9-м классе вынуждена была учиться экстерном и работать на производстве.

Психическое заболевание началось в возрасте 18 лет после того, как больной сказали, что у ее матери рак. Стала тревожной, жаловалась, как и мать, на боли в животе. Что-то душит, нос отваливается, в носу много горошин; не спала ночами, плохо ела. После того как мать вернулась после операции в хорошем состоянии, больная выразила радость, но перестала вставать с кровати. Она «онемела», внутри у нее «все замерзло», «захватило горло», «отнялись ноги». Продолжала неподвижно лежать в постели, заявила, что у нее в голове электрический ток и вся комната опутана электрическими проводами. После кратковременного психомоторного возбуждения впала в ступор. Перестала отвечать на вопросы, все время лежала, отказывалась от еды.

В клинике безучастно лежит в постели, застывает в полусидячем положении, надолго сохраняя неудобную позу, часто и продолжительно держит голову над подушкой. Совершенно не отвечает на вопросы, не реагирует, если ее окликают, отворачивается к стене, сопротивляется всякому обследованию, отказывается от еды. При попытке ее накормить активно сопротивляется, задерживает пищу во рту, стискивает зубы, плюется. Сопротивляется, когда меняют белье. С большим трудом удалось взять кровь для анализа. Иногда больная часами сидит в одной позе, гримасничает, улыбается, щурит глаза, складывает губы в виде хоботка. Затем укрывается одеялом с головой или укладывается в постель, держа голову на весу, принимая однообразную, неудобную позу. Если искусственно придать совершенно неудобное положение членам ее тела, например одну руку приподнять, другую отвести в сторону, приподнять ногу и т.п., больная продолжает лежать, не реагируя, застывая в приданной ей позе. Иногда бывает неопрятной в постели. Находясь в неподвижном состоянии, не выявляет никаких желаний.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

11. Больная У., 23 лет

Училась на I курсе вуза посредственно, но к концу учебного года стала испытывать затруднения при усваивании и запоминании учебного материала, едва перешла на II курс. На лице появилась «растительность», что очень травмировало больную. В третьем семестре не сдала некоторых предметов и была отправлена на повторное обучение. Состояние резко изменилось. Появилось психомоторное возбуждение с нелепым поведением. Заявила, что декан факультета – ее брат, не узнавала отца, утверждая, что у нее другой отец. У нее «атрофировались груди и руки», теперь ее «никто не возьмет замуж», хотя она имеет «семь женихов». Высказывала суицидальные мысли, угрожала отцу убийством. Заявила, что вокруг все отравлено, требовала сменить белье, одежду, окружающие ее предметы, отказывалась от еды, пряталась от людей. По пути в клинику сообщила матери, что в автобусе все люди заражены сифилисом. В состоянии возбуждения разбила окно, пыталась бежать.

В клинике обнаружила нелепое и дурашливое поведение: то была возбуждена, беспричинно смеялась, манерно расхаживала по отделению, гримасничала, набрасывала волосы на лицо, плевала по сторонам, делала руками и ногами какие-то символические движения, то становилась напряженной, подозрительной, заявляла о чьих-то попытках ее отравить. Говорила о том, что ее преследуют, что на нее оказывают влияние, вызывают запоры, задержку мочи, преследующие ее лица издают разнообразные звуки, специально заводят патефон и т.д. В бе-

седе проявляет резонерство, иногда говорит бессвязные фразы: «Кто я?.. Никто я... Я Цаля... не понимаю, я белая или красная».

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

12. Больная Л., 42 лет

Стала ревновать своего мужа к его сотрудницам. Подслушивала его телефонные разговоры. Часто заходила как бы «случайно» к нему на работу, пытаясь найти подтверждения его неверности. Не отпускала его одного вечером на заседания, ездила с ним вместе. Посылала к нему на работу записки с требованием немедленно явиться домой. Желая вызвать у мужа чувство ревности, больная стала ходить по улицам за одним незнакомым мужчиной, как будто с целью познакомиться. Но, заметив, что он ходит по магазинам и ничего не покупает, решила, что он шпион. Появилась также мысль, что и муж ее является «предателем». С этого времени стало казаться, что ее муж говорит с сотрудниками «зашифрованным языком» и пишет какие-то «зашифрованные бумаги». Была уверена, что ее муж, узнав о том, что она открыла принадлежность его к «тайной организации», хочет от нее избавиться. Все мероприятия мужа, направленные на ее лечение, истолковывала как его стремление умертвить ее. Приглашенные врачи казались участниками заговора против нее. По ночам больная испытывала на себе действие каких-то электрических стрел, которые исходили с потолка.

Все явления стали иметь для нее особое значение: «стукнет дверь, зашуршит бумага» – все казалось «знаками шифрами».

По вечерам запрещала зажигать свет, так как при помощи его лучей, по мнению больной, на нее действует «тайная организация» и читает ее мысли.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

13. Больная М., 22 лет

Настоящее заболевание началось через 10 дней после родов. Резко изменилось поведение: появилась тревога, страхи, порывалась куда-то уйти, отталкивала от себя ребенка, не хотела его кормить, пыталась укусить его. Казалось, что за ней приедет карета и увезет ее в тюрьму. Отказывалась от еды.

Лицо больной выражает растерянность, страх. Глаза широко раскрыты, немигающим взглядом смотрит на окружающих. Все вопросы, обращенные к больной, остаются без ответа. Негативистична, не позволяет себя осмотреть, сопротивляется кормлению. Все движения крайне заторможены и ограничены в объеме. Подолгу остается в одной позе, неопытна мочой и калом. В дальнейшем общая заторможенность больной усилилась до состояния полной обездвиженности.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

14. Больная Г., 47 лет

Ориентирована в окружающем. Большую часть дня в движении, бродит по отделению, что-то бормоча. Изредка не встает с постели, постоянно требует прогулки, в саду собирает ветки, пытается сажать кусты, не считаясь с почвой. Так, однажды вырвала куст сирени, так как «он сидел не на месте», и посадила его в кучу мусора. В беседе продолжает свои однообразные высказывания или заявляет многочисленные жалобы. Часто сердится, когда с ней не соглашаются, но без какого-либо аффекта. Навязчива, критики к своему состоянию нет, считает себя здоровой: «всех вас надо расстрелять за то, что заперли золотую деву». Говорит, что будто видела ангелов. Высказывания носят нелепый, разорванный характер, она осуществляет свою агрономическую теорию: разводит в саду костер из сухих листьев; начинается тяга, происходит «химизм», и увеличивается в 6 раз производительность земли. Правда, рост растений тормозится «антихристом», но скоро вырастет «лотос Христос». Вместо клиники она решила устроить убежище для престарелых женщин, издает приказы, ликвидирующие клинику и назначающие ее заведующей. Отвлекаема. Внимание ее нарушено, счет с ошибками. Следит за газетами, передает правильно о ряде событий. В спонтанных высказываниях разорвана, нелепа, много неологизмов.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

15. Больная С., 56 лет

В возрасте 49 лет стала жаловаться сестре, что соседи по квартире плохо к ней относятся. В доказательство приводила случай, когда поздно вернулась домой, забыв ключ, звонила,

стучала, а соседи ей не открыли. Считала, что это сделали специально, хотя соседи говорили, что ничего не слышали, так как спали. Заявляла сестре, что соседи хотят ее выжить, чтоб самим занять квартиру, сообщала факты преследования. Стала замечать, что сосед портит ей замки. Считала, что он заходит к ней в комнату, когда она находится на работе и портит ее вещи. В связи с этим указывала на выщербленный край у тарелок, бокалов, ржавые пятна на белье, выдернутые нитки и др.

Через некоторое время стала замечать, что преследование не ограничивается порчей имущества. Соседи стали подсыпать ядовитые вещества в пищу (в суп подсыпали отраву, больная ела и чувствовала жжение на языке). Рассказывала, как сосед подсыпал ей отравляющее вещество в таз с водой, в котором она мыла голову (поэтому сильно стали выпадать волосы).

Неоднократно жаловалась в милицию, пыталась обменять комнату. Получила отдельную однокомнатную квартиру, очень радовалась этому, так как надеялась, что у нее будет спокойная жизнь. Однако и здесь сразу начались преследования со стороны соседей, которые жили этажом ниже. Считает, что существует целая шайка, которая занимается темными делами. Слышала, как соседи говорили, что ее надо убить. Голоса соседей слышит через стену или через раскрытое окно. Была стационарирована в психиатрическую больницу.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.



Рис. 8. «Отчаяние». Рисунок больной в состоянии реактивной депрессии [4]

Тема 9. Пограничные ПР

1. Больной Б., 42 года

Непосредственно развитию заболевания предшествовали смерть старшего брата и семейные неурядицы. Однако нарушение нервного равновесия, по словам больного, наступило несколько ранее в связи с серьезной служебной неприятностью, повлекшей за собой административные порицания и понижение по службе.

Собственно с этого времени у больного постепенно появилось сниженное настроение, нарушился сон, тревога. Вскоре к этому присоединились жалобы на боли в эпигастриальной области, в правом подреберье, по ходу толстого кишечника. Почти постоянное лечение, в том числе повторное в соматических стационарах у гастроэнтерологов, не сопровождавшееся улучшением, привело к еще большему усилению тревоги, ухудшению сна, формированию

представления о безнадежности своего состояния. Стало трудно справляться с работой.

Удовлетворительного питания, тоны сердца приглушены. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Стул с наклонностью к запорам. В остальном без какой-либо патологии со стороны внутренних органов. Симптомов органического поражения центральной нервной системы не установлено. Наблюдается нерезко выраженная вегетативная лабильность.

Больной тревожен и напряжен, выражение лица тоскливое. Ипохондричен, постоянно прислушивается к своим ощущениям, которые описывает подробно и образно. Пытается искать их причину. Высказывает уверенность в том, что он страдает тяжелым соматическим недугом. Ищет помощи, но сомневается в возможности излечения. Не верит в свои силы, болезненно переживает свою несостоятельность. Спит только со снотворными. Уже во время пребывания больного в отделении отмечены нерезко выраженные суточные колебания настроения с улучшением к вечеру.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

2. Больная И., 32 года

Жалобы на ощущения давления, жжения, рези в области мочевого пузыря и промежности, императивные, зачатую безрезультативные, позывы к мочеиспусканию, страх не удержать мочу, особенно в общественных местах. Хотя с больной ни разу такого не случалось, навязчивый страх не удержать мочу вынуждает ее избегать кино и театров, а маршруты передвижения по городу выбирать с учетом наличия общественных туалетов. Со слов больной, она знает места

расположения всех общественных туалетов города. Перед выходом из дому или с работы больная обязательно посещает туалет, хотя нередко содержимое мочевого пузыря оказывается ничтожным.

Больной себя считает с 20 лет. Впервые описанные симптомы появились после длительного приема мочегонных препаратов, которые пациентка принимала по совету подруги, фельдшера по образованию, с целью похудения, на фоне эмоционального напряжения: муж выразил неудовольствие ее полнотой. В возрасте 23 лет после простуды, сопровождавшейся дизурическими явлениями, возникли постоянные боли и неприятные ощущения в области мочевого пузыря и промежности, интервалы между позывами к мочеиспусканию резко сократились. Многократно обследовалась и лечилась в урологических и гинекологических отделениях. Эти обследования не подтвердили органической патологии мочеполовой сферы, а лечение оказалось малоэффективным.

Пациентка родилась в семье военнослужащего младшей из двух детей. Мать работала в торговле. Отец был строгим, требовал неукоснительного и немедленного выполнения своих указаний, наказывал за малейшую провинность. Был ревнивым, и в доме часто выяснялись отношения между ним и матерью. Больная росла обидчивой, легкоранимой, вспыльчивой, нетерпимой к слабостям других. Воспитание в обстановке многочисленных запретов способствовало формированию у пациентки жесткой нормативности, системы внутренних запретов, которые прежде всего относились к сфере сексуальных отношений. В подростковом возрасте отмечает эпизоды мастурбации. Интерес к мужчинам пробудился рано, сразу после окончания школы. Когда ей еще не исполнилось 18 лет, вышла замуж, но не за высокого и красивого, о каком мечталось. Муж привлек ее внимание тем, что был внимательным и расточал комплименты. Решила, что жить с ним будет легко, хотя и без любви. Не испытывая влечения к мужу, была с ним холодна в интимных отношениях, старалась избегать их под разными предлогами. Через год родила сына. После родов и кормления грудью располнела.

Заболевание развилось в период увлечения соседом по дому. При встрече с ним испытывала приятное волнение и сексуальное напряжение, однако отвергла его ухаживания, так как страшила мысль о грехопадении, болью отзывались в памяти оскорбительные слова, которыми наделял таких женщин ее отец. Вскоре на фоне приема мочегонных препаратов возникли и зафиксировались патологические явления со стороны мочевого пузыря. Вследствие развития и утяжеления заболевания мочеполовой системы стала отказываться от выполнения супружеских обязанностей, к чему муж отнесся вначале весьма негативно, и между ними часто возникали ссоры. Только в последние годы отношение мужа к ней изменилось, он стал ухаживать за ней как за больной, жалел, подчинялся ее деспотическим требованиям, выполнял ее капризы, не настаивал на сексуальной близости.

Легко вступает в контакт, старается произвести на собеседника хорошее впечатление. Одевается со вкусом, всегда красиво причесана, крашенная блондинка. Женственна, умеренно кокетлива. О своих бедах врачу-мужчине рассказала не сразу, делая акцент на том, что у нее хронический цистит с цисталгией. Выразила удивление направлению к психотерапевту, но тут же заметила, что согласна на все, что угодно, только бы помогло. Оказалась хорошей собеседницей и по мере установления психотерапевтического контакта стала доверять врачу все более интимные подробности, касающиеся ее болезни и личной жизни. По-ювенильному непосредственна в проявлениях эмоций, несколько экзальтирована, «фантазерка», обидчива и плаксива. Эгоцентрична. Проявляет завидное упорство в достижении цели. В своих неудачах, в болезни склонна винить других: врачей — «плохо лечат», мужа — «из-за его похоти заболела» (частые половые контакты предшествовали появлению первых симптомов цистита). Рассказывая об этом, расплакалась, сетуя на то, сколько ей, еще совсем девчонке, пришлось перетерпеть в первые годы супружества, так как муж не хотел с ней считаться. Только теперь, по словам больной, он стал умнее и не трогает ее, когда она больна. Удалось выяснить, что сексуальные отношения с мужем, который «груб и нетерпелив»,

не доставляют ей радости, всего несколько раз испытала что-то похожее на оргазм. Зато в эротических сновидениях испытывает полную гамму чувств. Психотических симптомов, спонтанных стойких колебаний настроения, в том числе суточных, за все время болезни не отмечалось.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

3. Больная 3., 22 года

При поступлении жаловалась на затруднения при глотании пищи, особенно жидкой, сопровождающиеся неприятными ощущениями в загрудинной области, страх «подавиться и умереть». Кроме того, беспокоило чувство постоянного кома в гортле, общая слабость, поверхностный сон.

Заболела остро год тому назад после того, как во время еды подавилась костью. Возникший страх смерти и нарушения глотания стали повторяться каждый раз при приеме пищи. Обследование в поликлинике на выявило органических изменений пищевода, и больная была направлена в психосоматическое отделение.

Наследственность отягощена неврозом у матери пациентки. Раннее психофизическое развитие без отклонений от нормы. Воспитывалась в основном матерью, властной и стеничной женщиной, часто подавляющей желания больной. В семье была единственным ребенком, поэтому пользовалась повышенным вниманием родителей. В школе училась не очень прилежно. Подготовке к урокам предпочитала игры с подругами. После 8 классов окончила техникум. По характеру была эгоцентричной, общительной, недостаточно уравновешенной. Из-за хронических тонзиллита и фарингита у пациентки часто «болело

горло». В 19 лет вышла замуж. Родила сына. Молодая семья жила у матери больной (отец к тому времени умер). Свои семейные обязанности пациентка выполняла плохо. По этому поводу постоянно возникали ссоры с матерью и мужем. Муж начал злоупотреблять алкоголем, что привело к сексуальной дисгармонии супругов. Затем он уехал в длительную, рассчитанную на полгода, командировку. Больная опасалась, что муж бросит ее и ребенка. Тяжело переживала возникшую ситуацию. После развития заболевания супругу было отправлено письмо с описанием тяжести ее состояния, и он вскоре возвратился домой. Мать также стала внимательнее относиться к пациентке, больше помогать ей.

Сознание ясное, ориентирована правильно, без бреда и нарушений восприятия. Эмоционально лабильна, демонстративна, эгоцентрична, манерна, говорит жалостливым тоном. Фиксирована на функции глотания, несколько ипохондрична, ригидна в своих установках. При лабораторных исследованиях, в том числе рентгеноскопии пищевода и других органов желудочно-кишечного тракта, патологии не выявлено.

После выписки пациентка начала работать. Жила с мужем и ребенком отдельно от матери, снимала комнату. Уход от матери, ранее помогавшей ей, и выход на работу привели к значительному увеличению нагрузки. Это, а также материально-бытовая неустроенность усилили неудовлетворенность пациентки своей жизнью. Сохраняющиеся, хотя и нерезко выраженные, нарушения функции глотания явились причиной того, что однажды во время торопливой еды пища попала в дыхательные пути. От спастического сокращения мышц гортани возникло состояние кратковременного удушья, сопровождавшееся страхом внезапной смерти.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

4. Больной Р., 43 лет

Примерно с 13-14 лет стал несдержанным, вспыльчивым, жестоко избивал товарищей. Если не мог справиться, пользовался камнями, палками; в связи с драками неоднократно имели место приводы в милицию. Во время службы в армии неоднократно были дисциплинарные взыскания за драки с товарищами, пререкания с командиром, невыполнение приказов. С 19 лет начал злоупотреблять алкоголем. В нетрезвом состоянии дебоширил, был агрессивным. Периодически возникали вспышки ярости, во время которых ломал мебель, избивал окружающих, бранился. Подобные аффективные разряды возникали обычно после мелких конфликтов, незначительных ссор. Совершенно не терпел возражений. Каждое замечание вызывало у него гнев. За время своей трудовой деятельности из-за конфликтов с окружающими переменял десятки мест работы. Иногда его увольняли через 1-2 недели после зачисления на работу (за драку в цехе, за отказ выполнить работу и т.п.). Однажды на улице во время ссоры с женой больной вырвал у нее коляску с ребенком и начал неистово трясти ее. Был задержан полицией и направлен в больницу.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

5. Больной В., 33 лет

С детства был боязливым, застенчивым. Смущался и робел в присутствии посторонних, терялся при ответах в школе. Уже на 3-4-м году жизни у него отмечались страхи. После незначительного ушиба требовал, чтобы родители вели его к врачу, так как боялся перелома. В дальнейшем во избежание аварии старался не ездить в троллейбусе; боялся ходить по мосту, подниматься на верхние этажи зданий, выходить на балкон и т.д. Работоспособность была всегда низкой, быстро уставал. Часто наблюдались головные боли, бессонница, различные вегетативные расстройства.

В возрасте 25 лет был впервые помещен в психиатрическую больницу; с тех пор периодически (при ухудшениях) поступает вновь. Ухудшение состояния каждый раз связано с изменением (усложнением) условий жизни: поступал в больницу после окончания института, перед женитьбой, после перемены места работы и т. д. Все предстоящие перемены вызывали у него страх, тревогу; появлялись мысли о своей неполноценности, о том, что сделанное им будет иметь неблагоприятные последствия и т.д. Пытался убедить себя в нелепости, необоснованности своих опасений, превозмогал страх, но состояние продолжало ухудшаться и ему приходилось вновь обращаться к врачу.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

6. Больная В., 19 лет

Направлена в больницу с жалобами на тошноту и рвоту, возникающие при посещении школы и волнении.

Раннее развитие без патологии. В детстве перенесла корь, паротит, коклюш, часто болела ангиной. Воспитывалась дома. По характеру была капризной, раздражительной, упрямой с родителями и в то же время робкой с детьми. В школе училась охотно, с 1-го по 5-й класс была отличницей.

Менструации с 11 лет. Установились не сразу, протекают регулярно, но с сильными болями. Однажды перед школой почувствовала волнение, тревогу, тошноту. После рвоты состояние выровнялось, но позднее перед школой ежедневно испытывала страх и тошноту. Боясь, что рвота возникнет в школе, «на людях», вызывала рвоту искусственно. В терапевтическом отделении тошноты не было, но дома в первый же день опять возникли страх и тошнота перед началом занятий в школе. В воскресенье и каникулярные дни тошнота никогда не появлялась.

Зимой состояние больной ухудшилось. Беспокойство, тошнота и страх стали возникать и в других ситуациях: перед посещением театра, кино, музеев. Перед ответом педагогу также испытывала каждый раз волнение и тошноту.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

7. Больная Д., 23 лет

Обратилась в клинику с жалобами на пониженное настроение, раздражительность, быструю утомляемость, «пропадает голос при волнении или начинаю заикаться».

В школе училась легко, была веселой, общительной, любила, когда ее хвалили. После десятилетки пыталась поступить в вуз, но не прошла по конкурсу. Работала. Ее «все очень любили за веселый и общительный характер». Последние

10 лет в семье была напряженная обстановка: мать ревновала отца, следила за ним, дома постоянно бывали скандалы. «Я всегда понимала, что отец не виноват, но маму было жалко, так как видела, что она мучилась». Три года назад застала мать за приготовлениями к самоубийству. Испугалась, стала ее уговаривать. «Почувствовала свое бессилие, что она меня не слушает, внезапно – начали дрожать руки, потом лицо, потом все тело, все видела, сознание не теряла, но остановить припадок не могла». Позднее при каждом волнении возникал «припадок». После лечения припадки прекратились.

Год назад во время очередной взволновавшей ее беседы с матерью вдруг почувствовала, как «спазм сдавил горло, закружилась голова». Вначале не могла произнести ни слова, потом стала говорить «грубым голосом» и заикаться. После этого мать согласилась лечь в больницу. Заикание продолжалось три дня; больная собиралась навестить мать, оно возобновилось.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

8. Больная С., 19 лет

Поступила с жалобами на поверхностный сон, потливость, сердцебиение, слезливость, раздражительность, головные боли, невозможность сосредоточиться, «плохую память».

С детства была слабой, часто болела. После окончания школы усиленно занималась, готовясь к экзаменам в вуз, сдала их успешно. Несколько часов тратила на дорогу в вуз и обратно (жила в районе, а не в общежитии, так как ухаживала за больной родственницей). Ложилась спать поздно, вставала рано. Перед весенней сессией стала отмечать физическую слабость, потливость, плохой аппетит, раздражительность, обидчивость, слез-

ливость. Сон сделался поверхностным, просыпалась от малейшего шороха. Заметила, что не может сосредоточиться, не запоминает материал, быстро отвлекается, устает, появляется сердцебиение, головная боль — голову «как обручем сдавливает».

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

9. Больной Р., студент 20 лет

Обратился с жалобами на плохой сон, головную боль, «отсутствие памяти», отвлекаемость, раздражительность, быструю утомляемость. С начала занятий на II курсе вынужден был работать ночами; через несколько месяцев ухудшилось самочувствие, появилась слабость, с трудом высиживал на лекциях, плохо засыпал, часто просыпался, стал раздражительным, обидчивым: еле сдерживался, чтобы не наругать или не заплакать при малейшем замечании. Появились головные боли «сжимающего характера». Занимался с трудом, «заставлял себя». Постоянно отвлекался, вынужден был часто делать перерывы и отдыхать. Сессию закончил с большим напряжением. Летом был вынужден работать. Осенью с началом учебы состояние резко ухудшилось.

Больной охотно, подробно, но сумбурно рассказывает о себе. Настроение пониженное, раздражителен, обидчив, часто с трудом удерживает слезы. Шум, яркий свет, громкие голоса, скопление людей вызывают неприятные ощущения, тупую головную боль, сердцебиение и раздражительность. Не может сосредоточиться на изучаемом материале. «Несколько минут слушаю лекцию, затем ловлю себя на мысли, что думаю о другом, и уже не могу сосредоточиться». «Трудно выдержать 2 часа,

хочется двигаться, появляются неприятные ощущения в руках, ногах, во всем теле». Предпочитает идти пешком, чем ждать транспорт. Вид книг и учебников вызывает раздражение. Испытывает физическую и психическую слабость. Спит поверхностно, «мешают звуки», которых раньше не замечал: тиканье часов, шум транспорта за окном, лифта.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

10. Больной Ф., 30 лет

Отец был добродушный, малоприспособленный к жизни. Мать живая, веселая, общительная, с людьми легко уживалась. У больного до 12 лет наблюдалось ночное недержание мочи. Вторичные половые признаки с 14 лет, половая жизнь – с 16 лет, с этого же времени употребляет алкоголь. По характеру добрый, ласковый, общительный, товарищей имел много, все его любили. Был всегда весел и беспечен. Отмечались колебания настроения. В «школе учился средне, так как мало уделял внимания приготовлению уроков. После самоубийства своего товарища хотел последовать его примеру. Окончив 10 классов, поступил в педагогический университет, через год его оставил, заявив, что вуз ему не понравился, считал, что в нем мало получит знаний. В этот период тяжело переживал смерть отца, но быстро успокоился. Поступил в среднее техническое училище, откуда за недисциплинированность был отчислен, и снова поступил в педагогический университет, где учился плохо. Не унывает при своих неудачах, мало беспокоится о будущем. Ведет легкомысленный образ жизни, мечтает стать поэтом. Пытается сочинять стихи.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

11. Больной В., 34 лет

Среди родственников психически больных нет. По характеру в раннем детстве был добрым, заботливым, считался примерным мальчиком, старался всем угодить. В школе был прилежным, дисциплинированным, аккуратным, особенно к одежде, тетрадам, книгам. Старался угодить учителям, которые его любили. На работе был пунктуален, все выполнял четко, по плану. С возрастом характер изменился; стал раздражительным, вспыльчивым, напряженным, грубым с близкими, аффектировался, бывал склонен к агрессии. Говорил, что «если кого возненавижу, то мстить буду до конца». Очень любил девушку, из-за вспыхнувшей ревности пытался задушить ее. Обычно после аффективных вспышек настроение улучшалось, становился услужлив, слащав.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

12. Больной П., 20 лет

Родился в обеспеченной семье, был единственным ребенком. Рос исключительно в женском обществе (мать,

бабушка), общения с детьми не было из-за боязни инфекции. Гулял обычно с матерью или бабушкой и, избегая простуды, на улице разговаривал шепотом, прикрывая рот ладонью. Все время проводил дома среди массы игрушек, книг. В школе учился отлично, проявлял прекрасные способности, но к школьной среде приспособиться не мог. От своих сверстников отличался странностями в поведении, манерой говорить, держался особняком, не мог ни с кем сблизиться. Среди школьников слыл чудаком. Его раздражали разговоры мальчиков, их шалости. «Школьный мир для меня чужд». Особенно его смутили появившиеся поллюции. С гримасой отвращения, брезгливостью он выражал протест «против природы», просил, как можно скорее, «экстренным порядком ликвидировать или свести на нет эту половую деятельность». Избавиться от эрекции стало его жизненной задачей, он перестал посещать школу, не выходил на улицу. Заявлял, что он боится людей, боится вообще всего большого, крупного, даже домашних животных (кошки, собаки, коровы). Думал, что они его обидят. Хорошо себя чувствует в мире насекомых, любит бабочек, жучков, прогулки в одиночестве, много читает. Полка «текущего чтения» заполнена научно-технической литературой. Классическая литература – А.С. Пушкин, М.Ю. Лермонтов – не нравится, в них он не нашел для себя ничего подходящего, прочел только потому, что это требуется всякому образованному человеку. Мечтает стать большим ученым – академиком. Думает овладеть двумя специальностями – астрономией и математикой. Любит вести беседы с взрослыми на сугубо научные темы. На эти же темы говорит со своими родными и пишет в письмах к ним.

Интеллект высок. Память сохранена. Больной двигается скользящей походкой, оберегает себя от прикосновения к предметам и людям. Говорит, опустив низко голову, не поднимая глаз на собеседника, вяло, с частыми паузами, книжным языком, пространно. Крайне медлителен, подолгу умывается и одевается. Физически слабо развит.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

13. Больной Д., 35 лет

Представлен на амбулаторную СПЭ. Направлен из колонии строго режима, где нарушал режим, отказывался от работы, его помещали в изолятор, он делал попытки к совершению побегов. Периодически писал жалобы о «несправедливом» его осуждении, отказывался от пищи. Отмечались также факты членовредительства: вскрывал себе вены, брюшную полость, вспарывал и прибивал гвоздями к полу половые органы, вводил в них инородные тела, зашивал нитками рот, срывал повязки, засыпал раны грязью, совершал нападение на административных работников. Был осмотрен врачом-психиатром колонии, проводил лечение седативными средствами. Состояние практически не менялось: продолжал писать жалобы, причинять самоповреждения, нанес татуировки на кожу лица крайне циничного содержания.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

14. Больной А., 18 лет

Родился от беременности, которая протекала с тяжелым токсикозом. В раннем детстве отставал в развитии, фразовая

речь появилась только в 6 лет. С 3 лет любил убежать на помойки, где копался в отбросах и таскал их домой. В 9 лет убежал в пригород, развлекался там разведением костров, лез прямо в огонь, получил тяжелые ожоги. Учился плохо, с трудом окончил 8 классов и бросил школу. Часто меняет места работы.

С 15 лет стал совершать дальние побеги на юг. Рассказывал, что желание убежать возникает у него внезапно – вечером появится, утром уже должен пуститься в бегство, иначе будет «непереносимая скука» и какое-то беспокойство. Делает вид, что собирается на работу, а сам уже готовится убежать. Для поездок крадет деньги у родных. В побеге бесцельно слоняется, переезжает с места на место, заводит случайные знакомства, тут же их обрывает, крадет пищу и мелкие деньги. Через две-три недели в какой-то день появляется внезапное желание вернуться домой, – возвращается самостоятельно или шлет телеграмму родным, чтобы выслали денег на дорогу. О побегах говорит со смущением, оценивает их как что-то ненормальное, просит его лечить. Плохо переносит алкоголь – от малых доз возникает опьянение по амнестическому типу. Имеются отклонения в неврологическом статусе и при проведении электроэнцефалографии.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

15. Больная Н., 22 года

Два года тому назад вышла замуж. С мужем, которого любила, жила плохо, ревновала его и часто с ним ссорилась на этой почве. Муж – легкомысленный и грубый человек – обманывал ее и смеялся над ее переживаниями. Последняя крупная ссора между супругами сопровождалась обсуждением

вопроса о разводе, но закончилась примирением. Н. сообщила мужу, что собирается стать матерью, о чем она только что узнала. Муж в ответ на это сообщение выразил раскаяние в своем поведении и обещал круто изменить свой образ жизни. Н. поверила ему, и наступило временное благополучие в их семейной жизни. Однако на следующий день Н., проходя мимо пустого дома (дело происходило в сельской местности), услышала знакомые голоса. Войдя в дом, она застала в объятиях мужа свою подругу, которую очень любила и которой верила. После секундного смущения любовники стали издеваться над Н. и бросили ей в лицо слова, оскорбляющие ее женское достоинство. Н. почувствовала, как «все потемнело» у нее в глазах, и дальше она ничего не помнит. На самом деле она взяла лежащую поблизости косу и, ударив два или три раза подругу, нанесла ей тяжелые ранения, от которых последняя скончалась. Как только Н. взяла в руки косу, муж ее, если верить его показаниям, убежал и при дальнейшем не присутствовал. Н. вышла из дома и медленными шагами направилась к речке, где женщины в это время полоскали белье. Присоединившись к ним, Н., тихо напевая, стала заполаскивать свою кофту, пропитанную кровью. Женщинам, которые спрашивали ее, что случилось, она не отвечала и, по-видимому, не узнавала их, хотя говорила «здравствуйте» и улыбалась им. Выполоскав кофту, она вернулась домой, легла в постель и крепко уснула. Вскоре была арестована. Факт убийства она не отрицала, но настаивала на том, что ничего не помнит об этом.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

16. Больной С., 22 года

Арестован за незаконное хранение оружия. Направлен на СПЭ в связи с его неправильным поведением в тюрьме. Растерян, ходит странной, раскачивающейся походкой. Не знает, как надо сесть на стул, усевшись, несколько раз вскакивает. Хватает со стола пресс-папье и удивленно его рассматривает. На самые простейшие вопросы дает неправильные ответы. Не знает, где он находится, неправильно называет время года и текущий год. На вопрос о доме отвечает: «У меня нет календаря». При счете пальцев широко их расставляет, качает головой, вздыхает и отвечает: «Нет пальцев». Считает с грубыми ошибками: $5 + 5 = 7$, $7 + 2 = 10$ и т.д. При исследовании зрачков крепко зажмуривает глаза, при предложении оскалить зубы пальцами раскрывает рот и т.д.

В отделении состояние его менялось: временами он сидел с ногами на кровати и с чем-нибудь возился. Скатывал шарики из мякиша хлеба, прятал их под рубашку, плакал, если их отнимали. Вырезал картинку, изображающую балерину, говорил, что это «Дуся». Собирал сахар, укладывал его в пакетики и заявлял: «Это подарок для Дуси». Все время возился под одеялом, вытаскивал нитки из рубашки, играл нарезанными кусочками бумаги, хлебными шариками. В таком состоянии испытуемый находился около двух с половиной месяцев, а затем состояние его улучшилось.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

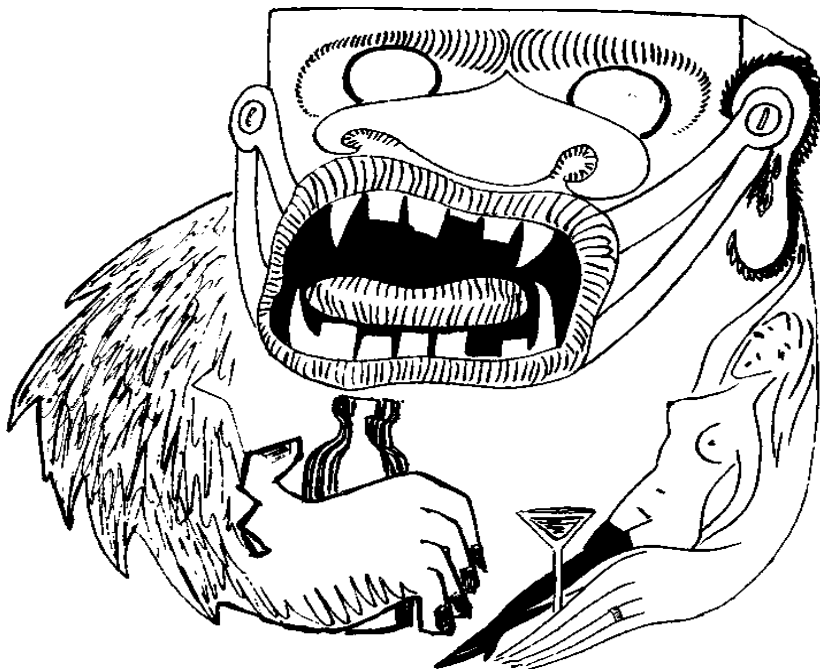


Рис. 9. Гипногигические галлюцинации в состоянии похмелья у больного с алкогольным бредом ревности [4]

Тема 10. Алкоголизм, алкогольные психозы

1. Больной Щ., 38 лет

По характеру был живой, непоседливый, энергичный, увлекающийся. Интересы всегда были стойкими, глубокозахватывающими, деятельными. С ранних лет были выражены склонность и способности к изобразительным искусствам, особенно к живописи.

Алкоголь попробовал в 16 лет. После демобилизации из армии начал регулярно выпивать, для снятия страхов, напряжения, подъем настроения, смешливости. Если по субботам и воскресеньям не выпивал, чего-то «не хватало».

В возрасте 23 года водка стала непременным участником товарищеских компаний, вечеринок. Планировал эти встречи

так, чтобы всегда было вино, усматривая в этом только то, что стал взрослым. В 27 лет осознанно почувствовал влечение к алкоголю. Постепенно на вечерах, в гостях выпивка стала уже не средством, а целью. Все чаще искал причины, чтобы выпить, приглашал приятелей. Мог уже пить и на ходу, на улице. Дозы и частота приема водки возрастали, напивался до глубокого опьянения, появились амнезии. В 32 года почувствовал потребность в опохмелении, с этого времени похмелялся регулярно, а с 34 лет пьет запоями по 2-3 дня раз в 2 недели (с получки). Толерантность – 2 л водки, превышает изначальную в 10 раз. За последние годы больной отмечает значительные изменения, произошедшие с ним. Стал несдержанным, нетерпеливым, настроение, как правило, подавленное, часто по малейшему поводу – желание заплакать. Все раздражает, окружающие как будто нарочно выводят его из себя. Дома начал грубить жене, стал черств к ребенку. Появилась нетерпеливость; если что-нибудь не получалось, не хватало выдержки продолжать дело. Резко снизилась работоспособность, не выполняет норму, очень быстро устает, домой приходит «измочаленным». Уже ни на что не хватает ни времени, ни энергии. Давно забыл об общественной работе, забросил живопись. Очень переживает свое состояние, потерю авторитета у окружающих. «Стыдно в глаза людям смотреть». Многократно давал себе зарок «со следующей недели» начать новую жизнь. Пробовал вновь заняться рисунком, но «или терпения нет, или спать начинает хотеться». Желание спать особенно велико по утрам; с постели встает разбитым, с тяжелой головой, долго «раскачивается», начиная работать. По вечерам, несмотря на сильную усталость, заснуть не может. Сон поверхностный, чуткий, краткий, часто с кошмарными сновидениями. Аппетит постоянно вялый, иногда – чувство голода по ночам. За последние годы появились боли в желудке после еды, одышка при физическом напряжении, боли в сердце. К врачам не обращался, так как «понятно, что все от водки». Дважды пробовал лечиться амбулаторно, общеукрепляющими средствами, но больше 1-1,5 месяцев воздерживаться от спиртного не мог. Мучает постоянное сознание своей беспомощности, своего безволия,

своего порока. «Весь во лжи». Лжет на работе, дома – «от стыда», придумывает извиняющие себя обстоятельства. Имеет несколько взысканий за прогулы и появление на работе в нетрезвом виде.

В отделении дисциплинирован, строго соблюдает режим, охотно принимает назначения, общителен, постоянно в кругу больных. Доволен получаемым лечением, высказывает серьезную установку на воздержание. Полностью критичен к своему состоянию, понимает вину перед семьей и окружающими. С врачом откровенен, в своем положении винит только себя. Старательно и добросовестно выполняет все задания и инструкции.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

2. Больной П., 32 года

Наследственность не отягощена. В детстве был «нервным» ребенком, отмечались навязчивые действия. Рос упрямым, своенравным, в полном подчинении держал мать. Эмоционально всегда был неустойчив, не отличался постоянством во вкусах и привязанностях. Был трусливым и в страхе мог солгать. Легко внушаемый, часто шел на поводу более старших товарищей. Учился хорошо, хотя не отличался усидчивостью и прилежанием, но имел способности, «цепкую память». Здоровье всегда было крепким, хотя мать в поисках причин «нервности» водила его к врачам. Будучи в 10-м классе, попал в компанию, участники которой имели между собой только одно общее – стремление к танцам, вину, беззаботному времяпрепровождению. Новые друзья импонировали больному: нравилась «красивая» жизнь, заключающаяся в автомобильных

поездках, пикниках и вечеринках, на которых всегда в избытке было вино. Считалось особым шиком, признаком мужественности пить водку или коньяк. Эти напитки вызывали вначале отвращение, но было неудобно в присутствии девушек «проявлять слабость». Первое время были рвоты, отвратительное состояние на следующий после попойки день. Больше 150-200 г водки выпить не мог. Стал хуже учиться, так как занятиям в школе, а затем в университете предпочитал общество приятелей. Дома начались неприятности, родители требовали должного поведения и отношения к своим обязанностям. Отца побаивался, а «нравоучения» матери раздражали. Начал лгать, не приходил пьяным домой, ночуя у кого-нибудь из друзей и объясняя это подготовкой к зачету у товарища. Для родителей подделывал отметки, приносил фиктивные справки о сдаче экзаменов. Если обман разоблачался, устраивал сцены обмороков, «сердечных болей», спекулировал на слепой любви матери. Рано женился, но через короткий срок пришел к выводу, что «ошибся». Бросая жену и ребенка, уходил в компанию. Благодаря хорошим способностям всегда в последний день сдавал «хвосты» и переэкзаменовки. Вуз окончил посредственно. В 23 года появились симптомы физической и психической зависимости от алкоголя. Особые изменения в характере произошли в 26-27 лет. Стал грубым, черствым, непристойно ведет себя дома, терроризируя всю семью. Сцены пьяной жестокости перемежаются с вымаливанием прощения на коленях; клянется, плачет, бьет себя в грудь, грозит покончить с собой, «если его не поймут и не простят». Неоднократно симулировал повешение, объявлял жене, что «пять минут назад принял страшный яд и через полчаса умрет». Лживость достигла невероятных размеров. По словам матери, он «не может говорить правду». Лжет и тогда, когда предмет рассказа не имеет никакого отношения к его пьянству, излагает вымышленные истории о своих друзьях, сослуживцах, общих знакомых. На работе не удерживается, пьет систематически, пропивая зарплату и вещи.

При поступлении в отделение сочинил от начала до конца всю историю своей жизни и своего заболевания (затем угрожал

матери, – на тот случай, если она скажет о нем правду). Во время беседы с врачом крайне театрален, сидит, развалившись на стуле, закинув ногу за ногу, любит себя. Поводит глазами, вздыхает, красочно жестикулирует. На лице богатая смена выражений: от сардонической улыбки до благородного негодования.

В отделении стремится стать центром внимания, демонстративен, декоративен. Все поступки, фразы крайне манерны. Каким-то особым способом закуривает и держит папиросу. В кругу больных представляет себя бывалым, все изведавшим. Лжет настолько виртуозно, что у слушателей не возникает сомнений. Вначале вызывал восхищение больных, но, по мере пребывания в отделении, в конце концов стал предметом насмешек и издевательств. Отлынивал от работы, за совершенный им проступок пытался свалить вину на соседа по палате, жаловался врачу на больных и персонал. Во время аверсивной терапии дал истерическую реакцию с «параличом» конечностей, границы которого не соответствовали границам иннервации, «падением» сердечной деятельности и «удушьем», громко рыдал.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

3. Больной Ф., 33 года

Образование среднее. Отец страдал алкоголизмом, умер в заключении (за хулиганство отбывал наказание). Мать также пила. Мальчик рос в детдоме. Практически всегда был здоров. Отличался мягким характером, был послушным, привязчивым, ласковым, впечатлительным. Был прилежен в учебе, легко подчинялся дисциплинарным установкам, режиму. Окончил 10

классов и военное училище. Женился в 25 лет, имеет 3-летнюю дочь.

С алкоголем познакомился в возрасте 15-16 лет. Выпивал редко. Демобилизовавшись, окончил музыкальное училище и в дальнейшем по настоящее время работает в эстрадных оркестрах, выступая в ресторанах, кинотеатрах.

Злоупотребление принимало все большие размеры, условия работы этому способствовали. К 30 годам установился синдром зависимости. Многократно менял места работы, дома сложилась конфликтная ситуация.

Охотно беседует с врачом, но предпочитает рассказывать о своих переживаниях и неприятностях, причиной которых якобы являются окружающие, нежели о характере своего пьянства. Лжет, часто путается в деталях. Пытается представить себя как значительную во многих отношениях личность, подвергающуюся гонениям завистников, страдающую от излишней одаренности. Рассказывает, как он неоднократно отказывался от ведущей роли в оркестре, несмотря на уговоры и просьбы дирижера и всего коллектива, в пользу тех, кому он желал сделать добро. В отделении держится с подчеркнутым превосходством, демонстративен, наигран, пытается обсуждать с врачом все детали назначений, требует постоянного внимания. Уклоняется от работы под всевозможными предлогами, чаще ссылаясь на недомогание; в тех же редких случаях, когда принимает участие в трудовых процессах, стремится привлечь к этому факту внимание как можно большего круга лиц. С удовольствием рассказывает больным (выбирая тех, кто может этому поверить) о всевозможных историях и событиях, центром которых был он.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

4. Больной Г., 48 лет

Родился в крестьянской многодетной семье. О здоровье родителей и ближайших родственников определенных сведений дать не может. Отец «выпивал, но в меру». Детство было тяжелым из-за материальной нужды, с 6-7 лет уже помогал взрослым в поле, «не до игр было», плохо питался. Перенес корь, скарлатину. С трудом окончил 8 классов сельской школы, работал по хозяйству. Себя в тот период характеризует бойким, общительным. Любил допоздна погулять, петь песни.

С 15-16 лет пил самогон, но очень редко, по большим праздникам, когда не было полевых работ. Каждый раз напивался допьяна, — «у нас все так пили», «до лежачего положения», наутро похмелялся. Как правило, конца «гулянья» на следующий день не помнил. После переезда в большой город стал, по его словам, «пугливым», «оробел». Высылал деньги в деревню. Постепенно сдружился с «городскими», завел знакомства с девушками, стал ходить в парки, кино. Книжки читать особенно не любил, но, когда попадались в руки, выбирал про приключения и про деревню. На производстве приобрел специальность вальцовщика, требующую не теоретических знаний, а сноровки и опыта, в которой достиг высокого мастерства. С удовольствием вспоминает первые годы своей работы на заводе. Рассказывает, как его хорошо там встретили, «обласкали». «Как бы заново родился». Стал, как прежде у себя в деревне, бойким, общительным, «осмелел». Нравилась работа, нравилась рабочая спайка, жизнь в общечитии. К своему делу относился честно, очень добросовестно, подолгу задерживаясь в цехе. За старательность хвалили. Получал премии, благодарности. «Особенно передовым» не был, да и мысли об этом в голову не приходили. «Работал как все; многие у нас благодарности получали». Был проформгом, часто выбирался в члены различных заводских комиссий. «Людей всегда любил, и люди меня любили». Рассказывает, что «был очень веселым», любил пошутить,

посмеяться, петь песни, участвовал в драмкружке. В 21-30 лет не употреблял спиртного, так как в общежитии, в цехе «этого и в заводе не было». Женился в 29 лет. Любил жену, очень был привязан к детям. В этот период несколько отошел от общественной жизни, много заботы вкладывал в семью.

Будучи в армии, приобщился к алкоголю, перенес контузию. После демобилизации продолжал систематически, 3-4 раза в неделю, употреблять спиртное. Испытывал потребность в алкоголе. Мог выпить до 1-1,5 л водки. Каждый раз напивался допьяна, наутро зачастую не помнил, что с ним было в период опьянения. Дома и на работе начались неприятности, пытался воздерживаться и не пил по 1-1,5 месяца, но каждый раз срывался. В 37 лет сформировался абстинентный синдром, в настоящее время носящий очень тяжелый характер: «жизнь кончается», не хватает дыхания, ощущает перебои в сердце, слабость, потливость, сильный тремор. Бывает настолько жалок, так слабеет, что жена сама ходит для него за водкой. В похмелье преобладает физическая симптоматика, но и со стороны психической сферы – тревожное состояние, ожидание какого-то несчастья, иногда слышит оклики по имени. Пьет запоями, по 2-3 или 5-7 дней, с перерывами 2-4 недели. Запой начинается с первой выпитой рюмки. Отмечает, что в последнее время стал выпивать меньшее количество спиртного: во время запоя пьет дробными дозами до 0,5-0,8 л водки, не так, как раньше, когда мог выпить до 1,0-1,5 л «в один присест». Дома и на работе создалась острая конфликтная ситуация. По словам жены, стал черствым, неласковым, совершенно не заботится о семье. Крайне вспыльчивый, выискивает причины для скандалов. Неопрятен, неряшлив, может непристойно вести себя при детях. Стал злым, грубым, бьет детей, которых раньше нежно любил, устраивает драки на улицах, в пивных, неоднократно приходил домой весь избитый, имеет несколько приводов в милицию. Подобные эксцессы не всегда совершает в пьяном виде, часто — и будучи трезвым. Перессорился со всеми друзьями, товарищами по цеху, начальством. Везде и всюду видит неполадки и дурное к себе отношение, грозит найти на всех и каждого управу. В семье

совершенно нетерпим, жена много раз уходила с детьми, прятала их у соседей. На работе – частые прогулы, появление в нетрезвом виде. Неоднократно в качестве наказания переводился на низкооплачиваемую работу, осуждался товарищеским судом. Не увольняют только из уважения к его прошлому и потому, что в светлые промежутки по-прежнему проявляет себя как хороший специалист.

В отделении жалуется на плохой сон: плохо засыпает, тревожно спит, рано просыпается; отмечает вялый аппетит, головные боли по утрам и вечером. Назначенные лекарства принимает аккуратно, правда, каждый раз оставаясь недовольным сестрой, делающей внутривенные вливания. На работу ходит охотно, работает старательно, с видимым удовольствием, предпочитая тяжелые виды физического труда. Постоянно среди больных. Очень неровен в обращении с людьми, часто ссорится, но быстро остывает. С врачом всегда приветлив, любит посидеть в кабинете, поговорить; речь образная, выразительная, с чувством юмора. Вместо «пить водку» говорит «наглотаться гадины». О себе рассказывает подробно, откровенно, не скрывая компрометирующих себя деталей. Полностью критичен к своему состоянию. Испытывает стыд перед женой, детьми, товарищами, понимает свой долг перед ними. Причину всех неприятностей видит в злоупотреблении, «а людей я виню со зла». Сам связывает изменения в своем характере с алкоголизмом, называя себя хроническим алкоголиком. Эти изменения заключаются главным образом во вспыльчивости – «себя не помню» – и злобности. Говорит, что быстро «отходит», понимает, что некого винить. Потом тяжело переживает свои поступки, но ничего с собой поделать не может. «Каждая мелочь из себя выводит». Отмечает, что за последние годы труднее стало работать, быстро устает. Стал неохотнее заниматься своими обязанностями: «только чтобы сделать», «чтобы не спрашивали», несколько раз по небрежности допускал крупный брак.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

5. Больной Ж., 29 лет

Родился в семье рабочего. Отец злоупотреблял алкоголем. Мать долгое время болела туберкулезом легких, постоянно находилась или в больницах, или в санаториях. Мальчик был предоставлен самому себе, не знал ни ухода, ни режима. Рос на улице, в компании таких же, как он, беспризорных. По рассказам родных, был бойким, живым, непоседливым. Драчливым не был, но обижать себя не позволял, давал сдачи. Зло долго помнил, не прощал. Вместе с тем был очень сострадательным, всегда приносил домой искалеченных щенков, птиц и т.п. Рано научился играть в карты, домино. Учиться не любил, предпочитал кататься на коньках, ходить в кино. С уроков убегал на речку. Учителя объясняли его неуспехи отсутствием прилежания, а не неспособностью. Домашние воздействия не помогали, отец и тетка махнули на него рукой. С трудом окончил 8 классов, поступил в ПТУ, по окончании которого работает токарем. Особого интереса к работе не проявлял. Проработав более 10 лет по одной специальности, имеет только 3-й разряд. Никаких стремлений, выраженных, стойких интересов не проявлял.

Употреблять водку начал с 13-14 лет, после первых получек. Пил, потому что «все пили», не испытывал ни удовольствия, ни отвращения, пил по случаю, когда угощали взрослые, по праздникам. Иногда напивался пьяным (когда было много водки). Женился в 20 лет, так как «так сложились обстоятельства», после скандалов и угроз. К жене и ребенку особой привязанности не испытывал. В 24 лет водку начал употреблять систематически, «от нечего делать». «Кончил работать – и в пивную». Признаки заболевания появились в

течение первого же года злоупотребления. С 25 лет – обязательное похмелье, с 27 лет пьет запоями по 4-5 дней раз в 2-3 недели, употребляет с целью опохмеления политуру, тормозную жидкость, спиртосодержащую парфюмерию. Изменился по характеру, стал крайне неуравновешенным, взрывчатым, злобным. Неоднократно за драки и хулиганство отсиживал «сутки» в милиции, был судим. На работе не удерживается больше 3-4 месяцев. Дома постоянные конфликты, на его улице с ним «бояться связываться». Пьет со случайными и постоянными собутыльниками, пьет и один, хотя «одному – скучно». «Измучился сам, измучилась семья», но ничего с собой поделать не могу. Однажды в аффекте злобы «на самого себя», в тот момент, когда дома никого не было, будучи трезвым, разрезал мышцы левого предплечья опасной бритвой и, вслед за этим, «на все плюнув», закрутил руку газетой и пошел пить. Дважды в состоянии похмелья наблюдались эпилептиформные припадки, с потерей сознания, тоническими и клоническими судорогами.

В отделении постоянно в кругу больных, слушает их разговоры. Никакого занятия себе не нашел. От работы уклоняется, ссылаясь на всевозможные причины. Дважды, несмотря на предупреждение, устраивал бурные сцены, едва не избил больного. О доме и о работе никакого беспокойства не проявляет. Жену встречает очень холодно и, забрав передачу, старается скорее уйти, иногда забыв и спросить о сыне. К лечению и постановке работы в отделении относится весьма скептически, всем недоволен. Оживляется только тогда, когда играет в домино: сильно стучит костями, громко смеется, повторяя шаблонные в среде игроков выражения, требует, чтобы проигравшие лезли под стол, и получает при этом искреннее удовольствие. На беседу с врачом вначале шел неохотно, отвечал отрывисто, односложно, ничего не желая рассказывать о себе. Впоследствии, хотя все же и без большой охоты, разговорился, предварительно потребовав, чтобы врач в историю болезни не записывал ничего, касающегося его друзей-уголовников. Запас слов ограниченный, выражения стереотипны, обилие жаргонных словечек. По ходу беседы легко раз-

драгается, дерзит, но быстро успокаивается и через некоторое время может смеяться. Вначале упорно лгал относительно размеров и формы своего злоупотребления, да и впоследствии объективные сведения полностью удалось получить лишь от жены. Наличие каких-либо духовных, эстетических запросов, стремлений установить не удалось. Крайне ограничен, примитивен. Определенных установок в жизни, мировоззрения нет.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

6. Больной П., 20 лет

Отец злоупотребляет алкоголем, ежедневно за ужином выпивает 100-200 г водки на протяжении многих лет, считая, что пьет для аппетита и «с усталости». Не похмеляется, и пьянство не отражается на его социальном положении. По характеру – крутой, суровый. Мать – мягкая, всем и во всем уступающая. Не работала, воспитывала единственного сына и вела хозяйство. Мальчика в семье очень любили, мать никогда ни в чем не отказывала. Если сын на чем-либо настаивал, вопреки желанию отца, мать всегда втайне от отца делала все, что сын от нее требовал. Мальчик рос капризным, требовательным в семье, плаксивым, жадным. Сверстники его не любили, всегда избивали за то, что «фискалил». Друзей не имел. Определенных интересов не проявлял. Мог быть очень жестоким, мучая животных, но вместе с тем трусливым. Из школьных предметов нравились география, история, но специально ими не занимался. Книги читал, но без особого увлечения, предпочитая те, в которых описывались путешествия в дальние страны или приключения. Вино, а затем и водку начал давать отец, когда сыну было 10-11 лет, считая, что для растущего организма это

полезно и что таким путем он «закаляет» мальчика. В 15-16 лет пациент уже привычно выпивал за столом одну-другую рюмку. Вино и водка, больше первое, нравились; казалось, что становится сильнее, мужественнее. В это время попал в компанию сверстников, в которой считалось признаком взрослости пить спиртное.

В 18 лет больной почувствовал, что обходиться без водки не может. Пил систематически, почти ежедневно. Обычно небольшими дозами, по 100-200 г, так как не хватало денег. Однако постоянно ощущал, что с удовольствием выпил бы еще. При возможности мог выпить до 700-800 г водки. Начал работать (в типографии, на заводе – учеником, печатником). Но к работе относился крайне небрежно, прогуливал, приходил пьяным. С 20 лет – синдром физической зависимости. Никогда не пытался прекратить пьянство, так как водка и состояние опьянения нравились, другого интереса или развлечений в жизни не находил. На лечение поступил только по настоянию матери.

В отделении: малозаметен, ничем себя не проявляет. Пассивно принимает назначения. Работает неохотно, по настоянию персонала. Предъявляет неопределенные жалобы на недомогание, ощущение разбитости, боли в спине. С больными общителен формально, к событиям в отделении безразличен. Ничем не занят, иногда читает детективы. Медлителен, вял. К обследованиям интереса не проявляет. На вопросы отвечает неохотно, зачастую заявляя: «Это не имеет значения». Гипомимичен. На лице постоянно недовольно-снисходительное выражение. Оживляется, как правило, лишь при упоминании о спиртном. Фон настроения снижен, с очень незначительными колебаниями. Определенных планов на будущее не имеет: «Буду работать», но где, кем – это не заботит. Крайне узок круг интересов, потребности не выходят за рамки повседневных, бытовых. Запас знаний – в объеме средней школы.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

7. Больной А., 37 лет

Наследственность нервно-психическими заболеваниями неотягощена. Отец рано умер, воспитывался матерью, которой приходилось много работать. Рос в яслях, детских садах, лагерях. Был жизнерадостным, подвижным, общительным. С новой обстановкой быстро свыкался, быстро заводил друзей. Увлекался спортом, особенно хорошо играл в футбол, любил ходить в туристские походы, участвовал в самодеятельности: читал стихи, танцевал, играл в пьесах. По характеру был добрым, отзывчивым. Любил животных, у себя дома постоянно держал собак, кроликов, ухаживал за ними. Из детских инфекций перенес корь и скарлатину; практически всегда был крепким, здоровым, выносливым. Учился средне, не проявляя большого интереса, хотя хорошо успевал по математике, физике, – эти предметы нравились. Книгами не увлекался, читал по программе, предлагаемой учителями, и приключенческие повести и т.п. Из видов искусств предпочитал зрелищные. После 8-го класса окончил ПТУ и в дальнейшем работал электриком. К работе относился добросовестно, непонятное всегда пытался постигнуть сам. Был очень настойчивым, упорным, «нравилось самому всего добиваться». Свободное время проводил в занятиях спортом, ходил в кино, цирк.

До 27 лет употреблял алкоголь крайне редко, по праздникам. Спиртное переносил плохо; если выпивал больше 200-250 г водки, были рвоты, в течение последующих 2-3 суток очень скверно себя чувствовал. В 27 лет оказался в бригаде рабочих, где было принято систематически пить: после выполнения заказа, к концу рабочего дня и обязательно допьяна – в получку. Не желая «подводить компанию», начал выпивать со

всеми вместе. Вначале в размере прежних своих доз, но с учащением потребления количество выпиваемого возрастало. К 29 годам мог уже, мало пьянея, выпить 500-700 г водки. Частый и в больших количествах прием спиртного вошел в привычку. Обязательно начал пить по субботам и воскресеньям дома, приглашал гостей. 2-3 раза в неделю бывал пьяным, появились амнезии, состояния глубокого опьянения, рвоты при передозировке уже давно исчезли. Такое интенсивное пьянство не тревожило, считал, что «все кругом» пьют почти в равных количествах. Симптом утери самоконтроля появился в 35 лет. Начал пить один, в случайных местах, без какой-либо причины, кроме своего желания. Изменился: стал раздражительным, нетерпеливым, быстро и легко уставал. Пробовал лечиться амбулаторно, общеукрепляющими средствами, но без эффекта: «Иду из диспансера и по дороге покупаю четвертинку». В 35 лет появился абстинентный синдром (похмелялся уже регулярно). С этого периода отмечает особое падение работоспособности, вялость, «стал ленивым». Перестал где-либо бывать, в редкие «трезвые» вечера сидит дома, смотрит телевизор или просто лежит на диване. «Неинтересно стало жить». Если раньше переживал свою вину перед семьей, то теперь «как-то все безразлично». Кроме желания пить, никаких интересов нет. Будучи пьяным, упал и получил сотрясение мозга. Госпитализировался на короткий срок. В 36 лет после гриппа перенес делирий, несколько дней пролежал в психиатрической больнице. После этого не пил около 5 месяцев, повторно лечился в диспансере. Затем начал пить запоями по 5-7 дней, пока не выйдут деньги. Перерывы не превышают 10-14 дней. Запой начинается случайно: с полочки, под влиянием уговоров собутыльников. По его словам (трезвый), сам к алкоголю уже не испытывает того влечения, но стоит выпить первую рюмку, как остановиться уже не может. На работе, несмотря на неоднократные замечания, до последнего времени терпели, так как я «и пьяный и трезвый – тихий, никому не мешаю, не обижаю».

В отделении малозаметен, ничем себя не проявляет. Пассивно соблюдает режим, принимает назначения. Ходит на работу, но часто садится отдыхать, долго курит. Нетороплив,

вял. В часы отдыха читает книги, общителен формально. Сам к врачу не обращается, определенных жалоб не предъявляет. В беседе медлителен, немногословен. Сидит в обычной для него понурой, расслабленной позе. Оживляется редко, вяло улыбается шуткам, при упоминании о семье, работе – крайне безразличен. Критика сохранны, считает, что довел себя сам до такого состояния своим пьянством. Основные изменения, произошедшие с ним, видит в вялости, лени, безразличии к окружающему, падении работоспособности. Считает, что лечиться надо, но должной эмоциональной реакции при этих высказываниях не дает. Сам не проявляет намерений принять участие в своем излечении, полагая, что этим будут заниматься врачи; просит сделать все так, как сочтет нужным врач.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

8. Больной И., 44 года

Наследственность здоровая, раннее развитие правильное. В школу пошел с 7 лет. Окончил 8 классов. Почти всю жизнь проработал слесарем и лишь в последние годы выдвинулся на должность прораба. Считает себя вспыльчивым, раздражительным, общительным человеком. Сестра больного дает другое определение его характера: скрытный, замкнутый, молчаливый.

Данных о начале приобщения к алкоголю нет. По словам сестры, с 39 лет пьет ежедневно до 800 г водки. Обычно, приходя с работы, запирается в комнате и пьет в одиночку. По утрам похмеляется. С сестрами не общается, несмотря на то что живет с ними в одной квартире. Ничем, кроме газет, не интересуется. В течение последних 5 лет пьет малыми дозами, но постоянно. По словам сослуживцев, весь день ходит «на

взводе». На ночь выпивал обязательно 100 г (?) водки – без этого не может заснуть.

Лечился по поводу гепатита в терапевтическом отделении, где вел себя странно: искал в саду папку с чертежами, уходил самовольно из больницы. На свидании с сестрой просил принести ему вина, говорил о том, что ночью приходила в больницу мать и угощала его вином. В связи с неправильным поведением был направлен в республиканский наркологический диспансер.

В течение первого месяца пребывания в стационаре был несколько растерян и тревожен. Знал, что находится в больнице, но в какой – сказать не мог. Не был в состоянии также правильно ориентироваться в окружающей обстановке! Находясь некоторое время в беспокойном отделении, не отдавал себе отчета о том, что живет среди душевнобольных. Был дезориентирован во времени, называл неправильно месяц, год, день. Говорил, что лежит в больнице около полутора месяцев, в то время как находился там в течение года. Не может запомнить фамилии, имени и отчества врачей, его лечащих. Утверждает, что около года находится на пенсии или что только что приехал из дома, где хорошо угостился. Одно время высказывал мысли о том, что у него на сберегательной книжке около миллиона рублей, в собственном гараже дорогой автомобиль и что он в ближайшее время отправляется в кругосветное путешествие. Называл невероятно высокие для него суммы заработка и пенсии. С момента возникновения этих идей и в течение всего последующего времени находился постоянно в благодушном настроении. Искал себе невесту среди женского персонала отделения, делал предложения медицинской сестре, всячески обольщая ее своими богатствами. Вместе с тем легко впадал в гневливость, переставал отвечать на вопросы, с бранью выходил из кабинета врача. Однако эти состояния были непродолжительными; как правило, через несколько минут забывал причину своего гнева. Поводом к раздражению обычно служило недоверие к его мегаломаническим высказываниям.

Постепенно запомнил имя и отчество лечащего врача и старшей медицинской сестры. Но в то же время не мог ни разу

правильно оценить продолжительности своего пребывания в стационаре, верно назвать число и месяц.

Из 10 слов, предложенных для запоминания, может повторить только одно-два. Заданное число удерживает в памяти не более 2 минут. Счетные операции нарушены. Не может объединить разрозненные, но единые по методике рисунки. Не может восстановить изображение кошки, разрезанное на три части. Эту работу выполняет беспланово, по методу проб и ошибок. Не замечает нелепостей. Так, например, не видит ничего противоестественного в том, что дом имеет деревянный первый этаж и каменный второй, что в магазине с вывеской «Обувь» на витрине лежат окорока, колбасы, грабли, насос и яблоки.

Трактовка пословиц и поговорок носит сугубо конкретный характер.

(За двумя зайцами погонишься и т.п.). – Не только зайца, а и кролика не догонишь... На мотоцикле или автомобиле, пожалуй, можно, в особенности молодого кролика... Они пушистые такие и в пищу идут.

(Не плюй в колодец). На этот вопрос дал реакцию гнева, полагая, что его можно не предупреждать об этом, что он достаточно интеллигентный человек, чтобы этого не делать.

(Не в свои сани не садись). На эту пословицу также дал неправильную реакцию, полагая, что его незаслуженно оскорбляют и что сам он никогда не садился бесплатно в чужие сани. Тут же больной припомнил, что на днях он действительно сел в чужие сани, но это была масляная неделя, все пили и пели. «Так и должно быть» (конфабуляция).

Легко внушаем. Например, на вопрос: сколько у курицы ног? – первоначально дает правильный ответ, однако стоит его переспросить с интонацией удивления, как больной тут же поправляется и говорит, что у курицы 4 ноги. Столь же легко ему внушить, что он еще молодой человек, которому не более 20 лет, и что скоро он поступит в высшее учебное заведение. Такого рода «розыгрыш» был проделан, разумеется, без ведома врача, его соседями по палате. В результате больной некоторое время утверждал, что он готовится поступить в университет.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

9. Больной А., 42 года

Вначале чувствовал себя в безопасности в больнице, но потом стал замечать, что и в отделении находится большая группа врагов, которые ждут удобного случая, чтобы расправиться. Только вблизи медперсонала мог чувствовать себя относительно спокойно. Больной заявил: «Я всех поставил в известность: и милицию, и родных, но кто поможет?». Когда рассказывает о своих переживаниях, выражение лица изменяется. Спокойствие и благодушие, бывшие в начале беседы, исчезают, на смену им приходит выражение горечи, тревоги, тоски. Смотрит в лицо собеседнику и напряженно спрашивает: «Ну, какой выход? Где он?». И тут же с грустной улыбкой отвечает: «Выхода нет, остается ждать». Непокоримо убежден в своей обреченности, и все попытки разубедить в этом делают его только более замкнутым и подозрительным.

Пытается приуменьшить свое злоупотребление алкоголем и одновременно оправдать его профессиональными традициями («пьет как сапожник») и семейными неприятностями. Неохотно признался, что иногда приходилось пить помногу. С достоинством добавил, что он якобы никогда не напивался до такого состояния, чтобы валяться на улице, никогда не пропивал вещей. «Я в любое время могу занять деньги», – сказал больной с некоторой гордостью.

Правильно назвал свою фамилию, год рождения, название больницы, имена врачей и медсестер отделения. На просьбу назвать число ответил: «21 или 22, а месяц – апрель-март». Даты событий общественной и личной жизни за последние 10 лет

назвал неточно. Хотя предыдущая беседа с врачом была 2 дня тому назад, утверждал, что беседовал с врачом вчера. Не вспомнил, когда ему делали анализ крови. Правильно сообщал, чем он занимался в данный день, что ел за завтраком и т.д., о таких же событиях предыдущего дня вспоминает с трудом. Не будучи в состоянии дать ответ, больной постоянно говорил: «Я это не запоминаю, мне это не нужно». Не мог последовательно сообщить, сколько раз и когда поступал в больницу, а также, что с ним было в то время. Больной лишь ограничивался словами: «Тогда мне было плохо». При напоминании о том, что у него якобы украли золотые часы и легковую машину, больной твердо ответил, что так он говорить не мог, так как у него украли не золотые, а позолоченные часы, а машина у него была не легковая, а швейная и никто ее не похищал. На предложение вспомнить какое-нибудь стихотворение больной прочитал «Мужичок с ноготок», пропустив незаметно для себя несколько строк, нарушивших ход сюжета. Правильно пересказал содержание басни «Ворона и лисица».

(Тише едешь — дальше будешь). — Поторопишься — неправильно сделаешь.

(Не все золото, что блестит). — Есть металл золото, а есть человек, про которого говорят золотой, а ведь он блеснуть не может. И стекло блестит.

(Не в свои сани не садись). — Где вас не просят — не лезьте туда.

(У семи нянек дитя без глаза). — Они не смотрят, ребенок без надзора. Значит, не интересуются ребенком. (А если будет одна нянька?). — А если из числа этих семи, толку не будет.

Рассказы с нелепостями понял правильно.

В общем интеллектуальный уровень соответствует полученному образованию и в отдельных вопросах даже превышает его. Например, больной при своем образовании хорошо владеет навыком чтения, соблюдает интонационные паузы в соответствии со знаками препинания. Ориентирован в основных внешних событиях. Мыслительные операции на относительно удовлетворительном уровне. Способен почти самостоятельно провести опыт на классификацию предметов,

выделяя три группы – животные, неодушевленные предметы, растения. Легко устанавливает последовательность событий по серии картинок и улавливает основной смысл рассказа, составленного по этим картинкам. Способен правильно провести ряд счетных операций, удовлетворительно справляется с умножением двузначных чисел. При выполнении интеллектуальных тестов отчетливо проявляются черты инертности нервных процессов. Так, например, производя последовательное вычитание $100 - 7$, делает ряд одинаковых ошибок в одних и тех же местах арифметического ряда в трех опытах, несмотря на предупреждение быть внимательным. Обратный счет, название месяцев в обратном порядке выполняет без затруднений. Хотя на несколько сниженном уровне, также вполне удовлетворительно протекают процессы опосредованного запоминания (эксперимент на ассоциативную память). Правильно назвал все пары слов после 2-3 повторений. Наибольшие трудности и некоторую растерянность вызывают у больного требования запоминать и воспроизвести только что прочитанное (текущий материал). Коротенький рассказ в 5 строчек воспроизводит с большим трудом. Из двух фраз, предложенных ему для повторения, первую повторяет неполностью, теряет больше половины слов; вторую опускает. Слова, не связанные по смыслу, запоминает с трудом, и, если непосредственно повторяет 4-5 слов из 6, то уже через 30 минут не может воспроизвести ни одного.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

10. Больная Л., 38 лет

Впервые попробовала закурить в 10 лет. С 14 лет начала курить ежедневно, выкуривая 2-5 сигарет в день. Курила «легкие» (дамские) сигареты. В настоящее время выкуривает около 30 сигарет в день, в течение дня наступают периоды, когда выкуривает 2-3 сигареты подряд. Закуривает сразу после пробуждения, натошак. Неоднократно бывали случаи, когда просыпалась ночью от сильного желания закурить. Старается курить крепкие сигареты, так как «легкие» полностью не снимают физический дискомфорт, не успокаивают ее.

При попытках отказа от курения, предпринятых за последние годы на фоне ухудшения здоровья, у пациентки возникали часто повторяющиеся образные представления того, как она закуривает, с появлением табачного вкуса и сухости во рту. Одновременно возникало чувство «сдавливания» в груди, тяжести в голове, появлялись тревожность, беспокойство, что препятствовало длительному отказу от курения.

На протяжении последних 5 лет, когда резко увеличилось количество выкуриваемых сигарет в день, отмечает ухудшение самочувствия – беспокоят периодические боли в области сердца, одышка при быстрой ходьбе, кашель по утрам.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

11. Больной Г., 28 лет

Алкогольные напитки регулярно стал употреблять с 18 лет. Первое время по выходным дням до пол-литра водки. Через пять лет стал пить часто и в большом количестве – от 0,5 до 1 литра почти ежедневно; с того же года стал опохмеляться. Часто появлялся на работе в нетрезвом состоянии, за что имел

неоднократные административные взыскания. В те дни, когда из-за отсутствия денег не мог опохмеляться, самочувствие резко ухудшалось, появлялись головные боли, дрожали руки, становился придирчивым, настроение было подавленным, в связи с чем часто совершал прогулы. После приема 100 г водки настроение улучшалось, становился бодрым, веселым, появлялся аппетит и больной мог приступить к работе.

Последние 4-5 дней не пил, так как не было денег. Дома вечером стал испытывать страх, не мог уснуть. Вдруг у входа в комнату увидел уродливых людей – один с большой головой и тонкой шеей, низкого роста, другой был похож на труп, видел много маленьких людей – «карликов». Спустя некоторое время заметил, что к нему ползет змея огромного размера с открытым ртом. Вдруг вся комната заполнилась змеями разных размеров, разных цветов. Карлики лазили ему в рот, а змеи обвивали его и также через затылок лезли в рот. Другие же змеи издавали какие-то звуки наподобие «шипения», высовывали языки и кусали его. Больной испытывал сильный страх, пытался бежать из комнаты, но это ему не удалось, так как змеи и «человекоподобные» существа загородили ему дорогу. Одни змеи и страшные люди исчезали, а другие появлялись. Больной кричал, залезал под койку, бегал по комнате. Показывая в угол комнаты, обращался к матери; «вот, вот идут, неужели ты, мама, не видишь?». После исчезновения зрительных обманов больной продолжал еще некоторое время испытывать сильный страх. Вскоре он стал слышать шум приближающихся людей, заклинания, шипение змей и голоса людей: «Сейчас он должен выйти из комнаты, он никуда не уйдет, должен умереть в наших руках». Голоса хором считали до десяти, предупреждая, что после десяти он должен выйти из комнаты. В двенадцать часов ночи больной родственниками был доставлен на станцию скорой помощи, где ему сделали укол и отпустили домой. Придя домой, лег спать. Через 2-3 минуты увидел, что к нему со всех сторон приближаются змеи, собакообразные животные с огромными глазами и причудливой головой, которые издавали какие-то страшные звуки. Когда больной, сильно испугавшись, руками ухватился за голову, то ему казалось, что «голова была

чужая», когда он выдернул волос на голове, то не ощутил никакой боли. В это время он не мог думать, так как голоса перебивали, путали его мысли. В голове повторялись одни и те же «чужие» голоса: «Он виноват, мы его знаем». Он подумал, что наступил конец, так как заменили ему даже голову. О чем бы он не думал, голоса тут же повторяли его мысли. Все озвучивалось, этим голосам были известны все его мысли. Голоса не только мысленно заставляли его повторять их слова, но и заставляли отвечать им мысленно. Когда больной решил отправиться к врачу, то голоса стали повторять: «Он решил скрыться в больнице: но его поместят в хирургию и вскроют живот». Со страхом вскочил с постели и выбежал на улицу, там продолжал слышать какие-то странные звуки, шипение, голоса соседей, сестры и брата, которые говорили: «Зачем этот дурак ушел, все равно его найдут, он не найдет дорогу». Называли его бродягой, пьяницей, хулиганом, утверждали, что его следует сдать на мыло. Одновременно слышал, как они смеялись над ним, обзывали трусом, негодяем. Когда оказался в сквере, показалось, что те же голоса исходили из деревьев: «Этому мерзавцу мы покажем, он сбежал, оставил свою мать». В таком состоянии больной был помещен в Республиканский наркологический диспансер.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

12. Больной П., 37 лет

Родился в семье крестьянина, в детстве физическое и психическое развитие протекало нормально. В школу пошел с 7 лет, учеба давалась легко. Окончил 10 классов. Служил в армии.

Алкоголь впервые дали попробовать родители еще в детстве. В подростковом возрасте иногда выпивал в с друзьями и одноклассниками. Злоупотреблять стал после армии. Мог выпить до 1-1,5 л водки в сутки, почти каждый день.

За хулиганство был привлечен к уголовной ответственности. До ареста пил беспрерывно в течение 15 дней. Спустя 6 дней, когда больной был в камере предварительного заключения, у него появилась сильная тревога, бессонница, чувство неопределенного страха, боялся лечь спать. К утру уснул, но вскоре, проснувшись, обнаружил, что вся камера была заполнена разноцветными бабочками разных размеров. Их было очень много, он ощущал, что они садились на его голову, одежду, облизывали его, а он бегал за ними, старался поймать их. Временами некоторые бабочки превращались в «чертиков, человечков», которые прыгали на полу и при этом издавали странные звуки. Больной, испугавшись, стал стучать в дверь. Ему казалось, что он находится на втором этаже какого-то огромного дома. А на самом деле дом, где находился больной, был одноэтажный. Спустя некоторое время, лежа в постели, внезапно больной увидел на потолке камеры движущееся колесо, которое было разукрашено цветами, за колесом был сделан какой-то помост, где было очень много зрителей, мужчин и женщин в разноцветной одежде, причем люди казались необычными, странными. В колесе вдруг появилась «фантастически» красивая женщина, которую привязали к колесу и начали пытать. Колесо то быстро начинало крутиться, то замедляло обороты. Затем все вдруг изменилось, колесо исчезло, вместо колеса появилась машина причудливой формы, в которой сидела та же красивая женщина. Машина стала крутиться и издавать какие-то звуки, напоминающие мелодию. Больной вдруг почувствовал, что люди, которые управляли этой фантастической машиной, стали при помощи мелодии усыплять его, не давали двигаться, повернуться, руководили его мыслями: то замедляли его мысли, то вовсе «забирали мысли». Они в его голову передавали голос «этой необыкновенной женщины», которая упрекала его в том, что он не выручил ее, а теперь она умирает. Та же женщина беспрерывно комментировала его

мысли, о чем бы он ни думал, моментально становилось известно ей. Затем он стал слышать и другие голоса, которые доносились с улицы – мужской и женский. Женщина плакала, просила помощи. Мужчина грозил, приказывал женщине не шуметь: «Мы ему сейчас покажем». Фантастическая машина то появлялась, то исчезала. Каждый раз, пуская в ход фантастическую машину, эти люди читали его мысли; все, о чем он думал, становилось известно им. Спустя некоторое время, больной вдруг почувствовал, что он мысленно переговаривается с женщиной. Если женщина мысленно перехватывала то, о чем он думает, то у него появлялись сильные боли в груди, сердцебиение. Если получалось наоборот, т.е. ему удавалось перехватить то, о чем думала женщина, то больной чувствовал облегчение. За всем происходящим с ним больной наблюдал, лежа в постели. Вечером того же дня, после приема лекарства, он уснул. На следующее утро все это исчезло, но больного беспокоили сильные головные боли и общее недомогание. Больной был переведен в больницу.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.



Рис. 9. «Ветер». Символический рисунок больной в депрессивном состоянии [4]

Тема 11. Психические расстройства при эпилепсии, сосудистых заболеваниях головного мозга и черепно-мозговой травме

1. Больной В., 43 лет

На работе получил тяжелую травму головы, после чего почувствовал боль в левых конечностях. На следующий день была резкая головная боль, рвота. Находился на больничном листе, но постельного режима не соблюдал.

При осмотре было обнаружено резкое расстройство памяти, в связи с чем больного поместили в клинику, где он

проявлял дезориентировку во времени, месте и лицах. Текущий год называет 2009, 1893. Спрашивает, правильно ли он сказал, пытается поправиться. Не находит свою палату, постель. Память нарушена как на ближайшие, так и на отдаленные события. Не может сказать, жив ли его сын, назвать имя и фамилию жены, не узнает врачей. Числа не запоминает. Не может сказать, что было на завтрак и обед. Не объясняет смысла пословиц. Путает даты событий из своей жизни, переставляет их местами, заполняет провалы памяти вымыслами. Запас знаний крайне низок. Эйфоричен, часто неадекватно улыбается. Активное внимание ослаблено. При вычитании от 100 по 7 делает грубые ошибки. Пребыванием в больнице не тяготится. Сексуален. Склонен к шуткам.

Неврологически: зрачки неправильной формы, реакция на свет удовлетворительная. Единичные нистагмические подергивания при взгляде вправо. Левая носогубная складка сглажена. Коленные и ахилловы рефлексы повышены слева больше, чем справа. Клонус левой стопы. Брюшные рефлексы справа резче, чем слева. Легкая левосторонняя гемианестезия. Нарушена глубокая чувствительность на левой ноге. Менингеальных явлений нет. Спинномозговая жидкость: белок 0,26‰, плеоцитоз 15 (лимфоциты).

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

2. Больной Н., 32 года

До травмы – физически и психически полноценный человек, имеющий высшее образование. Три года назад упал во время упражнения вниз головой. Долго был без сознания.

Предоставленный самому себе, молчалив, апатичен. На работе неутомим. Никаких жалоб на головные боли, головокружение и пр. не высказывает. Вегетативных и вазомоторных нарушений не наблюдается. Отмечается нерезко выраженный окулостатический феномен. Имеет несколько растерянный вид, не сразу понимает вопросы. Отвечает односложно, короткими фразами, не всегда грамматически правильными. Слова выговаривает отчетливо; повторяет слова правильно. Названий некоторых предметов не помнит. Считает очень плохо – в пределах первого десятка. Пишет короткими фразами, читает медленно. В месте приблизительно ориентируется, во времени не ориентирован. Тяжелое поражение памяти: не помнит ни ближайших, ни отдаленных событий и дат, не помнит, когда получил травму, давно ли не работает по специальности; не помнит имен близких людей. Ничего не знает о военных событиях. Запоминание нового особенно нарушено. Внимание фиксируется с трудом. Сообразительность резко снижена. К абстрактному мышлению совершенно не способен. Эмоционально в известной мере сохранен. На вопросы о физическом состоянии всегда отвечает, что чувствует себя хорошо, но если в разговоре подчеркнуть его недостатки (неспособность к счету и т.д.), то на глазах появляются слезы.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

3. Больная А., 20 лет

Припадками страдает с подросткового возраста после перенесенной черепно-мозговой травмы.

Была госпитализирована в психиатрическую клинику. Видела себя летящей в космосе, со всех сторон окруженной

зеркалами. Чувствовала себя невесомой, удивлялась тому, как ей легко лететь по воздуху. В зеркалах видела не только себя, но и толпу людей, с которыми вместе летела до звезд и Луны. Слышала голоса этих людей, причем голоса каким-то странным образом попадали внутрь головы и мучили ее. Слышала голоса, исходящие из радиоустановки и телевизора, которые то говорили, что она бог и должна спасти всех больных, то утверждали, что суд правильно наказал эту безбожницу и что ее должны забрать в тюрьму. Беспрерывно слышала какие-то звуки. Казалось, что шпионы следят за ней и кому-то при помощи звуков сигнализируют о ней. Персонал отделения и больных принимала за шпионов, которые следили за ней; больную, лежавшую на соседней койке, принимала за главную шпионку, поэтому пыталась задушить ее. Временами не узнавала своего голоса, рот и язык казались чужими. Позже стала ощущать на себе воздействие электрического тока, которым управляла медсестра. По выражению лиц больных понимала, что действию электрического тока подвергалась не только она, но и все больные. При помощи тока то тормозили, перебивали, отнимали ее мысли, то вкладывали так много мыслей, что ее голова превращалась в «храм науки»; временами вызывали слезы, сердцебиение, боли и тяжесть в груди; то учащали дыхание, то лишали возможности дышать. Окружающие говорили ее голосом, думали ее мыслями. При помощи воздуха, насыщенного электрическим током, тянули ее за ноги, стягивали пальцы рук, управляли ее языком, заставляли произносить «богохульные» слова. Временами чувствовала себя до такой степени наэлектризованной, что если она дотрагивалась рукой до койки или стены, то последние не только гудели, но от них исходил ярко-красный луч. В последующем стало казаться, что медсестра «заряжала» ее при помощи особого причудливого аппарата и в такие моменты она могла вызвать припадки у других больных, читать мысли окружающих.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

4. Больная М., 26 лет

Сознание ясное, все виды ориентировки сохранены. Больная аккуратна, пунктуальна, утрированно вежлива, угодлива, слащавая, льстива. При встрече с врачом отделения улыбается, уступая дорогу, низко кланяется, по пустякам извиняется, благодарит за лечение. Злопамятна, долго помнит нанесенную ей обиду, не разговаривает со своим обидчиком. Речь больной крайне обстоятельна, застревает на мелочах, не может отделить главного от второстепенного, с трудом переключается с одной темы на другую, часами может говорить об одном и том же. Отвечая на вопрос врача, приводит массу фактов, не имеющих прямого отношения к вопросу, с большим трудом можно уловить основную нить повествования. Так, на вопрос, когда появились припадки, больная отвечает: «Мы здесь не жили, мы были в России, мне было около 3 лет...» После нескольких часов беседы заявляет, что рассказала далеко не все. В беседе не позволяет перебивать себя. Речь монотонная, конкретная, бедная, мало модулированная, часто во время беседы употребляет уменьшительно-ласкательные слова. Круг интересов резко сужен и полностью сосредоточен на состоянии собственного здоровья. Много говорит о своей болезни, спрашивает врача, может быть, на самом деле ей нужно молиться, как говорит голос. Память нарушена на текущие события.

В отделении находится среди больных, принимает участие в трудовых процессах, следит за своим туалетом, пунктуальна, педантична. Любит чистоту и порядок. За время пребывания в клинике трижды отмечались такие состояния, когда больная становилась напряженной, угрюмой, злобной, ни с кем не общалась. Такие состояния длились от 5 до 7-8 дней.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

5. Больная К., 42 года

С детства страдает припадками, сопровождающимися потерей сознания, судорогами.

Спустя три года после появления припадков у больной наблюдаться кратковременные состояния внезапной потери сознания, во время которых она как бы на мгновение засыпала, Приблизительно с того же времени стали наблюдаться беспричинные возникающие расстройства настроения, когда больная становилась тоскливой, злобной, напряженной, без всякого повода придиралась к матери, обвиняла ее в своем заболевании. Такие состояния длились не более одного дня. В последние года у больной появились новые болезненные явления: чаще вне связи с припадками, реже вскоре после припадков больная блуждала по комнате, не обращая внимания на замечания окружающих. Неоднократно наблюдались случаи, когда больная оказывалась на незнакомой улице либо отправлялась на рынок, а через некоторое время обнаруживала себя сидящей на площади и т.п. Придя в себя, ничего не помнила о случившемся. Всю жизнь работала библиотекарем. На работе тщательно следила за порядком, аккуратно выполняла свои обязанности, вмешивалась в распоряжения руководства, не разрешала работникам библиотеки брать книги домой, конфликтовала по этому поводу. В связи с учащением судорожных припадков была переведена на инвалидность.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

6. Больной С., 53 лет

Точных сведений о времени заражения сифилисом нет.

Признаки заболевания обнаружили около 2 лет назад. Придя с работы, внезапно упал, на несколько минут потерял сознание. Придя в себя, жаловался на головные боли, головокружения, боли в области сердца.

Через месяц возникла слабость в ногах, стал падать, за все цепляться, стало трудно подниматься по лестнице, начали дрожать руки, появилось «затруднение речи», головные боли, головокружения. Больной стал высказывать нелепые мысли, хотел найти шапку-невидимку, заявлял, что он богат, что он должен получить 500 000 рублей, тут же просил составить список родных и знакомых, кому следовало бы дать по 100 000 рублей, посылал в банк за деньгами. Резко изменилось настроение – стал веселым, благодушным, появилось «благотетельское стремление»: приводил с улицы незнакомых людей и раздавал им свои вещи, приглашал их на банкет. В таком состоянии был помещен в клинику.

Правильно отвечает на вопросы, правильно называет свою фамилию, имя, отчество. Во времени не ориентирован: не может назвать года – «2000-й с чем-то», месяца, числа не знает, в месте ориентировка не точная: понимает, что находится в больнице.

Больным себя не считает, наоборот, он «здоров и силен, как никогда». Очень подвижен, суетлив; настроение повышенное, эйфоричен, громко хохочет, приветливо встречает входящих в палату, величественным жестом приглашая садиться и выслушать его «приказы» или «выступления по радио». Слабодушен, легко переходит от смеха к слезам и обратно. Высказывает нелепый и пышный бред величия, говорит о себе,

что он 17 раз гений, всемирный гений, великий полководец, великий император, председатель мирового конгресса. Он изобрел «кровать», на которой можно спать, по земле ездить, по морю плавать и по воздуху летать; человек, не сходя с этой кровати, может побывать в любом уголке мира. Им же «найден золотой ключик», который открывает все сокровища мира и делает любого человека богатым. «Раздает» окружающим по 100-200 тысяч рублей, «рассказывает по секрету», что строит огромный золотой дворец, куда собирается переезжать.

Легко внушаем, охотно соглашается с самым нелепым предположением, лишь бы оно не шло вразрез с его основными бредовыми установками.

Очень любит посещения клиники студентами, требует, чтобы около него всегда было много народу, считает, что он читает лекции студентам: «Не буду же я читать для 10 человек».

Память резко снижена, не может назвать ни одной даты как из собственной жизни, так и ни одной исторической даты, не всегда правильно называет свой адрес, путает имена родных, не может запомнить имени и отчества врача. Счет грубо нарушен – не может производить простейших арифметических действий, делает грубые ошибки, раздражается, когда ему на них указывают. Очень утомляем, истощаем; часто на короткое время ложится в кровать, на несколько минут засыпает, потом снова становится подвижным и суетливым. Неряшлив, во время еды обливает костюм пищей, небрежно моет руки, плохо умывается. Временами раздражителен, ссорится с больными, но тотчас же забывает о ссорах.

Реакция Вассермана в крови в дозах 0,3, 0,5 и 1,0 резко положительная (++ + +). Исследование спинномозговой жидкости: белка 1,38‰, цитоз 26/3, реакция Панди + + +, реакция Нонне-Апельта + + +, реакция Вейхбротта + + +.

Неврологический статус. Зрачки слегка деформированы, зрачковые реакции на свет отсутствуют, на конвергенцию и аккомодацию сохранены (симптом Арджиль-Робертсона); речь дизартрична, скороговорки не удаются; коленные рефлексы высокие, патологических рефлексов нет.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

7. Больной Д., 24 лет

Учиться начал в 8 лет. От своих сверстников не отставал. В 14 лет во время игры с товарищами больной внезапно вскрикнул и упал, «бился в судорогах», пустил мочу, изо рта шла пена. Припадок продолжался около 3 минут, после чего он уснул. Проснувшись часа через полтора, плохо понимал обращенные к нему вопросы, был молчалив, казался оглушенным. О происходившем не сохранил никаких воспоминаний. Во время припадка прикусил язык. После этого припадки стали повторяться раза два в месяц и большей частью происходили во сне по ночам (при этом больной падал с кровати). Нередко припадки случались и на улице. Постепенно стал меняться характер. Из послушного и веселого мальчика превратился в злобного, раздражительного и угрюмого. Появилась страсть мучить животных; наблюдались вспышки яростного гнева. По мельчайшему поводу набрасывался с кулаками на родителей, сестер. Ухудшилась память, и школу пришлось бросить.

Чрезвычайно детально описывает что-либо. Говорит монотонно. Весьма ипохондричен. Жалуется на сильные разнообразные ощущения. Тщательно следит за отправлением кишечника. В обращении с врачом и персоналом принижен, преувеличенно любезен и льстив. Ежедневно со слащавой улыбкой на лице встречает врача и осведомляется об его «драгоценном здоровье». Педантично аккуратен и чистоплотен. В идеальном порядке содержит свою кровать. Временами угрюм, мрачен, чрезвычайно злобен, раздражителен.

В последней беседе заявил следующее:

«Я несколько отклоняюсь и хочу сказать, что на вопросы, которые мне там невпопад и невдомек были заданы, а именно я имею в виду и такой вопрос, а что это, мол, значит, – живи своим умом. А то значит, что значит, я не могу тогда своим разумом, собой владеть и я могу быть в чужих руках; куда ветер дует, туда я и клонюсь, как простая русская поговорка говорит. А поэтому я на сегодняшний день решил еще жить своим умом. Знаю, что во мне, искренно, от чистого сердца говорю, что мучает меня исключительно эта проклятая болезнь, раздражительность. Сейчас я говорю возбужденно; стоит мне буквально через 10-15 минут очутиться одному в любой обстановке, в любом обществе, в смысле, конечно, не больничного режима психиатрической клиники и не той обстановки, где обстановка такая напряженная, не фантазируя и в психику не ударяясь, если я вышел – вдруг стрельба орудий, конечно, это кому угодно неприятно, а меня после такого возбужденного тона интонации вы меня изучаете потому, что вы к этому призваны. Стоит мне выйти куда угодно, лишь бы это была обстановка нормальных людей, ничего со мной не случится. Я ничего не забыл и сразу прихожу в себя, сразу быстро, в мгновение ока ориентируюсь».

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

8. Больной X., 37 лет

Обратился в психиатрическую больницу в связи с ухудшением памяти в течение последнего месяца. Жалуется, что стал забывать имена друзей и членов семьи, не может найти дорогу домой из магазина и в целом неспособен вспомнить большую часть информации, полученной ранее. В прошлом больной был очень дотошным человеком и отличался всегда

хорошей памятью. В настоящее время ему нужно все напоминать. Жена отмечает нелепые поступки – положил ее сотовый телефон в холодильник, а ботинки – в ванну.

Ориентирован в собственной личности и месте, но не помнит имя врача, хотя в течение более 2 лет лечился у него по поводу ВИЧ-инфекции. Определяется умеренная афазия, пациент может назвать в течение 5 минут только два из названных до этого 10 предметов.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

9. Больной Ю., 65 лет

В 58 лет начал отмечать общую слабость, появилось ощущение, будто «ноги и руки корежит». Отмечал приливы крови к голове, лицо становилось красным. Появилась повышенная сексуальность. После неприятности дома внезапно плохо себя почувствовал: «не хватало воздуха, сердце готово было выскочить из груди». С подозрением на инфаркт миокарда был направлен в кардиологический центр, где пробыл около двух недель, но диагноз не подтвердился, однако из-за плохого состояния к работе уже не приступал. Через два года впервые поступил в психиатрическую больницу. Был подавлен, жаловался на состояние какой-то «внутренней тревоги», испытывал страх «перед громадностью мироздания», навязчивый страх сойти с ума. Отмечалось слабодушие, снижение памяти на недавние события, бессонница. Артериальное давление колебалось в пределах 170/100-150/90 мм рт. ст.

Повторно стационарировался еще четыре раза в течение шести лет. При этом постепенно, с каждым поступлением страхи отступали на второй план. Больного больше всего стали

беспокоить бессонница, головные боли, утомляемость, плаксивость, подавленное настроение.

При настоящей госпитализации: тревожен, многоречив, жестикулирует, вскакивает, ходит по кабинету. Охотно, с большой эмоциональной насыщенностью рассказывает врачу о своих многообразных болезненных ощущениях, говорит, что его голова «словно свинцом налита», ее «словно жгутом стягивает», перед глазами мелькают светлые и темные точки, возникает «смертельная слабость», «всего качает». Испытывает страх за свою жизнь. Во время беседы несколько успокаивается, но соглашается на лечение с видом обреченного человека. Постоянно прислушивается к своим ощущениям, подробно анализирует их, считает себя тяжелобольным. С другими больными разговаривает только о своей болезни. Отмечается эмоциональная неустойчивость, снижение памяти.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

10. Больной У., 58 лет

Три года назад стал замечать снижение памяти, появилась бессонница, стал раздражительным, вспыльчивым и в то же время «вязким». Появились навязчивые действия в виде частого потирания рукой лица, туловища. Не мог удержаться от этих движений. При попытке сдерживать их появлялось чувство тревоги. Начал проверять по нескольку раз, выключил ли свет, газ, закрыл ли ящик стола, двери, по многу раз проверял написанную работу, так как не доверял себе, было чувство, будто в тексте сделал ошибку. В декабре, после защиты диссертации, был период упорных головных болей с

головокружением, очень плохо спал. С тех пор значительно снизилась трудоспособность. Обратился к психотерапевту.

Охотно вступает в беседу. Свои жалобы перечисляет, заглядывает в бумажку, где все они записаны. Больного беспокоят навязчивые сомнения: без конца по несколько раз вынужден проверять, закрыл ли дверь, выключил ли свет, газ, не сделал ли ошибки в работе. Понимает ненужность всех этих действий, мучительно это переживает. Во время беседы наблюдаются тикообразные подергивания лица или головы (больной называет их «морганием» и «боданием»). Настроение подавленное. Любое решение принимает с трудом, после длительных колебаний. Наряду с этим отмечается повышенная внушаемость. Раздражителен, слабодушен. Память на текущие события снижена.

Соматический статус: границы сердца расширены влево. Акцент II тона на аорте, артериальное давление 135/85 мм рт. ст. В легких справа жесткое дыхание.

Неврологический статус: сухожильные рефлексы равномерно оживлены. Легкий тремор кистей вытянутых рук.

Заключение окулиста: резко выраженный склероз сосудов сетчатки.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

11. Больной С., 51 год

В последние два года появилась раздражительность, вспыльчивость, слабодушие, отмечал снижение памяти, особенно на текущие события, нарушился сон. За месяц до поступления в клинику после напряженной и ответственной

работы совсем перестал спать. Усилилась раздражительность, одновременно повысилось настроение. Был многоречив, начинал сразу несколько дел, но ни одного не доводил до конца.

Полностью ориентирован в окружающей обстановке, месте и времени. Охотно идет на беседу с врачом. Во время нее часто отвлекается на случайные темы. Громким, слегка охрипшим голосом заявляет, что чувствует себя прекрасно, полон энергии и трудоспособности. Говорит, что ему здесь ничто не мешает заниматься литературным творчеством. Настроение повышенное, охотно, красочно и неправдоподобно рассказывает о своей жизни. Психически больным себя не считает, но просил подлечить «нервы». Сравнивает себя с многоступенчатой ракетой, у которой отказали тормоза и она не может приземлиться. Считает себя гениальным, «непохожим» на всех окружающих. В отделении активен, охотно участвует в самодеятельности. Предлагает прочитать лекцию всем больным и сотрудникам по философии и литературе. Во время беседы неожиданно проявляет слабодушие, начинает плакать в ответ на сочувственные слова врача. Выписывает на бумажке имена и фамилии врачей, объясняя свои действия тем, что память стала плохой. Отмечает, что после волнений появляются головные боли и общая слабость.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

12. Больной М., 55 лет

В возрасте 35 лет была диагностирована гипертоническая болезнь. В 44 года перенес первый инсульт с левосторонним гемипарезом и нарушением речи. После четырехмесячного лечения в стационаре оставалась слабость в левой ноге. Был переведен на инвалидность II группы.

В возрасте 54 лет возник повторный инсульт. Вновь развились выраженные расстройства речи и двигательные нарушения. В первые несколько суток после инсульта был возбужден, испытывал немотивированный страх, был тревожен. Через два месяца уже ходил, но быстро уставал, не мог выполнять мелкие движения. С этого времени изменился характер: стал крайне раздражительным, вспыльчивым, грубым, требовательным.

В том же году осенью развился третий инсульт с правосторонним гемипарезом и нарушением речи. Находился дома в течение двух месяцев. Периодически наблюдалось двигательное возбуждение, эйфория, расторможенность. Был переведен на инвалидность I группы. Себя обслуживать не мог. В последние годы временами неправильно себя вел, был нелеп, ходил голым по квартире, был неспособен выполнять простые, привычные действия, утратил чувство голода и насыщения.

Больной знает, что находится в больнице, правильно называет год, месяц называет неправильно, заявил, что сейчас февраль (в действительности – апрель). На вопросы отвечает по существу, но понять ответы трудно из-за грубых нарушений речи. Более простые слова произносит лучше. Временами возникают приступы насильственного плача. Память значительно снижена на текущие события. Забывает имена окружающих, знакомых, не может сказать, чем занимался накануне, что ел. К своему состоянию относится с критикой, тяжело переживает свою беспомощность, просит активнее лечить его. В отделении охотно находится в кругу больных, но контакт затруднен из-за нарушений речи. Понимает содержание телевизионных передач, пытается их пересказать. Обслуживать себя не может, путает назначение вещей, не выполняет элементарных инструкций. Не испытывает чувство голода и насыщения.

Неврологический статус: выраженная дизартрия, моторная афазия и элементы амнестической афазии. Рефлексы орального автоматизма. Мышечная сила во всех конечностях снижена, больше справа. Гипотрофия мышц левой ноги. Мышечный тонус в конечностях повышен по смешанному типу. Сухожильные рефлексы слева выше, чем справа. Кожные рефлексы средней живости. S<8. Ахиллов рефлекс справа не вызы-

вается. Отмечаются рефлексы орального автоматизма. Чувствительность исследовать не удастся из-за затруднения контакта. **Заключение:** остаточные явления после перенесенных нарушений мозгового кровообращения в обоих полушариях головного мозга.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.



Рис. 10. Рисунок больного эпилепсией (обложка о казни Марии Стюарт) [4]

Тема 12. ПР при опухолях головного мозга, инфекциях, интоксикациях, сифилисе, соматических заболеваниях

1. Больная А., 54 года

За 4 месяца до госпитализации появились головная боль и снижение зрения на оба глаза. Стала неряшливой, рассеянной, ослабла память.

В первой половине дня больная обычно пассивна, бездеятельна, сонлива. К окружающему интереса не проявляет. Изредка вставляет в разговор соседок по палате комментирующие замечания шутливого характера или нецензурные выражения. Во второй половине дня становится активнее, растормаживается. Громко поет, хохочет, нецензурно бранится, оголяется. По ночам плохо спит, бродит по палате.

Крайне неряшлива. Не соблюдает элементарных гигиенических правил: не умывается, плюет на пол, пьет воду из графина, не пользуясь стаканом. Мочится в постель и на пол посреди палаты. Прожорлива. Часто просит добавки. Жадно ест, подбирает с пола выпавшие изо рта куски. Навещающих ее родственников ни о чем не спрашивает, интересуется только тем, что ей принесли поесть. В еде неразборчива.

Знает, где находится. Приблизительно ориентирована во времени. Не осознает тяжести своей болезни, не интересуется своим состоянием. Не может дать сведений о начале и течении заболевания. О себе говорит, что «здорова, только глаза не видят». К сообщению о предстоящей операции на головном мозге отнеслась равнодушно. Резко сопротивляется всем медицинским манипуляциям. Не соблюдает врачебных предписаний. Несмотря на строгий запрет, встала с постели через час после спинномозговой пункции.

Во время беседы с врачом ковыряет в носу. На вопросы начинает отвечать по существу, но быстро отвлекается, соскальзывает на побочные ассоциации и говорит о посторонних вещах, не имеющих отношения к теме беседы. Склонна к шутливым ответам, употреблению рифмованных фраз: «Лежу, как корова, ничего не запоминаю», «Кто смел, тот

и съел». «Муж объелся груш» и т.д. Рассказывает врачу, как занималась онанизмом, заявляет, что ей необходим мужчина.

Экспериментально-психологическое исследование было ограничено из-за расстройств зрения. Кривая запоминания 10 слов: 4, 5, 6, 6, 6; через час не помнит ни одного слова. Устный счет с большим количеством ошибок. Пересказ рассказов неточен. При решении даже элементарных задач не составляла плана решения, а производила случайные действия. Быстро истощалась.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

2. Больная В., 43 лет

Росла и развивалась нормально. Менструации с 17 лет, с 20 лет замужем. Было 10 беременностей, 3 родов и 7 аборт. По характеру мягкая, «чувствительная». В связи с прекращением менструаций обратилась в женскую консультацию, была диагностирована фибромиома матки и предложена операция. Очень боялась предстоящей операции, волновалась, тревожилась, плохо спала, все время думала о смерти, представляла себе, в каком платье ее положат в гроб.

Была произведена операция: стерилизация с удалением двух больших фиброзных узлов матки (произведена с согласия больной, уже имевшей 3 детей). После операции плохо спала, очень боялась инъекций, тяготилась больничной обстановкой, считала, что операция прошла неудачно и ее будут оперировать еще раз. Послеоперационный период протекал, по заключению гинекологов, нормально. Вечером, на 2-й день после операции, внезапно выскочила в коридор, кричала, что ее хотят убить, пыталась выброситься из окна. Била и кусала персонал

отделения, который ее удерживал. Пряталась под чужие кровати. При поступлении в психиатрическую больницу артериальное давление 140/90 мм рт. ст., температура 37,4°, данные анализов мочи и крови без существенной патологии. Сознание формально ясное, знает, что ее перевели в другую больницу. Во времени ориентирована неточно. Заявила, что наркоз ей давали для того, чтобы убить, отказывалась раздеваться и заходить в палату. Подозрительна, напряжена. Галлюцинаций не выявлено. Доступна, ответы на вопросы дает с задержкой, не может дать последовательные анамнестические сведения. Осмысление более сложных вопросов нарушено. На следующий день состояние улучшилось, плохо помнит, что с ней было. Рассказала, что была очень удивлена, что в трехместной палате, куда ее поместили, никто, кроме нее, не находился, решила, что это палата «смертников», о дальнейших переживаниях ничего не помнит. В течение нескольких дней была подавлена, астенизирована. В последующем выписана психически здоровой.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

3. Больная И., 21 год

Всегда была нервной, впечатлительной. Стала испытывать боли в области заднего прохода, усиливающиеся во время ходьбы. Появилась субфебрильная температура, из-за болей плохо спала, к врачам не обращалась. Скрывала свое заболевание даже от родителей. В связи с появлением очень сильных болей была доставлена в больницу скорой помощи и оперирована по поводу парапроктита. Операция произведена под местной анестезией. Из-за болей после операции плохо

спала, температура 38,2°, на следующий день – 37,9°. Изменилось психическое состояние. Пыталась выброситься из окна, кричала, что она больна сифилисом, плакала, царапала удерживающих. При переводе в психиатрическую больницу температура 37,8°. Тоны сердца чистые. Артериальное давление 115/70 мм рт. ст. Пульс 105 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. В легких везикулярное дыхание. Анализ крови: НБ 65 единиц, л. 7500, э. 2%, н. 68%, лимф. 22%, мон. 8%. Больная возбуждена, не полностью ориентирована во времени. Знает, что находится в психиатрической больнице имени Боткина, зовет своего врача, плачет. Заявляет, что она «заразная и неизлечимая» больная. На лице выражение ужаса. Рвется из отделения, стучит в двери. Чувствует запах трупов, слышит, что про нее говорят различные неприятные и обидные слова. Говорила, что над ней все смеются, зная о ее болезни. Высказывала опасения, что ее возьмут на повторную операцию и при этом убьют. Отказывалась от еды, требовала, чтобы персонал предварительно пробовал пищу. Через три дня состояние больной улучшилось. Температура снизилась до нормы. Появилась полная критика к своему состоянию. Проста, естественна, доступна. О своем соматическом и психическом заболевании говорит смущенно. Сообщила, что мысли о венерическом заболевании были еще до операции. Помнит о многих своих переживаниях, но не может изложить их последовательно.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

4. Больная Г., 37 лет

Диагностирован рак молочной железы. Наряду с этим появились маточные кровотечения. Была произведена расширенная ампутация молочной железы, после операции производились повторные переливания крови. На 2-й день после операции стала многословна, повторяла одни и те же фразы. Ночью была суетлива в пределах постели, что-то искала. Заявила, что больные называют ее «дурой», говорят, что ее муж занимается хищениями, возмущалась, требовала принять меры. Возбуждена в пределах постели, речь бессвязная. Температура 38,7°. В крови лейкоцитоз, в моче следы белка; через четыре дня остается беспокойной в пределах постели, кричит, что ее убивают. Стереотипно запихивает в рот полотенце или конец простыни. Пытается встать, начинает кричать, если ее удерживают. Говорит, что ее хотят убить или отравить, преследуют. Испытывает наплывы неприятных запахов. Видит перед собой картины своей прошлой жизни. Оказывает сопротивление при перевязках. Общее состояние остается тяжелым, температура 38,2°. На повязке обильные отделения гнойного характера. Больной проводят переливание крови, вводят физиологический раствор и глюкозу. Лежит, закрыв глаза, настроение тоскливое. Прогнала приехавших к ней родственников, заявила, что это чужие люди, «надевшие маски родных».

В течение недели контакту недоступна, на вопросы не отвечает, лежит с закрытыми глазами. Лишь немного поговорила с матерью. На лице выражение страдания, взятую руку отдергивает. Бывает неопрятна в пределах постели. Продолжаются гнойные выделения из области послеоперационной раны. Температура 38°. Иногда слышит «голоса», бывают наплывы неприятных запахов.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

5. Больной М., 51 год

Поступил в психиатрическую больницу из хирургического отделения. Там была произведена лапаротомия по поводу заворота кишечника. Во время операции были обнаружены явления острого энтерита и перитонита, вводились антибиотики. В послеоперационном периоде развился парез кишечника, ликвидированный внутривенным введением хлористого натрия. На 3-й день после операции появилась боль, больной стал возбужден, слышал голоса, угрожающие его убить, «чтобы спрятать концы в воду, потому что операция была сделана неправильно». При поступлении в психиатрическую больницу общее состояние тяжелое, температура 37,6°. Артериальное давление 135/90 мм рт. ст. В крови лейкоцитоз, РОЭ ускорена, в моче следы белка. Небольшая иктеричность склер. В области послеоперационной раны серозно-гнойные выделения. Больной дезориентирован в месте и времени. Речь невнятная, смазанная, высказывания бессвязные. На лице выражение растерянности и недоумения, наряду с этим бывает эйфоричен. Больной находится в состоянии выраженного речевого и двигательного возбуждения, стремится куда-то бежать, агрессивен. Через три дня стал более спокоен, речь более внятная. Считал, что его преследуют и хотят отравить. Периодически находился в состоянии выраженного двигательного и речевого возбуждения, речь с явлениями персеверации. Потом стал несколько спокойнее, настроение подавленное, слабодушен. Имеются отдельные бредовые высказывания, но к ним уже появилась частичная критика. Общее состояние улучшилось, температура нормальная. Не может дать последовательные анамнестические сведения, плохо запоминает. Сознание ясное. Очень астенизирован, легко плачет, настроение несколько снижено. Имеется полная критика к болезненному состоянию.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

6. Больная Л., 21 год

Была произведена операция кесарева сечения по поводу центрального предлежания плаценты, операция сопровождалась большой кровопотерей. Производились повторные переливания крови. Ребенок остался жив. Была очень слаба, плохо спала. Температура стойко держалась около 38°. Стала отказываться от еды, заявляла, что «кишки преют в коридоре и на улице». На следующий день стала беспокойной, не лежала в постели, пыталась убежать из родильного дома, стучала в стенку. Состояние возбуждения нарастало, однако временами была спокойна, правильно отвечала на вопросы, поэтому не сразу была переведена в психиатрическое отделение. Часто повторяла, что она уже умерла. Неадекватно смеялась, не узнавала окружающих. Речь бессвязная, в окружающем была дезориентирована.

При поступлении в психиатрическую больницу общее состояние тяжелое. Больная очень ослаблена, бледна, на теле многочисленные кровоподтеки, на губах запекшаяся корочка. Температура 38,7°. Тоны сердца приглушены, артериальное давление 110/60 мм рт. ст., пульс 96 ударов в минуту, ритмичный. Послеоперационные швы заживают вторичным натяжением. Из влагалища выделения с неприятным запахом. Анализ крови: НЬ 11,6 г%, л. 16 500. Нормобласты 1 на 100 лейкоцитов, плазматические клетки, выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево. РОЭ 40 мм в час. В моче обнаружилось большое количество лейкоцитов, цилиндры, белок 0,03%. Больная была возбуждена, дезориентирована, речь бессвязная, выраженная эхолалия. После парентерального

введения нейрорептика уснула. На следующий день была спокойна, сожалела о своем поведении, была накормлена персоналом. Через день вновь резко возбуждена, кричит, речь бессвязная, рот пересохший, голос хриплый. Из влагалища выделения с гнилостным запахом, повязка на животе промокла от гноя. Ночью не спала, стучала в стенку и по тумбочке, кричала «караул». Температура 37,8°. Больная слаба, стереотипно перебирает пальцами одеяло, хватается всех подходящих к ней за халат. Считает, что находится в родильном доме, врача иногда называет «Валентин Михайлович», по имени врача родильного дома. Производилось введение сухой плазмы. Температура 37,5-37,8°. Больная очень беспокойна. Речь бессвязная, эхолалия. Кричит, что она и ее ребенок мертвы. Отказывается от еды, при попытке накормить оказывает резкое сопротивление. Персонал нередко принимает за знакомых. Разговаривает с членами правительства. Считает, что кругом идет война, раздаются выстрелы, взрывы, видит сражение. Говорила, что все время «пахнет тухлятиной». Окружающих часто называет «колдунами». Говорит, что лежит в гробу, вытягивается, закрывает глаза. Цинично бранится. К ребенку равнодушна. Лекарства принимает за яд. Бледна, слаба, рот сухой, но пьет много. Постоянно консультируется хирургами и гинекологами.

Переведена в отделение неотложной хирургии, где произведена операция: удаление некротизированной ткани (оболочка плодного яйца) из полости матки. После операции больная один день оставалась возбужденной. Звала членов правительства, высказывала идеи отравления. Продолжалось введение плазмы крови. Температура 37,2°. Состояние значительно улучшилось. Больная спокойна: «Вновь родилась на свет». Рассказала, что «видела войну», казалось, что «хотят отравить, оказывают воздействие». Спокойна, поведение правильное. Имеется критика к перенесенному болезненному состоянию. Кормит ребенка, заботлива и нежна к нему. Отмечалась протрагированная астенция с длительной аменореей.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

7. Больная М., 21 год

Еще в родильном доме больная обращала на себя внимание повышенной говорливостью, почти не спала по ночам (нормальные роды, осложнившиеся лишь небольшими разрывами). При выписке из родильного дома мать больной обратила внимание на ее «возбужденный» вид, неестественную веселость и говорливость. Дома совсем не ложилась спать. Тормошила ребенка. Обливалась холодной водой, писала стихи, переставляла мебель.

При поступлении в психиатрическую больницу температура нормальная. Моча и кровь в пределах нормы. Со стороны внутренних органов без патологии.

По заключению гинеколога — соматически послеродовой период протекает нормально. Больная ориентирована во времени не полностью, однако знает, что находится в больнице. Лицо слегка гиперемировано, глаза блестят, больная держится кокетливо, речь очень быстрая, торопливая. На следующий день, несмотря на введение аминазина, возбуждение усилилось. Больная временами спутана, речь совершенно бессвязная. Голос хриплый, рот сухой. На лице выражение эйфории и кокетливости сменяется растерянностью. Двигательное возбуждение менее выражено, чем речевое, больная бесцельно суетится в пределах постели. Температура повысилась до 37,3°.

В течение пяти дней остается очень возбужденной, все время на ногах. Речь бессвязная, временами что-то декламирует, поет. Температура нормальная, соматическое состояние удовлетворительное.

Состояние улучшилось, стала спокойнее. Остается несколько раздражительной, придирчивой, многим недовольна, быстро подмечает недостатки в работе персонала. Спит хорошо.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

8. Больная Н., 23 года

Родила живого мальчика. Производилась стимуляция родовой деятельности, были разрывы шейки матки, небольшое кровотечение в раннем послеродовом периоде. С первых же дней кормления на сосках молочных желез образовались трещины, несколько дней температура поднималась до $37,2^{\circ}$, но больная ее «сбивала», так как стремилась скорее домой. В родильном доме очень скучала, тяготилась обстановкой, плохо спала. В связи с затруднениями при кормлении ребенка стала «задумываться о будущем». После выписки дома не спала, появилась тревога, считала себя тяжелобольной, думала, что «уже не поправится», «не находила себе места». На левой молочной железе появился инфильтрат, температура повысилась до 38° . Были назначены антибиотики, на следующий же день температура нормализовалась. В последующие дни тоска усилилась, считала, что в тягость себе и окружающим. Появились суицидальные мысли; однажды ночью взяла бритву и сказала мужу, что сейчас покончит с собой, но внутренне понимала, что сделать этого не сможет. К ребенку была безразлична, безучастна, даже не подходила к нему. Не спала, несмотря на прием снотворных. При поступлении в психиатрическую больницу общее состояние удовлетворительное. Температура нормальная. Больная несколько повышенного питания, пикнического телосложения. Со стороны внутренних

органов без патологии. На сосках молочных желез небольшие трещины. Пульс 102 удара в минуту, ритмичный. Артериальное давление 110/80 мм рт. ст. Данные анализов мочи и крови в пределах нормы. Знаков очагового поражения центральной нервной системы нет.

Больная ориентирована во времени и окружающем. Доступна, даже несколько назойлива со своими жалобами. Тревожна, тосклива, все время стонет, вздыхает. Говорит, что ей «очень плохо и тяжело». Она «никогда не поправится и всем в тягость». Ребенок был помещен в ясли при больнице. Во время кормления ребенка беспомощна, нетерпелива. Спрашивает санитарок: «Почему ребенок заплакал? Почему срыгивает? Не грозит ли ему что-нибудь?». Очень неряшлива, за собой не следит, не умывается, не чистит зубы. Ест хорошо.

Себя считает очень тяжелой больной, высказывает целый ряд ипохондрических жалоб, заявляет, что процесс кормления ребенка для нее мучителен, что она «невыносимо страдает». Стонет, охает, высказывает беспокойство за ребенка и в то же время равнодушна к нему. Говорит о нежелании жить. Несколько подозрительна, утверждает, что ей «дают не то лекарство» и она из-за этого не спит. Наряду с этим очень внушаема, без критики воспринимает замечания и шутки других больных. Введение аминазина переносит плохо, легко развивается акатизия. Прислушивается к малейшим ощущениям в своем теле, фиксируется на любом пустяке. Отказывается от кормления ребенка, хотя знает, что ребенок в плохом состоянии. Временами состояние тревоги сменяется апатией, целые дни лежит в постели. Несмотря на прекращение кормления ребенка состояние не улучшается. В течение многих дней остается плаксивой, ипохондричной. Настроение подавленное, «не нахожу себе места». Говорит о какой-то неясной тревоге, последовательно рассказать о своем состоянии не может. Во время разговора тяжело вздыхает.

Была стационарирована в психиатрическую больницу. Первые дни была, как прежде, очень тревожна, высказывала массу ипохондрических жалоб, иногда металась по палате, заламывала руки. Говорила о «безнадежности, безысходности»,

отмечала изменение всего тела, изменение вкуса пищи. Жаловалась на тоску, ощущение пустоты в голове, невозможность сосредоточиться. Однажды было ощущение, что «все кругом неживое, сама как статуя», голоса окружающих доходили, «как через вату». На фоне лечения состояние улучшилось. Спокойна, иногда бывает тревога, неуверенность в себе. Сказала, что лишь теперь чувствует себя по-настоящему здоровой.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

9. Больная О., 23 года

Росла нормально. Окончила 9 классов, училась посредственно. По характеру мягкая, добродушная, общительная. Менструации с 15 лет. Беременность и роды первые. Беременность протекала легко, родила без осложнений, мальчика. Первые дни после родов чувствовала себя удовлетворительно, однако спала плохо. На 8-й день после родов настроение понизилось, болело горло, температура 37,8°. Дома пыталась заниматься хозяйством, но «все валилось из рук». Просила у мужа прощения, называла себя грешницей, говорила, что до замужества «жила с другими мужчинами», хотя это не соответствовало действительности. Пыталась повеситься. При поступлении в психиатрическое отделение на шее выраженная странгуляционная борозда. Телосложение больной ближе к пикническому. Зев слегка гиперемирован. Температура 37,2°. Тоны сердца чистые. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст. Пульс 98 ударов в минуту, ритмичный. В легких везикулярное дыхание. По заключению гинеколога состояние половых органов соответствует нормальному течению послеродового периода. Анализ крови:

Нв 13,4 г%, л. 8200, э. 1%, п. 4%, с. 65%, лимф. 21%, мон. 9%; РОЭ 27 мм в час. В анализе мочи обнаружены следы белка, небольшое количество лейкоцитов.

Больная крайне напряжена, спрашивает, жив ли ребенок, считает, что он уже мертв. Во времени не ориентирована, «кругом все мертвое»; «не пойму, где я». Сказала, что «хотела удавиться, потому что из-за меня все мертвые», «кругом мертвецы»; «Я грязная, негодная, убила ребенка», «Удушила душу свою и ребенка». Щиплет себя и заявляет, что не чувствует. Однако, по свидетельству родственников, агрессии к новорожденному не проявляла. Упорно твердит, что все равно повесится, «за убийство ребенка как грешницу будут водить по всем цехам завода», где работала больная. Слышит лай собак, «голоса» предсказывают ей неминуемую смерть и «вечные мучения». В отделении сидела, застыв в одной позе, на лице выражение глубокой скорби. С трудом удается накормить, лекарства принимает нерегулярно. Временами же при наплыве «осуждающих голосов» начинает метаться, просит принести «хотя бы мертвого ребенка, загубленного мною». Отказывается лечь в постель, лежала на полу. Такое состояние продолжалось в течение недели.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

10. Больная Б., 56 лет

За 10 месяцев до госпитализации стала неряшливой, медлительной, перестала причесываться и стричь ногти. Стала вялой, апатичной, безразличной к своему состоянию. Мочилась под себя, но никакого беспокойства по этому поводу не высказывала.

Благодушна, эйфорична. В отделении большую часть времени пассивно лежит в постели. Во время беседы с врачом часто принимается за еду. Правильно ориентирована в месте, но неверно во времени. Жалоб не предъявляет. На вопрос, больна ли она, отвечает, что нет. О возможности обнаружения у нее опухоли мозга говорит с беззаботной улыбкой, без каких-либо признаков тревоги. К предложенным ей экспериментальным заданиям относится пассивно, ее необходимо все время побуждать к ответам. Считает их «методом проверки на ненормальность», но результатами не интересуется.

При экспериментально-психологическом исследовании правильно определяет разницу между понятиями, решает задачи на исключение четвертого лишнего. В задании на нахождение аналогий правильно находит нужное слово по памяти, но делает ошибки при его выборе из пяти заданных слов. Не может решать арифметических задач из-за трудности удержания условий. Отмечается выраженная фрагментарность при толковании последовательных сюжетных картинок. При отсчитывании определяется неустойчивость внимания. Кривая запоминания 10 слов: 4, 6, 6, 7, 8; через час воспроизводит 5 слов.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

11. Больной В., 53 года

Слаб, истощен, бледен, отмечался постоянный субфебрилитет. Лимфатические узлы, особенно подчелюстные, увеличены. Анализ крови: эр. 2 800 000, л. 9000, э. 1%, ю. 1%, п. 9%, с. 10%, лимф. 78%, мон. 1%. В мазке обнаруживалось немного клеток лейколиза. РОЭ 29 мм в час, артериальное давление 140/90 мм

рт. ст. Большой сонлив, слегка оглушен. Формально ориентирован в месте; во времени ориентируется неточно. Настроение подавленное, вместе с тем очень раздражителен, сенситивен, всем недоволен. Заявил, что ему напрасно «пришили дело с полотенцем» и теперь «все считают бандитом». Отказывается от еды, требует, чтобы персонал предварительно пробовал пищу, так как она, «возможно, отравленная». Наряду с этим говорит, что совершил ряд недостойных поступков и поэтому его «все презирают». Память и особенно способность к запоминанию значительно ослаблены. Интеллектуально снижен, круг интересов резко ограничен. Целые дни ничем не занят. Критика к своему состоянию недостаточная. Психическое состояние больного очень неустойчивое, часто меняется в зависимости от соматического состояния.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?
6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

12. Больная Д., 53 года

При поступлении в больницу общее состояние средней тяжести. Больная истощена, лицо гиперемировано. Тоны сердца приглушены. Артериальное давление 125/80 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание. При пальпации болезненность области желчного пузыря. Анализ крови: НЬ 20 г%, эр. 6 400 000, цветной показатель 0,98, л. 14 000, э. 1%, п. 1%, с. 76%, лимф. 13%, мои. 9%; РОЭ 5 мм в час, тромбоциты 218 400 (52:1000 эритроцитов); холестерин, остаточный азот в пределах нормы.

Неврологическое состояние: зрачки узкие, реакция их на свет и конвергенцию сохранена. Асимметрия лица, легкий парез лицевого нерва справа. Язык при высовывании отклоняется вправо. Правосторонний гемипарез. Правая рука и нога

самостоятельно не двигаются, тонус мышц ослаблен, сухожильные рефлексы справа понижены.

Больная неточно ориентирована в месте и времени. Не знает, где она находится: «Все забыла». Причитает, печально раскачиваясь из стороны в сторону. Говорит, что она обречена на гибель, что ее все считают преступницей. Заявляла, что у нее «нет легких», «желудок провалился», что она превратилась в труп и будет «мучиться вечно». Такое состояние продолжалось 4 месяца. Дальнейшее течение заболевания характеризовалось нарастанием вялости и сонливости. У больной появились явления легкой афазии, еще более усилилась дизартрия. Нарастали ухудшение памяти и понимание происходящих событий.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Авербух Е.С.* Расстройства психической деятельности в позднем возрасте / Е.С. Авербух. Л.: Медицина, 1969. 288 с.
2. *Асеев В.А.* Неотложные состояния в психиатрии и наркологии: электронное метод. пособие // [http:// spbm.s-psy.ru/obucenie/ kurs-psihiatrii / 5-kurs-lecebnyj-fakultet/ situacionnye-zadaci-po-psihiatrii/situacionnye-zadaci-poneotlozным-sostoaniam/](http://spbm.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihiatrii/5-kurs-lecebnyj-fakultet/situacionnye-zadaci-po-psihiatrii/situacionnye-zadaci-poneotlozным-sostoaniam/) В.А. Асеев, М.Я. Киссин.
3. *Банщиков В.М.* Атеросклероз сосудов мозга с психическими нарушениями / В.М. Банщиков. М.: Медицина, 1967. 296 с.
4. *Банщиков В.М.* Общая психопатология / В.М. Банщиков, Ц.П. Короленко, И.В. Давыдов. М.: Моск. мед. ин-т им. И.М. Сеченова, 1971. 176 с.
5. *Белый Б.И.* Психические нарушения при опухолях лобных долей мозга / Б.И. Белый. М.: Медицина, 1987. 144 с.
6. *Блейхер В.М.* Расстройства мышления / В.М. Блейхер. Киев, 1983. 192 с.
7. *Блейхер В.М.* Клиника приобретенного слабоумия / В.М. Блейхер. Киев, 1976. 151 с.
8. *Борохов А.Д.* Психология и психопатология татуировки: практ. рук-во и атлас / А.Д. Борохов. СПб., 2009. 176 с.
9. *Вроно М.Ш.* Шизофрения у детей и подростков / М.Ш. Вроно. М.: Медицина, 1971. 128 с.
10. *Гиляровский В.А.* Психиатрия: руководство для врачей и студентов / В.А. Гиляровский. М., 1954. 520 с.
11. *Гулямов М.Г.* Диагностическое и прогностическое значение синдрома Кандинского / М.Г. Гулямов. Душанбе: Ирфон, 1968. 272 с.
12. *Гулямов М.Г.* К тайне древней болезни / М.Г. Гулямов. Душанбе: Ирфон, 1977. 268 с.
13. *Гуревич М.О.* Психиатрия учебник для медицинских институтов / М.О. Гуревич. М., 1949. 502 с.
14. *Гурьева В.А.* Юношеские психопатии и алкоголизм / В.А. Гурьева, В.Я. Гиндикин. М.: Медицина, 1980. 271 с.

15. *Карвасарский Б.Д.* Невротические расстройства внутренних органов / Б.Д. Карвасарский, В.Ф. Простомолотов. Кишинев: Штиинца, 1988. 168 с.
15. *Коркина М.В.* Нервная анорексия / М.В. Коркина, М.А. Цивилько, В.В. Марилов. М.: Медицина, 1986. 176 с.
16. *Пападопулос Т.Ф.* Острые эндогенные психозы / Т.Ф. Пападопулос. М.: Медицина, 1975. 400 с.
17. *Портнов А.А.* Клиника алкоголизма / А.А. Портнов, И.Н. Пятницкая. М.: Медицина, 1973. 368 с.
18. *Руководство по психиатрии* / под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина, 1983. Т.1. 480 с. Т.2. 544 с.
19. *Рыбальский М.И.* Иллюзии и галлюцинации / М.И. Рыбальский. Баку: Маариф, 1983. 304 с.
19. *Свядош А.М.* Неврозы / А.М. Свядош. М.: Медицина, 1982. 368 с.
20. *Случевский И.Ф.* Психиатрия учебник / И.Ф. Случевский. Л., 1957. 442 с.
21. *Случевский Ф.И.* Атактическое мышление и шизофазия / Ф.И. Случевский. Л.: Медицина, 1975. 160 с.
22. *Смулевич А.Б.* Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния / А.Б. Смулевич. М.: Медицина, 1987. 240 с.
23. *Сперанская О.И.* Табачная зависимость: перспективы исследования, диагностики, терапии / О.И. Сперанская. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 160 с.
24. *Снежневский А.В.* Шизофрения: цикл лекций 1964 г. / А.В. Снежневский. М., 2008. 196 с.
25. *Судебная психиатрия: задания для самостоятельной работы* / сост. А.В. Голенков. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2004. 32 с.
26. *Сухарева Г.Е.* Лекции по психиатрии детского возраста / Г.Е. Сухарева. М.: Медицина, 1974. 320 с.
27. *Терентьев Е.И.* Бред ревности / Е.И. Терентьев. М., 1990. 272 с.
28. *Фрейеров О.Е.* Легкие степени олигофрении (дебильность) / О.Е. Фрейеров. М.: Медицина, 1964. 224 с.

29. Ушаков Г.К. Детская психиатрия / Г.К. Ушаков. М.: Медицина, 1973. 392 с.
30. Целибеев Б.А. Психические нарушения при соматических заболеваниях / Б.А. Целибеев. М.: Медицина, 1972. 280 с.
31. Эглитис И.Р. Сенестопатии / И.Р. Эглитис. Рига: Зинантне, 1977. 184 с.
32. Эдельштейн А.О. Исходные состояния шизофрении / А.О. Эдельштейн М., 1938. 116 с.
33. *Clinical Manual of Emergency Psychiatry* // Edited by M.B. Riba, D. Ravindranath. Washington, 2010. 406 p.
34. Toy C., Klamen D. Case files: Psychiatry / C. Toy, D. Klamen. McGraw-Hill, 2004. 500 p.

ПРИЛОЖЕНИЯ

1. Перечень психические расстройства (ПР)

1. Галлюциноз (галлюцинаторный синдром) (виды)
2. Дерезализационный синдром
3. Дезерсонализационный синдром (виды)
4. Амнестический синдром (синдром Корсакова)
5. Психорганический синдром
6. Синдром деменции (виды)
7. Умственная отсталость (степени)
8. Паранойальный синдром
9. Галлюцинаторно-параноидный (параноидный) синдром
10. Синдром Кандинского – Клерамбо (психического автома-тизма)
11. Парафренный синдром
12. Синдром дисморфомании-дисморфобии
13. Синдром навязчивых состояний (сферы, виды)
14. Депрессивный синдром (виды)
15. Маниакальный синдром (виды)
16. Булимия
17. Анорексия
18. Апатический синдром
19. Абулический синдром
20. Парабулический синдром
21. Астенический синдром
22. Импульсивные влечения
23. Импульсивные действия
24. Нарушение внимания
25. Двигательные расстройства (виды)
26. Возбуждение (виды)
27. Судорожный синдром, припадки (виды)
28. Делирий (виды)
29. Онейроид (виды)
30. Аменция
31. Сумеречное помрачение сознания
32. Оглушение

33. Сопор
39. Кома
40. Острая интоксикация психоактивными веществами (вещество и степени)
41. Пагубное употребление (с вредными последствиями; вещество)
42. Синдром зависимости (стадия)
43. Абстинентное состояние
44. Патологическое опьянение
45. Психотическое расстройство (преобладающий вид расстройств)
46. Расстройство личности и поведения
47. Когнитивное расстройство (степени)
48. ПР вследствие черепно-мозговой травмы
48. ПР вследствие опухоли головного мозга
48. ПР вследствие интоксикации (не входящих в группу психоактивных веществ)
48. ПР вследствие общих и мозговых инфекций
48. ПР вследствие сосудистого заболевания головного мозга
49. ПР вследствие соматических заболеваний
50. ПР вследствие эпилепсии
51. Шизофрения (формы)
52. Биполярное аффективное расстройство (маниакально-депрессивный психоз)
53. ПР позднего возраста
54. ПР вследствие стихийных бедствий и катастроф
55. Психосоматические расстройства
56. ПР вследствие стресса
57. Психосексуальные расстройства
58. Задержка темпа психического развития
59. Неврозы
60. Невротическое развитие личности
61. Патологическое развитие личности
62. Стойкие изменения личности после переживания катастроф
63. Стойкие изменения личности после ПР (дефектные и конечные состояния)

64. Состояние ремиссии после ПР
65. Расстройства привычек и влечений
66. Расстройства сна
67. Истерические состояния
68. Смешанные состояния

ПР, характерные преимущественно для детского и подросткового возраста

1. Детский аутизм
2. Синдром Аспергера
3. Гиперкинетическое расстройство
4. Нарушение активности и внимания
5. Тики (синдром Жиля де ля Туретта)
6. Заикание
7. Гебоидный синдром
8. Гебефренический (кататонно-гебефренический) синдром
9. Синдром психического инфантилизма
10. Синдром невропатии
11. Синдром искаженного (диспропорционального) развития
12. Синдром патологического фантазирования
13. Синдром уходов и бродяжничества
14. Синдром сверхценных интересов и увлечений
15. Синдром дисморфобии
16. Синдром нервной (психической) анорексии
17. Синдром страхов

2. Образец решения задачи

Больная А., 52 года

Считает себя больной с 45 лет, когда впервые появились приступы головных болей, головокружения, шум в ушах. Указанные явления, как правило, сопровождались появлением букашек перед глазами. Госпитализирована в терапевтическую клинику, где диагностирована «гипертоническая болезнь». Через два года состояние больной резко ухудшилось: появились головные боли пульсирующего характера, головокружения, боли в области сердца, рвота, в связи с чем была госпитализиро-

вана в терапевтическую клинику. Кровяное давление при поступлении в плечевой артерии было 170/90 мм рт. ст. Спустя два дня после поступления в больницу кровяное давление подскочило до 220/120 мм рт. ст. Одновременно с повышением кровяного давления резко ухудшилось психическое состояние больной: стала тревожной, беспокойной, грустной, со страхом на лице бегала по палате, заявляла, что она не разрешит заменить ей почки. Слышала голос мужа и лечащего врача. Врач убеждал мужа в том, что ей нужно сделать операцию – заменить почки, а муж не соглашался. Вскоре к голосам мужа и лечащего врача присоединились множественные голоса незнакомых ей мужчин, которые обсуждали между собой, как поймать больную и доставить ее в операционную комнату. Одни предлагали разрушить «гостиницу», где скрывалась больная, при помощи динамита, а другие предлагали подождать до утра. Ночью внезапно на потолке палаты увидела какое-то необычное отверстие, вокруг которого была смонтирована винтовая лестница. В отверстии показался высокий человек, который, расхаживая по винтовой лестнице, направлял на нее луч света карманного фонаря и кому-то другому говорил: «Бросить или не бросить бомбу?». Вдруг мужчина исчез, и она заметила, что вся лестница была заполнена какими-то карликами, которые издавали «пискливые» звуки. Одна сцена сменялась другой. Вскоре карлики исчезли, и больная обнаружила, что все санитарки и больные пьяные лежат на полу. Затем больная увидела приближающуюся грузовую машину, в кузове которой сидело несколько человек. Больная услышала голоса этих людей, которые звучали внутри головы. Они обсуждали между собой, как доставить ее куда-то. Когда больная мысленно задавала себе вопрос, как в голове могут звучать чужие слова, то тут же голос, звучащий в голове, сказал: «Мы еще тебе не такое покажем». Люди, сошедшие с машины, посадили ее в машину и увезли в какой-то необычный городок. Сойдя с машины, она оказалась на многолюдной площади, где были расставлены скамейки и на них сидели люди и смотрели фильм. Больная вдруг заметила, что в главной роли выступает сама: «выходила на сцену, как замогильная старуха, даже песок

сыпался с волос». Затем показывали этот же фильм, но в главной роли выступала дочь больной. Одновременно слышала голос диктора, который говорил, что ее дочь сделала несколько аборт. Больная стала возмущаться, хотела встать и кричать, но в это время она обнаружила, что потеряла способность двигаться. Она не могла двигаться, так как уши ее заложены крючками. Она заметила, что этими манипуляциями управлял незнакомый ей мужчина со страшным лицом, живот которого был подтянут широким солдатским ремнем. Этот мужчина читал ее мысли, если она хотела произнести слово, то он при помощи крючков заставлял ее молчать; если она пыталась встать, то он вызывал страшные головные боли, головокружение и боль в животе; если она не хотела смотреть на экран, где показывали ее дочь в непристойной позе, то он при помощи крючков заставлял ее смотреть на экран и постоянно поворачивал ее голову в сторону экрана. За всем происходящим больная наблюдала лежа в постели. В связи с таким состоянием была переведена в психиатрическую клинику.

На 4-й день после сна полностью вышла из психотического состояния, восстановилась ориентировка в месте и во времени. Жаловалась на головные боли, шум в ушах, общую слабость. После проведенного лечения (резерпин, дибазол, диуретин, люминал) состояние больной улучшилось. Уменьшились головная боль, шум в ушах, стала меньше утомляться. Кровяное давление снизилось до 140/90 мм рт. ст.

Рассказывая о перенесенном психотическом состоянии, с улыбкой на лице говорила, что все то, что ей казалось, было связано с болезнью, с высоким давлением. Выраженных изменений со стороны памяти не обнаруживала.

1. Что это такое? С учетом классификации, какие разновидности описаны?

2. Для каких ПР это характерно больше всего?

3. Это позитивное или негативное расстройство?

4. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

5. Какие группы психотропных средств (препараты) показаны для лечения этих ПР?

Эталон решения

1. Это вербальный галлюциноз с ярким чувственным характером переживаний (множественные антагонистические «голоса»), который сменился онейроидным помрачением сознания с симптомами психического автоматизма (идеаторные, сенсорные и моторные).

2. Характерно для психозов при гипертонической болезни.

3. Позитивные расстройства (галлюциноз и онейроид).

4. Показана динамика состояния, которое не всегда описывается в учебнике психиатрии. Психическое расстройство описано ярко, изображено правильно.

5. Для лечения показаны нейролептики (антипсихотики).

По МКБ-10 состояние необходимо квалифицировать как острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (синдром Кандинского – Клерамбо).

Необходимо дифференцировать с шизофренией.

На судебно-психиатрической экспертизе будет признан невменяемым, но дееспособным, так как это острое психотическое состояние с хорошим прогнозом.

3. Задачи по детской и подростковой психиатрии

1. Больная О., 12 лет

В раннем возрасте с детьми не играла, вырывала у них игрушки, ее внимание привлекали только машины, подъемные краны. Обращала на себя внимание тем, что бросалась наперерез машинам, не боялась крупных животных, но испытывала панический страх при виде зонтика. Была упряма, раздражительна, несговорчива, стремилась привлечь к себе внимание окружающих. С 3 лет нарастает суетливость, неусидчивость, прыгала на одном месте с бессмысленным выражением лица по несколько часов подряд. Появились приступы немотивированного плача в ночное и дневное время.

С 4 лет наблюдались странные выдумки и фантазии: боялась паутины, делила ее на старую и новую, всюду ее искала. В 4 года, после того как у тетки появился ребенок, стала играть в грудного младенца, кричала как маленькая, требовала носить ее

на руках, пеленать. Проявляла повышенный интерес к инвалидам, перевязывала себе ногу или руку, делала костыли. С 4½ года говорила только о собаках. В 5-летнем возрасте обнаружила повышенный интерес к пьяным, воспроизводила их поведение, говорила: «Это не я, это пьяный дядя».

С того же возраста стала рисовать на всех дверях, стенах, кастрюлях отдельно носы, глаза, уши, навязчиво замазывала все отверстия в доме пластилином. Появились новые герои ее фантазий – «Колесов», «Пугин». Нарисовала «портрет» Колесова, повесила его над дверью. Выдумала фантастические города – «Архан», «Вийск», в которых жили ее герои. Сама она была «Михаил Иванович» и одновременно его жена «Ольга Михайловна». Надевала пижаму, мужскую шляпу, сворачивала из бумаги папиросу, рисовала на руках татуировку, брала в руки портфель, говорила грубым голосом. Изображая жену Михаила Ивановича, готовила обед, стирала белье, высказывала опасения, что «мужа долго нет».

В 6 лет по малейшему поводу долго громко хохотала, кривлялась, каталась, по кровати, била посуду. Заявляла, что ненавидит бабушку, швыряла в нее тяжелые предметы. Несколько раз выливая на стол мочу из ночного горшка. Жаловалась на тошноту, усталость, кожный зуд. После полета на самолете часами играла с велосипедным колесом как штурвалом самолета. Часто убегала из дома, мать была вынуждена привязывать ее за ногу. Девочка изображала цепного пса: лаяла, рвалась, пыталась перегрызть веревку. Иногда начинала прыгать, кататься по полу, доводя себя до иступления. Привязалась к дворовой собаке, целовала ее, лизала ей морду, ела из ее чашки. Говорила, что бабка колдунья, обвиняла ее в том, что она плюет ей в пищу. Иногда говорила, что ей скучно, плакала. С этого же времени начала щурить глаза, шмыгать носом, тереть верхнюю губу, выщипывать правую бровь.

Впервые находилась в психиатрической больнице в возрасте 6 лет в течение 3 месяцев. В отделении держалась свободно, была доступна контакту, правильно отвечала на вопросы, легко освоилась в новой обстановке. Во время беседы

рассказала, что «Архан» – это страна, где есть улицы, дома, живут люди. Ей нужно скорее возвратиться туда, так как ее муж, Михаил Иванович, остался один с медведем, а один он с ним не справится. В «Архане» живет дядя Пропеллер и летчик, у которого самолет и он летает. Обо всем этом сообщала с серьезным видом, приводя многочисленные подробности. Девочка была правильно ориентирована в месте и времени. Речь чистая, грамматически построена правильно, пользовалась сложными фразами. Знала весь алфавит, умела читать, самостоятельно писала матери письма. Порядковый счет до 100, в пределах первого десятка выполняла элементарные счетные операции.

С 7 лет стала носить мужскую пижаму, заявляла, что она – мальчик, которого зовут «Коля». Утверждала, что у нее появились половые органы, как у мальчика. Осенью поступила в школу в первый класс, там вела себя, как мальчик: лазила по заборам и деревьям, бегала с мальчишками, с девочками не играла. Успеваемость была хорошей, дома выполняла уроки только под надзором матери.

Была повторно стационарирована в детское отделение психиатрической больницы.

Вскоре начала собирать всех бездомных кошек, называла их человеческими именами, говорила, что это ее дети. Организовала «тайное общество ОГГ» (не расшифровала), в задачу которого входило строительство дома для детей с отдельной комнатой для кошек. Засыпала мать вопросами: что такое земля, вулкан, математика, интересовалась строением тела. Сочинила этюд «извержение вулкана» и оглушительно играла его на пианино. Успеваемость оставалась хорошей. Ревниво следила за успехами своих одноклассников, замечала малейшую несправедливость, настойчиво добивалась правды.

В возрасте 10 лет стала злобной, упрямой, требовала от матери немедленного выполнения ее желаний. Говорила, что ей все надоело, поведение было неровным. Возвращаясь из школы, рассказывала матери придуманные «трагические истории». По-прежнему играла в игры со своими любимыми «героями». С увлечением пилила, строгала, сколачивала.

В 11 лет стала возбуждена, груба, агрессивна, плевала матери в лицо, со всеми дралась, говорила за столом непристойности, громко пела. Устраивала день рождения всем кошкам подряд, собирала «общество ОГГ». В школу ходила неохотно, домашних заданий не выполняла. Требовала, чтобы мать по много раз повторяла, что она сильная, выносливая, чтобы купила ей мальчишеские ботинки и пальто, кричала, что одежда для мальчиков и девочек должна быть одинаковой. Бурно протестовала, если ее называли Олей. Решила стать космонавтом, читала книги только про космонавтов, играла в «марман». Злобно относилась к бабушке, шумела, кричала, пыталась ходить на руках. Любимой игрой была игра в лошадей и кучеров.

Была снова стационарирована в детское отделение психиатрической больницы.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

2. Больной А., 15 лет

В возрасте 12 лет, после рождения сестры, жаловался, что мать любит его меньше, чем девочку.

Примерно с 13 лет снизилась успеваемость, перестал читать, стал дерзкий, упрямый, цинично бранился, был неряшлив. Один раз вдруг убежал из дома, заявив, что ему надоела жизнь и он бросится под трамвай. В течение года увлекался ремонтом радиоприемников. В этот период перенес гнойный отит и мастоидит, после чего состояние ухудшилось. Говорил, что над ним смеются. Обнажался, онанировал, в то же время заявлял, что он большой грешник. Написанное в школе сочинение состояло из бессмысленного набора слов. Прекратил посещение занятий. Ел только один раз в день. Запрещал зажигать газ, боялся отравиться. Говорил, что у него «водянка

мозга», «сухотка», должен лечиться голодом, перестал спать. В возрасте 15 лет находился в детском отделении психиатрической больницы.

Высокого роста, правильного телосложения, питание понижено, заверченный половой метаморфоз. Внутренние органы без патологии. Отмечалась резидуальная неврологическая симптоматика с легкими гипертензионными явлениями. Глазное дно нормальное.

Был аффективно напряжен, контакту малодоступен. Высказывал много ипохондрических жалоб. Упорно отказывался от пищи, уверяя, что от нее ему становится хуже, что после еды у него лопаются сосуды в носу и мозге. Манерно шурился, парамимичен. Походка расслабленная, сутулился, покачивался. Иногда наблюдался застывший, устремленный в одну точку взгляд. Отказывался от классных занятий, кроме кроссвордов, ничем не занимался. Раздражителен, всем недоволен. Временами бывал возбужден, дурашлив, говорил нелепости, отмечались разорванность речи, персеверации, стереотипные движения.

После выписки на короткое время возобновил учебу, но продолжать занятия не смог, нелепо вел себя, был агрессивен, дурашлив. Отмечалось множество ритуалов, символических жестов. В последующее время ежегодно стационарировался. Непродолжительное время работал в лечебно-трудовых мастерских. Отрастил длинные ногти, носил железные кольца на всех пальцах («чтобы клей из тела не выходил»). Стремился к «независимому существованию», строил нелепые планы. Говорил, что он стеклянный, вместо ног и рук у него протезы. Делал себе очистительные и питательные клизмы из черного хлеба. Манипулировал в заднем проходе, что-то делал с половым членом. Временами возникало возбуждение, сбрасывал белье, смеялся, разговаривал сам с собой, наблюдались вычурные стереотипные движения, разорванная речь. Все виды лечения не приводили к улучшению.

При обследовании в возрасте 30 лет во внешнем облике много инфантильного, приписывал себе детский возраст. Эйфоричен, суетлив, манерен, гримасничал, смеялся, отмечалось пуэрильное дурашливое поведение, речь приближалась к

«словесной окрошке». Задавал бессмысленные вопросы, отвечал «мимо», много эхололических реакций. Среди нелепых высказываний неожиданно делал адекватные замечания и давал правильные ответы на некоторые вопросы. Высказывал бессвязные нелепые идеи величия. Совершенно бездеятелен, апатичен, ко всему безучастен. Требовал постоянного постороннего ухода и надзора.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

3. Больной В., 10 лет

Смышленный, хорошо развитой мальчик. К этому возрасту уже с интересом бегло читал приключенческие произведения для подростков. В начальный период развития пневмонии был несколько астенизирован, легко раздражался, обижался. В постели читал Марка Твена – «Приключения Гекльбери Финна». На 3-й день температура поднялась до 39,5°. К вечеру стал метаться, неясно осмысливал происходящее в комнате. Звал мать; временами речь становилась бессвязной. Лихорадочное состояние нарастало. Мальчик почти не осознавал происходящего с ним и вокруг него. Был беспокоен, лицо гиперемировано, блуждающий взгляд не останавливался на лицах близких. Веки полуопущены, иногда закатывал глаза. Бессвязные призывы о помощи: «Помогите!» «Негр Джим!» «Подкоп, спасение... наши!» «Плоты, плоты готовьте! Мама! Пить! Джим спасается!» и т.д. Позднее полная прострация, субкоматозное состояние, снижение температуры до субфебрильной, глубокий сон.

По выходе из приступа из рассказа мальчика удалось выяснить, что ему в этот вечер снился яркий кошмарный сон. Он зрительно прослеживал фрагменты картин из ранее

прочитанной книги: освобождение негра Джима, подкоп, спасение на плоту, преследование. При этом испытывал сильную тревогу, страх. Все эти галлюцинаторные (галлюцинации воображения) фрагменты видел с меняющейся отчетливостью.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

4. Больной В., 15 лет

Дед по линии матери и мать всю жизнь отличались легкостью смены настроения, по поводу чего обращались к специалистам, но в больницах не лежали.

Развитие ребенка было нормальным. Успешно завершил 9 классов школы, поступил в педагогическое училище. В возрасте 14 лет, весной, без видимого повода неожиданно стал угрюмым, молчаливым, апатичным. На вопросы отвечал тихим голосом, лаконично, после некоторой паузы. Ухудшился аппетит. Упала активность: прекратил занятия, все время проводил дома, много сидел на постели, иногда плакал. В начале 2-й недели болезни упрекал себя за то, что «еще в школе дважды отказывался выполнять поручения», однажды не помог однокласснице, которая нуждалась в поддержке. Такое его поведение, по его мнению, не случайно. Он заслуживает «еще больших мук и неприятностей». Мотивы виновности и самоупреков держались нестойко и вскоре их не стало. К концу 3-й недели был выписан в хорошем состоянии. Приступил к занятиям в училище. Успешно сдал экзамены.

Почти через год (в апреле) заболел вновь. Состояние изменилось за 10 дней до поступления в стационар. Стал чрезмерно подвижным, оживленным, часто улыбался. Решил на сессии за второй курс училища сдать «сразу все, за все годы». Не сомневался в возможности этого, хотя заявил, что к этому

«не готовился». В отделении возбужден, суетлив, многоречив. Постоянно что-то напевает, иногда пританцовывает. Много смеется. Радостно сообщает о своих планах. Называет себя журналистом, «избранником народа», лауреатом и пр. Очень подвижен, почти не остается в покое. Говорит быстро, иногда проглатывая окончания слов. Быстро переключается с одной темы на другую. Сообщает, что собирается на прием, будет «делать доклад, ставить пьесы, писать газету». Мешает персоналу отделения, непрерывно предлагая свою помощь. Вместе с тем, взявшись за дело, оставляет его незавершенным.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

5. Больная А., 15 лет

Первое психическое расстройство возникло в 11-летнем возрасте: появилась бессонница, днем бывала беспокойной, двигательно расторможенной, речь становилась бессвязной. Приступ болезни продолжался 21 день. По выздоровлении училась в школе, успевала хорошо, была активной, приветливой девочкой. В возрасте 14 лет весной (в апреле) вновь возникло болезненное состояние: была угнетена, молчалива, заторможена, много лежала, не обнаруживая интереса к окружающему; отказывалась от пищи, была неопрятна мочой в постели. Приступ болезни продолжался 24 дня, после чего наступило полное выздоровление. Продолжала успешно заниматься в школе, была синтонной, общительной, приветливой.

Через год, в возрасте 15 лет, вновь в весеннее время (21 апреля) появились раздражительность, беспокойство, речевое и двигательное возбуждение: громко кричала, порвала на себе белье, была многоречива, легко возникали бурные смены аффекта. На приеме у врача почти непрерывно говорит,

сведений по существу о себе не дает, оглядывается по сторонам, растеряна. В отделении охотно пришла в кабинет, приветлива, правильно оценивает ситуацию беседы с врачом. Вместе с тем остается возбужденной, многословной, в речи часто возникают бессвязные ассоциации. Ей было «страшно, когда видела, как глаза резали». Она видела «царицу на которой надета котомка...». «Отец тоже мертвый. Никитин умер, лежат странные кости, обтянутые, не знаю, когда мы воскреснем». Речь временами прерывается высказываниями о своем состоянии: «Не знаю, как мне поправиться. Все мне чудится и чудится. Книжки вижу и так страшно-страшно». Узнает врача, заявляет, что находится в больнице, что ей постоянно что-то «чудится». В другое время сообщила, то становится «тоненькой» или «как шар раздаюсь». Приступ болезни продолжался 19 дней. По выходе из него настроение больной начинает выравниваться, обманы чувств отсутствуют, посещает класс, ухаживает за девочкой, соседкой по палате. Быстро и верно улавливает оттенки изменений в психическом состоянии подруги. По выходе из приступа не могла восстановить в памяти острый период заболевания и вспомнить, как и когда ее отправили в больницу. Сохранились в памяти лишь некоторые фрагменты былых впечатлений и переживаний. Вспоминает, в частности, что еще до больницы однажды ночью «видела грибы на деревьях», которые ярко вырисовываются в сознании и теперь.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

6. Больная Р., 14 лет

Развивалась нормально. До школы воспитывалась дома бабушкой. Рано начала читать, считать; психическое развитие девочки всегда высоко оценивалось родителями. С детства была

сдержанной в проявлении своих чувств. К школьному возрасту стала несколько замкнутой, упрямой и чувствительной. Суждения отличались бескомпромиссностью.

До 5-го класса была «круглой отличницей», в 6-м – много времени проводила за чтением книг, на воздухе бывала мало. В этот период часто конфликтовала с педагогами, всегда отстаивая «справедливость». Дома стала меньше есть и пить. Ограничение в пище вначале оправдывала желанием остаться стройной. Позднее не ела и потому, что «родители настаивали на противном». Из месяца в месяц ограничивала себя в еде. Потеряла в весе 13 кг. Развилась аменорея. Ко времени поступления в стационар ничего не брала в рот, кроме чая и кофе. Приносимые с ее согласия конфеты и шоколад она брала, но не ела, а прятала.

Резко истощена. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Зрачки расширены. Артериальная гипотензия (75/45 мм рт. ст.). Истощение II степени. Цвет лица серый. Демонстративно отворачивается при встрече с врачом. Напряжена, озлоблена: «Я не прощу им этого поступка» (помещения в больницу). Голос тихий. Контакт недостаточен. Есть «не может». Никогда «не испытывала удовольствия от еды». Недоброжелательна к родителям, медицинским работникам, педагогам. Пренебрежительно относится к сверстницам по классу. Категорически отказывается от приема пищи. Психотерапия оказалась вначале безрезультатной. На 2-й день была накормлена искусственно (через зонд). Позднее под влиянием лечения больная выздоровела.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

7. Больной С., 15 лет

Развивался нормально. Рос здоровым, общительным, послушным. В возрасте 7 лет перенес грипп с высокой температурой и длительным бессознательным состоянием. Вскоре после выздоровления ушиб голову; около часа был без сознания. После этих заболеваний стал возбудимым, драчливым, неуживчивым. Учился удовлетворительно, но постоянно нарушал дисциплину. В возрасте 11 и 14 лет находился в детском отделении психиатрической больницы. Был переведен во вспомогательную школу, но через год был исключен в связи с крайней недисциплинированностью и агрессивностью. В 15 лет стационарирован в третий раз.

По физическому развитию соответствует 17-18 годам; половой метаморфоз закончен. Внутренние органы без отклонений. Реакция зрачков на свет несколько ослаблена, язык уклоняется вправо, симптом Бабинского справа. Реакция Вассермана в крови и спинномозговой жидкости отрицательная, спинномозговая жидкость не изменена.

Вял, апатичен, бездеятелен. По собственной инициативе в разговор не вступает, со сверстниками не общается, не читает, интереса ни к чему не проявляет. Желания ограничиваются едой и примитивными бытовыми удобствами. О родных не вспоминает, пребыванием в больнице не тяготится, о будущем не думает. Во время беседы и учебных занятий обращает на себя внимание фонетически и структурно правильная речь, удовлетворительная техника чтения и письма. При исследований интеллекта наряду с преобладанием элементарных конкретных суждений неожиданно правильно обобщает, оценивает сходство и различие по существенному признаку. Однако, несмотря на повторные объяснения и регулярные занятия, новых знаний не усваивает.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

8. Больная Н., 16 лет

В семье легочный туберкулез и алкоголизм. Роды в асфиксии. Вялость и сонливость отмечались уже в младенческом возрасте. Девочка поздно начала ходить и говорить, многие звуки долго произносила неотчетливо. Ночной энурез держится до сих пор. Играла бессознательно и однообразно. В школе учиться не могла, так как не понимала объяснений, ничего не усваивала. Дома тихая и послушная, ничем не занята. Мать жалеет ее и ни к какой работе не приучает.

Рост и вес больше возрастной нормы, но половое развитие не закончено, менструаций нет. Внутренние органы без отклонений. Правая глазная щель уже левой. Зрачки одинаковые, реакция на свет достаточная, имеется парез конвергенции. Сухожильные рефлексy повышены, справа непостоянный симптом Бабинского. Дрожание век и пальцев вытянутых рук. Реакция Вассермана в крови отрицательная.

Малоподвижна; движения медленные, неуклюжие, мимика скудная. Речь невнятная, сильно заикается. Пассивно подчиняется режиму, ни с кем не контактирует. По собственному почину ничем не занимается, но, если ей предложить вязать (единственное, что она умеет), может вязать часами, не жалуясь на усталость. Крайне внушаема: когда соседнюю койку заняла больная с психопатоподобным поведением, совершенно преобразилась – стала, как и та больная, негативистичной, драчливой, прожорливой. После перевода в другую палату вновь вела себя, как прежде.

Интеллект резко снижен, суждения на уровне наглядно-конкретных, причинно-следственные связи недоступны, мыслительные процессы очень замедленны. Читает по складам, прочитанного не осмысливает, считает по пальцам.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

9. Больной С., 14 лет

Мать страдает эпилепсией. Последний судорожный припадок у нее был за несколько лет до рождения больного. Беременность протекала с головной болью и сонливостью в первой половине. Роды без осложнений.

Развитие навыков у ребенка своевременное. Отмечается лишь ночной энурез до настоящего времени.

В возрасте 2 лет перенес дизентерию, в возрасте 7 лет – болезнь Боткина, несколько раз – грипп. В возрасте 6 лет ушиб головы без коммоционных явлений. Воспитывался до школы дома, был послушным, рассудительным, любил рисовать, играть в войну, слушать чтение. Через несколько месяцев после ушиба головы был адверсивный припадок. Спустя месяц наблюдался развернутый судорожный приступ. В течение 3 лет была терапевтическая ремиссия, затем вновь возникли большие судорожные и частые малые припадки.

Продолжал посещать школу, учился удовлетворительно. Был исполнительным, добросовестным, делал все, чтобы выполнить указания учительницы. В пубертатном периоде, который протекал бурно, мальчик начал хуже учиться. В то же время мать обратила внимание на практическую направленность интересов сына: он рекомендовал ей экономить и копить деньги, проявлял большой интерес к хорошей одежде, стал очень аккуратным, следил за чистотой обуви. В течение школьных лет увлекался коллекционированием марок, этикеток. С 13 лет стал более раздражительным, грубым, а с другой стороны – подчеркнуто заботливым и вежливым.

По физическому развитию значительно превышает возрастную норму, атлетического телосложения, хорошего питания. Внутренние органы без патологии. При неврологическом обследовании органической симптоматики не выявлено. На ЭЭГ

диффузная патологическая активность свидетельствует о заинтересованности глубоких образований головного мозга.

В психическом статусе больного обращает на себя внимание угрюмый фон настроения с недоверчивым отношением к окружающим. В коллективе пытается занять ведущие позиции, любит поучать других. Старается подчеркнуть свои преимущества: «лучше других рисует» и т.д. Часто с ласковой улыбкой делает окружающим едкие замечания. Каждому больному стремится дать обидное прозвище. Жестоко шутит над одними и дерется с другими; бьет больно, хвастается, что умеет бить, не оставляя синяков; злопамятен. С врачами и педагогами корректен, собран, рассудителен, с младшим медицинским персоналом груб, дерзок, непослушен, агрессивен, подозрителен, считает, что санитарки воруют его продукты. Интеллект сохранен, достаточно высокий уровень обобщения, но излишне детализирует, испытывает затруднения в словесном оформлении. Интеллектуальные интересы не выражены. Читать не любит. К учебным занятиям интереса нет, однако в рисовании неутомим, усидчив и целенаправлен. Особенность рисунков – мелкие размеры фигур. За время пребывания в отделении трижды наблюдались развернутые судорожные припадки без признаков фокального начала.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

10. Больной Н., 16 лет

Единственный ребенок в семье. Зачатие в состоянии алкогольного опьянения. Беременность протекала с токсикозом. Раннее развитие без особенностей. До школы 2 года посещал детский сад. В легкой форме перенес коклюш, корь, ветряную оспу. С ранних лет фактически был предоставлен самому себе,

был свидетелем сексуальных сцен. В школьные годы сам готовил себе пищу, стирал, убирался в комнате.

В школу был определен в 7 лет. С детства по характеру, по словам матери, был нервным и раздражительным ребенком. Как утверждает больной, очень рано он стал переживать фактическое отсутствие родителей. От этого чувствовал себя неполноценным. Плакал, когда матери не было, но когда она приходила, легче не становилось «из-за безобразий, которые она устраивала».

В детстве боялся темных помещений, становилось жутко. Боялся высоты, при переходе через мост появлялся страх, что может прыгнуть в воду.

Учился посредственно, лишь по принуждению, учеба не давалась, на уроках был неусидчив, иногда шумел, грубил учителям, провоцировал их на конфликт, однажды в ответ на замечание запустил в учителя портфелем. После бесед с директором раскаивался, начинал вести себя правильно, но вскоре вновь срывался.

Дублировал 5-й класс, затем перешел в профтехучилище. Но и здесь учился плохо, часто прогуливал, нравилась только физкультура. С 9-10 лет для самоутверждения занимался гимнастикой с гантелями и гирями. Тянулся к детям с асоциальным поведением обычно старше его по возрасту, гордился этим. Часто дрался, буквально терроризировал тихонь. Если ему давали отпор, появлялись ярость, стойкие злость и мстительность.

Лет с 13-14 появились навязчивые сомнения – выключил ли газ, закрыл ли дверь на замок (приходилось даже убежать с уроков, чтобы убедиться в этом). Иногда возникал страх заболеть какой-либо тяжелой болезнью. Стали возникать навязчивые воспоминания о пережитом, особенно в периоды плохого настроения, после неприятностей, при утомлении.

В компании с другими педагогически запущенными подростками в 14-15 лет стал воровать консервы, пустые банки, сигареты. В связи с этим был поставлен на учет в детскую комнату милиции. Очень переживал первый привод: дрожал, плакал, давал обещания исправиться, неделю не ходил в школу,

несколько месяцев держалось заикание. Однако в дальнейшем все пошло по-старому.

С 14 лет стали возникать расстройства настроения, вначале обусловленные психогенно и длившиеся часами. Объяснял это тем, что стало особенно тяжело жить с «чужой матерью», вместо родительской ласки видеть только скандалы и пьянки. В дальнейшем поводы для колебаний настроения становились все менее значащими, а длительность этих периодов увеличилась до 2-3 дней.

Примерно с 15 лет появились беспричинные колебания настроения. В такие периоды никого не хотелось видеть, был повышенно раздражительным, испытывал тоску, злобу, «в груди сжималось», появлялись суицидальные мысли.

Первое знакомство с алкоголем в 12 лет, когда его угостил отец. С 15 лет стал все чаще выпивать с друзьями, но особенно в периоды плохого настроения. Иногда пил вместе с отцом, например в 16 лет на поминках. В этот день он выпил около 5 бутылок вина, «напился до потери сознания». В состоянии опьянения хотелось плакать, смеяться, иногда появлялась задумчивость, все становилось приятным. Чаще же появлялся страх, казалось, что его хотят задушить, зарезать. С самого начала не имел чувства меры: пил, пока было спиртное, пока не отключалось сознание, несмотря на то что каждый раз (до 16 лет) на следующий день была рвота и тяжелое состояние. Первое время пьянел от малых доз, но очень скоро стал систематически пить по 500 г водки, а в 16 лет уже опохмелялся, преимущественно пивом. В противном случае появлялись головные боли, резкая слабость, вялость, дрожание пальцев рук, падало настроение, испытывал беспредметные страхи, не мог спать, переставал принимать пищу, появлялись мысли о смерти.

С этого времени стал более раздражительным, вспыльчивым, не терпел возражений, совершенно не мог управлять собой – после пустячной обиды кинулся с бутылкой на приятеля, появилось злобное возбуждение. Его пришлось связать, и успокоился только через 3 ч. Более резкими стали колебания настроения, при спадах испытывал острое чувство тоски, безысходности, нежелания жить. Временами в это время

появлялось и чувство дискомфорта («как-то не по себе»); на какое-то время прием алкоголя успокаивал, но вскоре становилось еще хуже.

С трудом окончив ПТУ, стал работать столяром. Работа не нравилась, прогуливал, грубил старшим, обманывал, норму не выполнял, появлялся на работе в нетрезвом виде. В возрасте 17 лет, за 2-3 недели до правонарушения, перестал выходить на работу, «гулял». В состоянии алкогольного опьянения подрался с соседями, в связи с чем был привлечен к уголовной ответственности.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

11. Больная Т., 13 лет

С раннего детства самолюбивая, обидчивая. Росла без отца, переживала это. Была рада приходу в семью отчима, называла его первое время папой. Однако отчим был резок с девочкой, оказывая явное предпочтение родному сыну. Девочка замкнулась, стала раздражительной, не подчинялась отчиму, с вызовом заявила: «Вы мне никто!». Постоянно подчеркивала, что она не его дочь, перестала разговаривать с ним. Старалась навредить ему, например пачкала ванну, когда тот собирался мыться, постоянно старалась вывести из себя сына отчима. Враждебно встретила рождение младшей сестры, никогда не подходила и не играла с ней. Со временем стала резкой с матерью, бабушкой и теткой, часто противоречила им, несколько раз побила 5-летнего двоюродного брата. Ухудшилось поведение в школе, могла резко ответить учителю, при замечаниях педагогов уходила из класса. Снизилась успеваемость. Иногда после ссоры подолгу не возвращалась домой. Ухудшился сон, вскрикивала, разговаривала во сне. Часто плакала.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

12. Больная Г., 11 лет

С возраста 1 года воспитывалась в доме ребенка, а затем в детских домах. Сведений о родителях нет. Часто болела детскими инфекциями и простудными заболеваниями. Всегда была робкой, малозаметной. С начала учебы в школе выявились трудности в обучении. Медленно усваивала материал, легко уставала. На протяжении 3 лет до обращения к психиатру несколько раз переводилась из одного детского дома в другой. Не успевала привыкнуть к детям и воспитателям. Стала замкнутой, грустной, снизилась успеваемость, дважды оставалась на второй год. Была направлена на обследование в психиатрический стационар. Около 2 недель после поступления почти не отвечала на вопросы, держалась в стороне от детей, не участвовала в их играх, ходила с опущенной головой, настороженно и со страхом относилась к врачам, педагогам и персоналу, смотрела исподлобья, пассивно выполняла требования, ни о чем не спрашивала. Постепенно стала более доступной, откликалась на ласковое обращение, начала проявлять интерес к занятиям и играм детей. В классе первое время ничем не занималась, при вопросах могла дать нелепый ответ. В дальнейшем выяснилось, что девочка понимает объяснения педагога, может решать арифметические задачи за 2-й класс, однако обнаруживает значительную педагогическую запущенность. Болезненно воспринимает свое отставание в учебе, просит давать ей больше заданий. Крайне обидчива, замыкается и тормозится при неудачах и замечаниях педагога и девочек. Не уверена в себе, своих возможностях. Старательна. Усвоение нового замедленно. Истощаема.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

13. Больной Е., 16 лет

Воспитывался в неблагополучной семейной обстановке: отец умер, когда ребенок был в дошкольном возрасте, мать раздражительная, несдержанная, физически наказывала мальчика. Воспитывался в яслях и детском саду, где поведение было правильным. По характеру был общительным, ласковым, временами упрямым. С 7 лет в школе, проявлял интерес к учебе, в начальных классах жалоб на поведение не было. Когда мальчику исполнилось 10 лет, семейная ситуация изменилась: в семью пришел отчим, который злоупотреблял алкоголем, недоброжелательно относился к мальчику, бил его и жену в состоянии опьянения. Мальчик болезненно переживал перемену обстановки в семье, замкнулся, старался уходить из дома, когда возвращался пьяный отчим, не выполнял его требований, нередко резко отвечал ему. С матерью оставался ласковым, но иногда упрекал ее за то, что она «привела отчима». Постепенно нарастало озлобление в отношении отчима, несколько раз заявлял, что «зарежет его, когда тот будет спать». Становился раздражительным, появились жалобы из школы в связи с тем, что несколько раз дрался с ребятами. Из-за трудностей взаимоотношений в семье был помещен в школу-интернат. Там с трудом сходилась с ребятами, не мог привыкнуть к новому режиму, все раздражало, был обижен на мать за помещение в интернат, стал говорить ей дерзости, вступал в драки с ребятами по незначительному поводу. Вскоре стал уходить из интерната, ночевал в подъездах, так как боялся возвращаться домой. В возрасте 11 лет впервые помещен в психиатрический стационар, где отмечалось пониженное настроение в связи с семейной

обстановкой, склонность к аффективным реакциям со злобой. В результате лечения стал менее возбудимым, улучшилось настроение. Однако поведение вскоре вновь ухудшилось, после того как был жестоко избит отчимом. Стал говорить ему дерзости. Не выполнял никаких поручений. Уходил из дома к бабушке или бродил по городу. Отказывался идти в интернат. Вновь был стационарирован в возрасте 13 лет. Оставался аффективно-возбудимым, драчливым, «всегда был готов к бою», резко отвечал персоналу, нередко стремился сделать «назло». При замечаниях иногда громко рыдал. Требовал выписки. Лечение снова дало положительный эффект. Выбыл с улучшением. Однако по возвращении в прежнюю обстановку трудности поведения возобновились. При обследовании в возрасте 16 лет остается аффективно-возбудимым, груб со всеми взрослыми, держится с ними вызывающе, требует, чтобы мать «выгнала отчима», в школе почти не занимается, часто уходит из дома, сошелся с асоциальными подростками, участвовал в кражах, имеет приводы в полицию. Часто возникает пониженное настроение с оттенком недовольства и раздражения.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

14. Больная М., 7 лет

С большим трудом выполняет школьные задания в классе. Не может закончить их вовремя, хотя одноклассники справляются с ними без особого труда. Неусидчива и импульсивна. Имеет привычку отвечать еще до того, как ей зададут вопрос. Допускает очень много ошибок, связанных главным образом с небрежностью и повышенной отвлекаемостью. В связи с этим страдает успеваемость. Учителю требуется несколько раз специально для М. повторять инструк-

ции, чтобы она выполнила какое-либо задание. Не способна долго сосредотачиваться на интересном для нее занятии. Зачастую забывает важную информацию. При этом М. нравится уроки физкультуры и она преуспевает по этому предмету.

Родители также сообщили, что вынуждены постоянно контролировать своего ребенка, чтобы он выполнил свои домашние задания и проверять их на допущенные ошибки. Если этого не делать, ребенок, не успев толком ознакомиться с одним предметом, через короткое время бросает его и начинает выполнять задания по совершенно другому предмету. Интеллектуальные способности М. не уступают таковым ее одноклассникам. Она способна находить свои ошибки, давать правильные ответы на задания при указании на них.

Утром приходится держать под контролем всю подготовку к школе, так как она постоянно теряет свои вещи и не может их собрать сама. Очень говорлива, часто вмешивается в чужие разговоры, прерывает и перебивает собеседника, находится в постоянном движении. М. еще подвержена частым и резким сменам настроения.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?
4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?
5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

15. Больной А., 7 лет

Родители обратились к врачу, заметив, что их сын часто мигает и такое состояние у него становится все чаще и чаще. Они отмечают, что их сын не может управлять миганием. Учитель мальчика сообщает, что другие дети дразнят его из-за его быстрого глазного мигания. Педиатр ранее замечал, что в дополнение к миганию ребенок часто откашливается, хотя его нос и горло оказались без патологии на медицинском осмотре. В последнее время появились еще вскрикивания, хрюканье,

свист, кашель и пыхтение. Причем эти явления чередуются, а иногда появляются одновременно. Родители сообщают, что это поведение происходит несколько раз ежедневно. Пациент успевает в школе, хотя он иногда испытывает трудности при выполнении домашних заданий. У отца пациента в детстве наблюдался синдром дефицит внимания с гиперактивностью.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

16. Больной Б., 2½ года

Родители обратились к врачу в связи с проблемами адаптации ребенка к детскому саду. Он практически сразу начинает кричать и устраивать истерики после ухода родителей. Когда он успокаивается, он не контактирует и не играет с другими детьми. Не реагирует на обращение и не общается с другими даже жестами. Может часами смотреть в окно, сидя неподвижно и слегка раскачиваясь. Словарный запас его весьма ограничен и не превышает 10 слов. Фразы очень короткие, а сочетание слов не всегда правильное, нередко без конца произносит одну и ту же фразу. Ребенок избегает зрительного контакта. Может играть с одной частью игрушки. Дискомфорт у ребенка выражается в криках, плаче и приступах самоагрессии. Его зрение и слух и другие соматоневрологические показатели в пределах нормы.

1. Перечислите все симптомы и синдромы (позитивные и негативные). Укажите варианты.

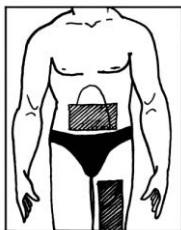
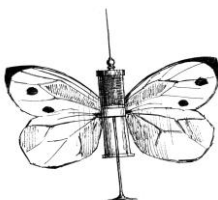
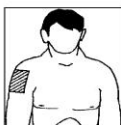
2. Поставьте диагноз по Международной классификации ПР.

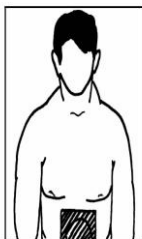
3. Чем приведенный пример отличается от описания в учебнике? Каких признаков не хватает, что изображено неправильно?

4. С какими ПР нужно дифференцировать описанное состояние?

5. Какие психотропные средства (препараты) используются для лечения этих ПР?

4. Варианты татуировок у наркологических больных [8]





ОГЛАВЛЕНИЕ

Общие сведения.....	3
Тема 1. Расстройства восприятия	4
Тема 2. Нарушения мышления.....	21
Тема 3. Расстройства памяти и интеллекта	37
Тема 4. Расстройства эмоций, двигательного-волевой сферы. Нарушение влечений.....	47
Тема 5. Нарушения сознания и самосознания. Припадки	61
Тема 6. Неотложные состояния в психиатрии.....	69
Тема 7. Состояния слабоумия	78
Тема 8. Эндогенные психозы	88
Тема 9. Пограничные ПР	107
Тема 10. Алкоголизм, алкогольные психозы.....	125
Тема 11. Психические расстройства при эпилепсии, сосудистых заболеваниях головного мозга и черепно-мозговой травме	151
Тема 12. ПР при опухолях головного мозга, инфекциях, интоксикациях, сифилисе, соматических заболеваниях	167
Список рекомендуемой литературы.....	183
Приложения	186
1. Перечень психических расстройств (ПР)	186
2. Образец решения задачи	188
3. Задачи по детской и подростковой психиатрии.....	191
4. Варианты татуировок у наркологических больных....	213

ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ

Сборник ситуационных задач

Редактор *М.В. Яковлева*

Согласно Закону №436-ФЗ от 29 декабря 2010 года
данная продукция не подлежит маркировке

Подписано в печать 03.02.2014. Формат 60×84/16.
Бумага газетная. Печать офсетная. Гарнитура Times.
Усл. печ. л. 12,55. Уч.-изд. л. 12,21. Тираж 200 экз. Заказ № 70.

Издательство Чувашского университета
Типография университета
428015 Чебоксары, Московский просп., 15