**1. Паспортные данные**

Ф.И.О.

Возраст: 61 год

Место работы: пенсионерка.

Дата поступления:

Повторность поступления:

Кем направлена:

**2. Жалобы**

При поступлении: на понижение настроения, постоянную тоску, нарушение сна, подавленность, тревогу, печаль, апатию, нежелание с кем-либо общаться, ощущение «стены за спиной, которая ограждает от окружающих».

На момент курации: на повышенный аппетит, нарушение сна, повышение настроения.

**3. Анамнез жизни со слов больной**

1. Наследственность: родители умерли, причину смерти не знает. Хронические заболевания у себя и своих родственников отрицает. Среди родственников больных с нервной или психической патологией, злоупотребляющих наркотиками, алкоголем, совершающих суицидальные попытки, больных сифилисом, тяжёлыми соматическими заболеваниями нет, родные брат и сестра психически здоровы.

2. Особенности развития в раннем периоде: родилась через естественные родовые пути с помощью наложения акушерских щипцов. Родилась в полной семье, первым ребенком. Имеет младшего брата. Наличие энуреза после 4 лет, ночных страхов и тиков отрицает.

3. Особенности характера в детстве, успешность обучения в школе: учиться в школе начала с 7 лет, училась хорошо. Любимые предметы в школе – рисование и литература. В физическом и умственном развитии не отставала от сверстников. Была очень доброй, жизнерадостной, общительной, имела много друзей. Психологический климат в семье был благоприятный. В подростковом возрасте была очень сентиментальной, романтичной, мечтательной, любила смотреть фильмы про любовь.

4. Профессиональное образование: после окончания 8 классов поступила в Ивановский энергетический техникум. Первые 2 курса училась хорошо, 3 курс окончила с тройками, т.к. были трудности в усвоении спец. предметов. В новом коллективе адаптировалась быстро.

5. Трудовая деятельность

6. Семейное положение: в 1972 г вышла замуж. Психический климат в семье был благоприятный. Имеет двух сыновей. Проживает в 2-х комнатной квартире с сыном.

7. Гинекологический анамнез: менструации начались с 12 лет, установились сразу, безболезненные, необильные, продолжительностью 3-5 дней. Было 3 беременности: 1 беременность – физиологические роды, 2 беременность – медицинский аборт, 3 беременность -физиологические роды. Климакс начался в 45 лет.

8. Перенесенные заболевания: в детстве перенесла ветряную оспу, частые ОРВИ, корь. Травм, операций не было. Гепатит, туберкулез, венерические заболевания, ВИЧ-инфекцию отрицает.

**4. Анамнез заболевания со слов больного**

Больной себя считает с 1975 г, когда без причины появилась тоска, апатия, депрессия, появились мысли, что она изменилась, стала хуже всех, неполноценной, перестала заниматься хозяйством, стала холодна с сыном и мужем. Подобные состояния отмечает в 1967г, 1969г и 1972г. Первый раз была апатия, плохое настроение, во время учебы в техникуме, всвязи с получением 3 на экзамене. Второй раз всвязи с назначением на работу в Тольятти. Третий раз после изнасилования. К врачам не обращалась. Изредка отмечает беспричинное веселье, прилив энергии. Такие состояния быстро проходили. В стационаре лечится уже 9 раз. Последний раз выписана в январе 2011г. Регулярно лечится в ДС, посещала ДО. После смерти снохи в апреле 2011г стала вести более замкнутый образ жизни, постоянно была одна, т.к. сына часто не было дома, не хотела ни с кем общаться, ничего не делала по дому, готовила только одни полуфабрикаты, всё время проводила в кровати.

**5. Анамнез заболевания и жизни со слов родственников**

Беседа с мамой больной (1975 г – первое поступление): В 1957г мать перенесла инфекционный энцефалит. В остальном наследственность не отягощена. Больная родилась 1 ребенком, в физическом и умственном развитии не отставала от сверстников. Перенесла корь, простудные заболевания. По характеру – крайне мнительная, нерешительная, неразговорчивая, спокойная, сдержанная, настроение все время ровное. Закончила школу, техникум. После окончания техникума по направлению поехала работать в Тольятти. Перед этим рассталась с парнем, была задержка менструаций. По этому поводу очень переживала, плакала, было плохое настроение. Не хотела работать, целый месяц лежала в кровати. В 1972 г была изнасилована, перенесла гонорею. Опять переживала. Но поведение оставалось нормальное. Изменения состояния отмечает с января 1975г: перестала спать, говорила, что не хочет жить, беспокоила тоска, много времени проводила в постели, т.к. была сонливой. Стала холодна к сыну и мужу, жаловалась матери, что изменилась, стала не как все.

Беседа с мужем больной (1979г – 2 поступление): знает свою жену около 10 лет. По характеру спокойная, уравновешенная, обидчивая, раньше была общительной, но за последние годы жаловалась, что «на работе всем смешно, а мне нет». Больной жену считает с 1968г, когда внезапно перестала ему готовить, много времени проводила в кровати, много плакала, были суицидальные мысли. Нигде не лечилась. В 1975г лечилась в ОКПБ, после выписки чувствовала себя неважно в течение полгода, затем состоянии улучшилось. Имеет 2 сыновей (5 лет, 1г8мес). Живут в коммунальной квартире. Состояние ухудшилось около 3 месяцев, стала жаловаться, что плохо справляется с работой, в поведение замкнута, слезлива. Семейные отношения устойчивые, бывают неприятности с тещей. Мать больной лечилась в ОКПБ.

**6. Выписки из медицинской документации**

1 поступление – бнаходилась на стационарном лечении с 9.04.75г по 23.05.75г с диагнозом: Циклотимия. Субдепрессивное состояние. Поступила впервые в связи с пониженным настроением, вялостью, неуверенностью в себе, нежеланием ничем заниматься, безразличием к окружающим. Получала лечение: Амитриптилин, Седуксен, Фосфрен, вит.В, бромиды. В состоянии наступило улучшение.

2 поступление - находилась на стационарном лечении с 15.03.79г по 15.04.79г с диагнозом: Циклотимия. Субдепрессивное состояние. Поступила с аналогичными жалобами, что и в первое поступление. Получала лечение: Амитриптилин, Фосфрен, пустырник с бромом, Хлорпротиксен.

3 поступление - находилась на стационарном лечении с 04.11.81г по 05.12.81г с диагнозом: Циклотимия. Смешанное субаффективное состояние. Получала лечение: Амитриптилин, Карбонат лития, седуксен.

4 поступление - находилась на стационарном лечении с 11.11.91г по 17.12.91г с диагнозом: Циклотимия. Смешанное субаффективное состояние с преобладанем субдепрессивной фазы. Поступила с жалобами на пониженное настроение, апатию. Получала лечение: амитриптилин, анафранил, мелипрамин, фитотерания, физиолечение, кислородотерапию. На фоне проводимого лечения состояние улучшилось: выровнялся фон настроения, исчезла апатия, появилось желание работать.

5 поступление - находилась на стационарном лечении с 14.12.92г по 15.01.93г с диагнозом: Маниакально – депрессивный психоз. Депрессивная фаза. Получала лечение: аминазин, карбонат лития.

6 поступление - находилась на стационарном лечении с 23.09.97г по 25.12.97г с диагнозом: Маниакально – депрессивный психоз. Депрессивный синдром. Поступила в связи с ухудшением психического состояния. Получала лечение: амитриптилин, анафранил, тизерцин, хлорпротиксен. В результате лечения психическое состояние улучшилось.

7 поступление - находилась на стационарном лечении с 12.01.10г по 03.03.10г с диагнозом: Биполярное аффективное расстройство. Депрессивная фаза. Лечение: амитриптилин, анафранил, ноотропы, хлорпротиксен, сонапакс. В результате лечения спокойна, сдержана, приветлива, без психотической симптоматики, настроение ровное.

8 поступление - находилась на стационарном лечении с 16.11.10г по 28.01.11г с диагнозом: Биполярное аффективное расстройство. Депрессивная фаза. Проводимое лечение: амитриптилин, симптоматическое. В результате лечения спокойна, приветлива, без психотической симптоматики, настроение ровное.

**7. Соматический статус**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание не помрачено. Положение активное. Гиперстенический тип конституции. Осанка сутуловатая. Т тела 36.70С. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, умеренно влажные. Тургор снижен. Видимые слизистые обычной окраски, чистые, влажные. На лбу имеется горизонтальный рубец длиной 2см. полученный в родах. Оволосение по женскому типу, волосы на голове седые. Ногти обычной формы, бледные, грибковые поражения отсутствуют. Склеры белого цвета. Подкожно-жировая клетчатка развита чрезмерно, места наибольшего отложения жира на животе. Толщина кожной складки на передней поверхности живота 4 см. При осмотре лимфатические узлы не видны. При пальпации определяются единичные подчелюстные лимфатические узлы, одинаково выраженные с обеих сторон, размером с небольшую горошину, мягко-эластической консистенции, подвижные, безболезненные, не спаянные друг с другом и окружающими тканями. Прилегающие к лимфатическим узлам кожные покровы и подкожная клетчатка не изменены. Другие группы лимфатических узлов (затылочные, заушные, околоушные, подбородочные, поверхностные шейные, над- и подключичные, грудные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные) не пальпируются. Мышцы развиты удовлетворительно, тонус сохранен. Кости и суставы без деформаций. Расширение вен грудной клетки, видимой пульсации и набухания вен шеи, брюшной стенки и конечностей нет.

**Система дыхания**

Форма носа не изменена. Дыхание через нос свободное с обеих сторон. Грудная клетка гиперстенической формы, симметричная, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Дыхание грудного типа, глубокое, ритмичное. Частота дыхания – 18 в минуту. При пальпации грудная клетка безболезненна. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук. При аускультации грудной клетки над симметричными участками выслушивается везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы не определяются.

**Система органов кровообращения**

Пульс на лучевых артериях одинаковый на обеих руках, ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения, частота пульса 80 в минуту. АД 130/80 мм.рт.ст. справа и слева. Выбуханий и видимых пульсаций вен нет. В области сердца видимых пульсаций и деформаций нет. Верхушечный толчок визуально не определяется, пальпируется в 5-ом межреберьи на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, ограниченный, площадью 2 см. Сердечный толчок не пальпируется. Границы относительной сердечной тупости не изменены. **При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные.**

**Система органов пищеварения**

Язык нормальной величины и формы, розовый, влажный, обложен у корня. Слизистая полости рта розовая, чистая, десны бледно-розовой окраски, не кровоточат. Налетов, трещин и язвенных образований визуально не выявлено. Миндалины симметричные, бледно-розового цвета, не увеличены, припухлости и налетов нет. Живот обычной формы, симметричен, участвует в акте дыхания, пупок втянут. Видимых выбуханий в области передней стенки живота и видимой перистальтики желудка и кишечника нет. При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный, напряжения мышц передней брюшной стенки, расхождение прямых мышц живота, грыжи белой линии не определяются. При перкуссии над всей областью живота определяется тимпанический звук. При осмотре пульсация печени отсутствует. Размеры печени по Курлову в норме.

**Система органов мочеотделения**

Поясничная область не изменена. При перкуссии поясничной области симптом Пастернацкого – отрицателен с обеих сторон. Почки в положении лежа и стоя не пальпируются. Мочевой пузырь не пальпируется. Дно мочевого пузыря при перкуссии на уровне лобкового симфиза.

**8. Неврологический статус**

При общем осмотре мускулатуры конечностей и туловища, мышечные атрофии, гипертрофии, псевдогипертрофии, фибриллярные и фасцикулярные подергивания не выявлены. Симптомы Хвостека, Труссо – отрицательные. Объем активных и пассивных движений полный и в верхних, и в нижних конечностях. Мышечная сила во всех мышечных группах рук и ног сохранена. Глубокие рефлексы без особенностей. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга устойчива. Пальценосовую и пяточноколенную пробы выполняет. Болей и парестезий нет. Состояние поверхностной чувствительности, глубокой и сложных видов чувствительности без нарушений.

**Функции черепных нервов**

**1 пара (nn.olfactorii) - обоняние сохранено, обонятельных галлюцинаций нет.**

**2 пара (n.opticus) - острота зрения снижена, ограничения или выпадения полей зрения нет, цветоощущение сохранено.**

**3,4,6 пары (n.oculomotorius, n.trochlearis, n.abducens) - форма и величина зрачков нормальные, движения глазных яблок в полном объеме, реакция зрачков на свет сохранена S=D.**

**5 пара (n.trigeminus) - поверхностная и глубокая чувствительность на лице в норме, корнеальный и конъюктивальный рефлексы сохранены.**

**7 пара (n.facialis) - наморщивание лба и зажмуривание глаз в норме.**

**8 пара (n.vestibulocochlearis) - острота слуха в норме, нистагма и головокружений нет.**

**9, 10 пара (n.glossopharyngeus, n.vagus) - глотание безболезненное, голосообразование нарушено.**

1. **пара (n.accessorius) - повороты головы в стороны и вниз без затруднений.**
2. **пара (n.hypoglossus) – язык по средней линии, атрофии мышц языка нет.**

**9. Психический статус**

1. Внешний вид: больная опрятная, причесана, ходит по отделению в халате. Словарный запас большой, т.к. выражает свои мысли, не затрудняясь. Поза естественная, поведение, мимика и пантомимика адекватны ситуации.

2. Больная правильно ориентирована в месте (осознает, что находится в Областной клинической психиатрической больнице «Богородское»), во времени (сказала, что сегодня 13 сентября 2011 год, день недели – четверг), в собственной личности.

3. Сознание не помрачено.

4. Количественные (гипестезия, гиперестезия, анестезия) и качественные (парестезии, сенестопатии) расстройства ощущения не выявлены. Качественные (иллюзии, галлюцинации) расстройства восприятия не выявлены.

5. Темп мышления ускорен; по форме, по стройности, целенаправленности, продуктивности мышление не нарушено.

Тест на отсчитывание (оцениваем внимание): 100-7=93,86,79,72,65,48,41,34,27,20,13,6. Оценка: ответы давала быстро, практически без пауз, ответила верно, но один раз ошиблась, потом самостоятельно исправила свою ошибку. Вывод:Внимание концентрируется достаточно.

Тест «Сравнение понятий»: корова – лошадь («оба домашние животные, едят траву, но корова даёт молоко, а лошадь, чтобы ездить»); лётчик – танкист («оба военные, различаются формой одежды»); лыжи – коньки («всё это спортивная обувь, но на лыжах катаются по лыжне, а на коньках по льду»); трамвай – автобус («всё это транспорт, но трамвай ездит по рельсам, а автобус по дороге»); озеро – река («всё это вода, где можно купаться, но в реке есть течение, а в озере нет»). Оценка: больная, задумываясь, объясняет, что в словах общего и чем они различаются.

Тест «Существенные признаки»: река - берег, рыба, рыболов, тина, вода («вода, берег)»; город – автомобиль, здание, толпа, улица, велосипед («толпа, здание»); сарай – сеновал, лошадь, крыша, скот, стены («крыша, стена»); куб – углы, чертеж, сторона, камень, дерево («сторона, угол»); деление – класс, делимое, делитель, карандаш, бумага («делимое, делитель»); чтение – глаза, книга, картинка, печать, слово («глаза, книга, печать»); игра – карты, игроки, штрафы, наказание, правила («карты, игроки, правила»). Оценка: не критичность и не направленность мышления не выявлены, резонерские, спутанные суждения не отмечаются.

Тест «Исключение четвертого лишнего»: стол, стул, пол, кровать («лишним является пол, потому что по нему ходят, а все остальные слова - мебель, по мебели ходить нельзя»); лампа, фонарь, солнце, свеча («лишнее слово – солнце, потому что является естественным источником света, а все остальные слова - искусственные источники освещения»); награда, приз, приказ, премия («лишнее слово – приказ», но объяснить свой выбор не смогла); француз, итальянец, вегетарианец, испанец («лишним является вегетарианец, т.к. это образ жизни, а все остальные слова – национальность»);. Оценка: способность сравнивать, анализировать и обобщать выделенные признаки не нарушена, нехватка словарного запаса.

Тест «Простые аналогии»: ухо слышать – зубы видеть, лечить, рот, щетка, жевать («зубы жевать»); лошадь жеребенок – корова пастбище, рога, молоток, теленок, бык («корова теленок»); тонкий толстый – безобразный красивый, жирный, грязный, урод, веселый («безобразный красивый»); свинец тяжелый – пух трудный, перина, перья, легкий, куриный («пух легкий»); ложка каша – вилка масло, нож, тарелка, мясо, посуда («вилка мясо»). Оценка: порядок решения задачи усвоила после первого примера, не отмечается затруднения интеллектуального процесса.

Тест «Объяснение метафор и пословиц»: Железный характер – («сильный человек»). Каменное сердце - («жестокий, плохой человек»). Куй железо, пока горячо – («надо торопиться»). Не в свои сани не садись - (« Но то все золото, что блестит – («например, когда самовар начистишь, то он тоже блестит как золото»). Тише едешь, дальше будешь – («если едешь тише, то едешь без несчастных случаев, едешь раздумано»),эту пословицу вспомнила сама,так же вспомнила пословицу «семь раз отмерь,один раз отрежь» и объяснила,что лучше подумать несколько раз,прежде чем что то делать. Оценка: пословицы и метафоры понимает в переносном смысле.мыслительная деятельность не нарушена.

6. Предъявляет жалобы на снижение памяти (указывает на то, что стала все забывать), однако, помнит все события жизни очень точно, называет дату, имена и фамилии людей, присутствующих при тех или иных событиях в личной и общественной жизни. Сохранены профессиональные навыки, запас знаний и житейских представлений, кругозор. Уровень умственной деятельности соответствует возрасту, образованию, жизненному опыту. Больная выделяет существенные признаки и устанавливает причинно-следственные связи между предметами и явлениями, способна рассуждать. Во время разговора не отвлекалась на посторонний шум, концентрировала своё внимание при выполнении тестов.

Тест «Заучивание 10 слов»:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Кол-во повторений | Лес | Хлеб | Вода | Окно | Стул | Брат | Конь | Гриб | Игла | Мед |
| 1 | + | + | + |  | + | + | + |  |  |  |
| 2 | + |  |  |  | + |  | + |  |  |  |
| 3 | + |  |  |  |  | + | + | + | + | + |
| 4 | + | + | + |  |  |  | + |  | + |  |
| 5 |  |  | + | + | + | + |  | + | + | + |
| Спустя 30-40 мин |  |  |  |  | + | + | + |  |  |  |

Оценка: к третьему повторению больная не может воспроизвести 9 или 10 слов и при следующих повторениях тоже.

7. Больная сама подошла, предложила поговорить, сказала, что нам будет очень интересно с ней разговаривать. Настроение у нее хорошее, больная улыбается и идет на контакт, в разговоре активна. Больная хорошо общается с соседками по палате, конфликтов нет. Сообщила нам: «могу всех успокаивать, умею выслушивать людей, не перебиваю. Т.к. мой знак зодиака весы, то всегда всё уравновешиваю». Дальнейшие планы на будущее – («хочу уже домой, у меня есть друг очень хороший, чтобы его поскорее поцеловать, обнять, побеседовать с ним»).

8. Больная хорошо общается с соседками по палате, дружелюбна, не конфликтует. К медицинскому персоналу относится хорошо, здоровается со всеми, обращается на «Вы».

9. Больная осознает, что больна, понимает, что нуждается в лечении, более того, сама попросила её госпитализировать. Лечение считает эффективным, т.к. самочувствие улучшилось.

**10. Диагноз**

Биполярное аффективное расстройство. Маниакальная фаза.

**11. Данные дополнительных методов исследования**

Данные дополнительных методов исследования без патологии.

**12. Обоснование диагноза**

1.Из жалоб:

При поступлении: на понижение настроения, постоянную тоску, нарушение сна, подавленность, тревогу, печаль, апатию, нежелание с кем-либо общаться, ощущение «стены за спиной, которая ограждает от окружающих».

На момент курации: на повышенный аппетит, нарушение сна, повышение настроения.

2. Из анамнеза заболевания: больной себя считает с 1975 г, когда без причины появилась тоска, апатия, потеряла интерес к жизни, появились мысли, что она изменилась, стала хуже всех, неполноценной, перестала заниматься хозяйством, стала холодна с сыном и мужем. Аналогичные состояния отмечает в 1967г, 1969г и 1972г. Первый раз была апатия, плохое настроение, когда училась в техникуме, после того как получила 3 на экзаменах. Второй раз в связи с назначением на работу в Тольятти. Третий раз после изнасилования. Изредка отмечает беспричинное веселье. Такие состояния быстро проходили. После смерти снохи в апреле 2011г стала вести более замкнутый образ жизни, постоянно была одна, т.к. сына часто не было дома, не хотела ни с кем общаться, ничего не делала по дому, готовила только одни полуфабрикаты, всё время проводила в кровати.

3. Из беседы с мамой больной выявлено: изменения состояния отмечает с января 1975г: перестала спать, говорила, что не хочет жить, беспокоила тоска, много времени проводила в постели, т.к. была сонливой. Стала холодна к сыну и мужу, жаловалась матери, что изменилась, стала не как все.

4. Из проведения тестов выявлено, что темп мышления ускорен.

5. Больная сама проявила инициативу поговорить, сказала, что нам будет очень интересно с ней беседовать. Настроение у нее хорошее, больная улыбается и идет на контакт, в разговоре активна. Больная хорошо общается с соседками по палате, конфликтов нет. Сообщила нам: «могу всех успокаивать, умею выслушивать людей, не перебиваю. Т.к. мой знак зодиака весы, то всегда всё уравновешиваю». Дальнейшие планы на будущее – («хочу уже домой, у меня есть друг очень хороший, чтобы его поскорее поцеловаться, обняться, побеседовать с ним»).

Из данных симптомов можно выделить: гипотимия(пониженное настроение), гипобулия(снижение воли и влечения), моторная заторможенность, пониженная самооценка, бред самообвинения, которые подтверждают наличие депрессивного синдрома. Депрессивный сидром отмечался на момент поступления. На момент курации у больной отмечается: гипертимия (повышенное настроение), гипербулия (повышение воли и влечений), ускорение мышления, повышенный аппетит, уменьшение продолжительности сна, это все подтверждает маниакальный синдром. Видим чередование этих синдромов, что свидетельствует о двухфазности течения заболевания, на момент курации основной синдром маниакальный, поэтому фаза маниакальная.

**13. Дифференциальный диагноз**

Следует отдифференцировать следующие заболевания:

1. Инволюционная меланхолия (инволюционная депрессия начинается в типичных случаях в возрасте 45-55 лет. Отличительной чертой психоза являются преобладание тревожного возбуждения. Нередко возникают бредовые идеи, часто отмечается нигилистический ипохондрический бред (синдром Котара), возможны истериформные реакции(причитание, плач, крик, назойливость). В отличие от МДП состояние больных в значительной мере зависит от окружающей ситуации. Помещение больного в незнакомую обстановку (госпитализация) приводит к обострению заболевания, росту растерянности и возбуждения.
2. Реактивная депрессия. Ее возникновение и клинические проявления тесно связаны с тяжелой психической травмой, обусловленной ситуацией эмоциональной утраты. Глубина реактивной депрессии может быть различной, однако соматические компоненты депрессии и двигательная заторможенность выражены обычно несколько слабее, чем при МДП, суточные колебания настроения не характерны. Возможно возникновение галлюцинаций (больной слышит голос умершего, его шаги). Выздоровление связано с постепенной дезактуализацией психотравмы. Повторные сезонные приступы болезни не характерны.
3. Аффективный эндогенный психоз необходимо дифференцировать с шизофренией (циркулярная форма), при которой в дебюте заболевания могут наблюдаться депрессивные или маниакальные состояния. Однако при шизофрении нет типичного для аффективных психозов развития клинической картины с чувством «витальной тоски», суточных колебаний настроение в то время как появляются характерные нарушения мышления с «обрывом» мыслей, «параллельными мыслями», а впоследствии развивается психоз с явлениями психического автоматизма и симптомами «первого ранга» (и: К. Шнайдеру). Дальнейшее течение прогредиентного эндогенного процесса с наличием аффективных расстройств приводит к постепенному нарастанию дефицитарных симптомов, формирования «чистой ремиссии» не наступает. Преморбидные особенности при шизофрении характеризуются преобладанием шизоидных черт, в то время как при МДП и циклотимии личность до болезни определяется как гипертимная либо имеющая черты эмоциональной неустойчивости.

**14. План лечения**

1. Режим-3.

2. Диета – ОВД.

3. Для устранения маниакального возбуждения назначаются нейролептики:

Rp. Aminazini 100 mg

D.t.d. № 50 in dragee

S. По 2 драже 3 раза в день внутрь после еды.

4. При гипоманиакальных состояниях эффективны транквилизаторы:

Rp. Diazepami 10 mg

D.t.d №50 in tab.

S. По 3 таблетки в день.

5. При депрессиях эффективны антидепрессанты:

Rp. Amitriptylini 50 mg

D.t.d. №50 in tab.

S. По 2 таблетки 3 раза в день.

6. Rp. Lithii carbonatis 0.3

D.t.d. №50 in tab.

S. По 1 таблетке 3 раза в день после еды.

7. Rp. Dragee «Sonapax» 100 mg

D.t.d № 60

S. По 1 таблетке 2 раза в день.

8. Психотерапия.

**15. Выписной эпикриз**

Ф.И.О:

Возраст: 61 год.

Диагнозе при поступление Биполярное аффективное расстройство. Маниакальная фаза поставлен на основании:

1. жалоб:

При поступлении: на понижение настроения, постоянную тоску, нарушение сна, подавленность, тревогу, печаль, апатию, нежелание с кем-либо общаться, ощущение «стены за спиной, которая ограждает от окружающих».

На момент курации: на повышенный аппетит, нарушение сна, повышение настроения.

2. анамнеза заболевания: больной себя считает с 1975 г, когда без причины появилась тоска, апатия, потеряла интерес к жизни, появились мысли, что она изменилась, стала хуже всех, неполноценной, перестала заниматься хозяйством, стала холодна с сыном и мужем. Аналогичные состояния отмечает в 1967г, 1969г и 1972г. Первый раз была апатия, плохое настроение, когда училась в техникуме, после того как получила 3 на экзаменах. Второй раз в связи с назначением на работу в Тольятти. Третий раз после изнасилования. Изредка отмечает беспричинное веселье. Такие состояния быстро проходили. После смерти снохи в апреле 2011г стала вести более замкнутый образ жизни, постоянно была одна, т.к. сына часто не было дома, не хотела ни с кем общаться, ничего не делала по дому, готовила только одни полуфабрикаты, всё время проводила в кровати.

3. беседы с мамой больной выявлено: изменения состояния отмечает с января 1975г: перестала спать, говорила, что не хочет жить, беспокоила тоска, много времени проводила в постели, т.к. была сонливой. Стала холодна к сыну и мужу, жаловалась матери, что изменилась, стала не как все.

4. проведения тестов выявлено, что темп мышления ускорен.

5. Больная сама проявила инициативу поговорить, сказала, что нам будет очень интересно с ней беседовать. Настроение у нее хорошее, больная улыбается и идет на контакт, в разговоре активна. Больная хорошо общается с соседками по палате, конфликтов нет. Сообщила нам: «могу всех успокаивать, умею выслушивать людей, не перебиваю. Т.к. мой знак зодиака весы, то всегда всё уравновешиваю». Дальнейшие планы на будущее – («хочу уже домой, у меня есть друг очень хороший, чтобы его поскорее поцеловаться, обняться, побеседовать с ним»).

Больной была назначена терапия: Режим-3. Диета – ОВД. Aminazini 100 mg - по 2 драже 3 раза в день внутрь после еды; Diazepami 10 mg - по 3 таблетки в день; Amitriptylini 50 mg - по 2 таблетки 3 раза в день; Lithii carbonatis 0.3 - по 1 таблетке 3 раза в день после еды; Dragee «Sonapax» 100 mg - по 1 таблетке 2 раза в день. Психотерапия.

Проводимое лечение считает эффективным, т.к. настроение повысилось, ощущает прилив энергии, появилось желание общаться, заниматься чем-либо. Больную можно перевести на ДС.

Прогноз: прогноз для данной больной не благоприятен: выявляется эпизод расстройств настроения, имеет повторные обострения. Пациентка дезадаптирована в профессиональной, социальной и семейной жизни и имеет повышенный риск суицида.

В качестве поддерживающей терапии: карбамазепин 600 мг/сут в 3-4 приема, вальпроат натрия суточная доза 0.9 г разовая доза 0,3г(1 таблетка).

Рекомендуется проведение психотерапии с пациенткой и ее родственниками

**Список использованной литературы**

1. «Психиатрия и наркология». Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин. Москва. 2006г.

2. «Психиатрия». Н.М. Жариков, Л.Г. Урсова, Д.Ф. Хритинин М.Медицина 1989г.

3. «Современные лекарственные средства». А.Т. Бурбелло Москва. 2010г.

4.Лекции по психиатрии