## Паспортная часть

### Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 36 лет (дата рождения: 16.12.1967г.)

Образование: средне – специальное, электрик.

Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы: инвалид 2 группы

Дата поступления: 28.03.2004 г.

#### Жалобы на момент курации

На момент курации предъявляет жалобы на подавленное настроение, плохой сон, неусидчивость, тревогу. Также больного беспокоит тремор нижних конечностей.

#### Анамнез жизни

Родился в неполной семье, имеет брата. Данных о течении беременности матери нет. Наследственность отягощена по линии матери пьянством деда и брата матери. Больной с детства был необщительным, испытывал трудности в установлении неформальных контактов. В обществе малознакомых людей чувствовал себя неуверенно. Д/С посещал охотно, но был нелюбим другими детьми. Оставаясь дома в одиночестве, испытывал необъяснимый страх, казалось, что «кто-то есть в комнате». В школу пошел с 7 лет. Учился посредственно. Среди одноклассников уважением не пользовался. Оставался застенчивым, неуверенным в себе. В то же время в мечтах «видел себя лидером и авторитетом». С 5 класса успеваемость резко понизилась: стал прогуливать уроки в компании асоциальных сверстников. Пытаясь завоевать их доверие, почувствовать себя на равных, начал курить, прибегал к употреблению спиртного. Закончил 8 классов. В ПТУ получил специальность электрика. Получал стипендию и пропивал её. Мог пить по несколько дней, «пока деньги не кончались». Был призван в армию, отношения с сослуживцами не сложились, был обижаем старослужащими. При очередном ущемлении ударил старшину, был осужден, отбывал наказание в ИТК. Судимость погашена. По освобождению переехал с матерью в г. Петрозаводск. Трудоустроился, с первых дней постоянно употреблял спиртное. Постепенно повышалась толерантность, сформировался похмельный синдром. В состоянии абстиненции имели место вегетативные нарушения. Испытывал страх, боялся окружающих людей, казалось, что они «могут убить». Отмечался эпизод слуховых галлюцинаций: слышал «голос» со стороны, говоривший: «беги». К врачам больной не обращался. Пациент не женат, детей нет. Живет с матерью и братом.

**Анамнез заболевания**

Считает себя больным с 33 лет (с весны 2001 года), когда стала усиливаться тревожность, больной стал неусидчив, стал плохо спать. Также беспокоили головные боли. Тревога в большей степени ощущалась в утренние часы, к вечеру становилась меньше. Стал испытывать страх, боялся окружающих людей, в том числе мать и брата. На фоне описанной симптоматики пациент предпринял суицидальную попытку. Проходил лечение в РПД. После лечения не наблюдался. Через год (весной 2002 года) – повторный рецидив с такой же симптоматикой. Больной направлен на лечение в РПБ, где проходил лечение в течение 4 месяцев. После проведенного лечения (препараты и дозы не помнит) состояние улучшилось, что выразилось в притуплении чувства тревоги, больной стал лучше спать. После выписки из РПБ находился на поддерживающем лечении под амбулаторным наблюдением в РПД. 27.10.2003 – повторный рецидив, симптоматика такая же, как и предыдущих случаях. В РПБ не госпитализирован, мать больного была против госпитализации. Настоящая госпитализация связана с появившимися вновь у больного беспричинной тревоги, подавленного эмоционального состояния, неусидчивости, плохого сна и слуховых галлюцинаций.

**Status praesens objectivus**

* При общем осмотре:

Состояние больного удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, выражение лица и глаз доброжелательное.

Телосложение правильное. При осмотре кожных покровов кожа бледно - розовая, нормальной влажности, теплая на ощупь, пролежней, сыпей, расчесов, участков шелушения нет, кровоизлияний, сосудистых звездочек нет, тургор кожи сохранен. При осмотре видимые слизистые оболочки розовые, кровоизлияний, изъязвлений, корочек нет. Тип оволосения мужской, волосы густые. Пальцы и ногти обычной формы, "барабанных палочек" и "часовых стекол" нет, ногти на руках блестящие, ровные, исчерченности и ломкости ногтей нет.

При пальпации нижнечелюстные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, паховые лимфатические узлы не пальпируются. Питание достаточное, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно, толщина 1 см, распределена равномерно, отеков нет. Мышцы развиты удовлетворительно, тонус мышц сохранен, при пальпации, активных и пассивных движениях безболезненны. Искривлений, деформаций костей нет, кости при надавливании и покалачивании безболезненны. В суставах болезненности, деформации, хруста при пальпации и движении нет. Во время разговора (в положении сидя) у больного наблюдается тремор нижних конечностей. При движении этот симптом исчезает.

* Состояние по органам и функциональным системам

**Система дыхания**

Грудная клетка астенической формы, западений, выбуханий нет. Дыхание через нос, свободное, брюшного типа, ритмичное, средней глубины с частотой 16 дыхательных экскурсий в минуту.

Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Одышки, удушья видимых на глаз нет. При пальпации грудная клетка эластична, безболезненна. При сравнительной перкуссии над всеми полями легких определяется ясный легочный звук.

Аускультативные данные в норме.

**Система кровообращения**

При осмотре область сердца без видимых изменений, сердечный горб отсутствует, верхушечный толчок не виден. При пальпации сердечный толчок не определяется, верхушечный толчок определяется в положении стоя на выдохе на 1.5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Верхушечный толчок низкий, средней силы, резистентный, ограниченный, площадь 1 см.

При перкуссии границы относительной сердечной тупости в норме. При перкуссии границы абсолютной сердечной тупости в норме. При аускультации сердца тоны ритмичные, ясные, ослабления, усиления или раздвоения тонов нет, шумы отсутствуют, шума трения перикарда нет. При пальпации лучевой артерии пульс синхронный на обеих руках, одинаковый по величине, ритмичный, с частотой 74 удара в минуту, нормальный по наполнению, напряжению и величине, обычный по форме. При измерении артериальное давление 120/70 мм рт. ст.

**Система пищеварения и органы брюшной полости**

Глотание свободное, безболезненное. При осмотре области живота живот округлой формы, симметричный, не вздут, выпячиваний, западений, видимой пульсации, перистальтики нет. Расширений вен брюшной стенки и видимой на глаз пульсации в околопупочной области нет. Кожа живота чистая, рубцов нет.

Живот участвует в акте дыхания. При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный. Расхождения прямых мышц живота нет. Нижний край печени по реберной дуге, ровный безболезненный. Селезенка не пальпируется.

**Мочеполовая система**

При осмотре выпячивания в области почек нет. При перкуссии с обеих сторон симптом Пастернацкого отрицателен. При поверхностной пальпации болезненность не определяется. Мочеиспускание безболезненное.

**Нервная система**

Больной в сознании, ориентирован в пространстве и времени. Лицо симметрично, реакция зрачков на свет сохранена. Нарушений со стороны черепно-мозговых нервов нет, корнеальный рефлекс сохранен. Сухожильные, надкостничные, поверхностные рефлексы нормальной выраженности. Патологических рефлексов нет. Чувствительность сохранена.

Менингиальные симптомы отрицательные. Вазомоторных расстройств нет. Потоотделение и слюноотделение в норме.

При общем осмотре мускулатуры конечностей и туловища атрофий, гипертрофий не обнаружено. Объем активных и пассивных движений во всех суставах полный, в одноименных суставах амплитуда движений одинакова. Тонус мышц незначительно повышен.

**Психическое состояние**

***Сознание***

Ориентация больного во времени, пространстве и собственной личности сохранена. Пациент внешне неопрятен: не причесан, одет плохо. Для беседы пригласил нас в свою палату. Во время беседы больной сидит на своей койке. Контакт продуктивный: на вопросы отвечает осмысленно. Больной отчетливо представляет место своего нахождения, правильно его называет, правильно указывает год, месяц и число (ориентируется в календарном времени), узнает кураторов при повторных посещениях. Признаков фрагментарности мышления не выявлено. Симптомов выключения сознания также не отмечено: больной реагирует на раздражители обычной силы, понимает обращенные к нему вопросы разной степени сложности, реагирует на них адекватно. Сонливости нет. Судорожных припадков или припадков без судорог у больного в течение жизни не было. Эпизоды амнезий больной отрицает.Предъявляет жалобы на подавленное настроение, плохой сон, неусидчивость, тревогу, тремор в нижних конечностях.

***Заключение*:** расстройств сознания не выявлено.

***Восприятие***

В сфере восприятия у больного отмечаются расстройства: он изредка слышит «голос, звучащий со стороны». От дальнейших расспросов на эту тему больной уклоняется. Из истории болезни выяснено, что голоса имеют императивный характер, «приказывают, управляют». При попытке детализации ощущений больного он замыкается, говорит, что ему неприятно говорить на эту тему. На предложение описать (на бумаге) или нарисовать «голос» больной ответил отказом. О времени первого появления «голоса» и каких-либо изменениях их в процессе существования больной не сообщает.

Гипер - и гипестезий при обследовании не обнаружено. Жалоб на необычные ощущения во внутренних органах больной также не предъявлял.

***Заключение*:** имеется качественное нарушение восприятия в виде императивных вербальных слуховых галлюцинаций.

***Внимание***

Больной оценивает себя как внимательного человека, считает, что способен читать и работать в любой обстановке. Признаков истощаемости внимания не отмечено (беседы с больным продолжались до 1 часа, и больной не проявлял усталости). Пробу с подсчетом кружков больной выполнил верно. Активное и пассивное внимание не снижено.

***Заключение*:** расстройств внимания не выявлено.

***Память***

Больной оценивает свою память как «среднюю», лучше развита у него моторная и зрительная память. События своего детства и юности помнит хорошо. Базовые знания сохранены: больной без колебаний называет имя матери, брата, их возраст, даты их рождения, и т. д. Псевдореминисценций и конфабуляций больной не демонстрирует. Нарушений чувства знакомости нет.

Результаты психологических тестов для исследования памяти:

1. Телефонная проба: больной без труда повторяет за куратором все цифры номера, но через 2 минуты повторяет их с трудом.
2. Запоминание 10 слов.

Были предъявлены следующие слова:

Стол

Река Количество воспроизведенных слов

Дом

Собака

Лицо

Дерево

Часы

Сыр

Сад

Мука

Количество попыток

После первого предъявления больной воспроизвел 3 слова, что значительно ниже нормальных показателей (от 6 до 7 слов).

Кроме того, при воспроизведении слов у больного отмечаются соскальзывающие ассоциации: вспомнив слово «мука» больной выстраивает собственный ассоциативный ряд, добавляя: «сахар», «сметана», «яйцо», считая эти слова присутствующими в предъявленном ряду. Эти соскальзывания отмечались неоднократно, и всегда ассоциации были однотипными.

***Заключение*:** память снижена (в основном фиксационная), отмечаются соскальзывающие ассоциации.

***Мышление***

Основной тип мышления у больного – конкретный: больной в разговоре пытается сводить все ответы на вопросы к конкретным предметам, вещам, действиям.

Имеется расстройство мышления по темпу: оно замедлено. Речь больного обеднена, замедлена, ответы на вопросы односложные, после непродолжительной паузы. После установления контакта больной стал реагировать на вопросы более оживленно, ответы на вопросы стали более развернутыми, полными, но замедленность мышления сохранялась. Патологической обстоятельности, резонерства, персевераций в речи не отмечено.

Глубина суждений, высказываемых больным в беседе, недостаточна. Суждения больного касаются в основном бытовых проблем, отношений с матерью, братом. Эти простые рассуждения больной ведет правильно, не высказывая паралогичных идей.

Больной склонен к навязчивым сомнениям и действиям: рассказывает, что иногда по много раз перепроверяет, закрыт ли кран, взята ли с собой необходимая вещь и т. д. и все равно потом волнуется, не забыл ли что-то сделать. Фобий выявить не удалось, сверхценных идей в разговоре больной не высказывал.

При беседе больной говорит тихим голосом, хотя голосовая функция не нарушена. Объяснить причину этого больной не смог. Результаты психологических тестов для оценки мышления:

1. Исключение четвертого лишнего больной проводит правильно, но объяснить, почему исключает именно данное понятие, затрудняется.
2. Сравнение понятий.

На вопрос о том, что общего и в чем разница между собакой и кошкой, больной отвечал, что «у кошки глаза зеленые и блестящие, а у собаки щенки». Пояснить свой ответ больной не смог.

На вопрос: «что общего между яблоком и грушей?» больной отвечал, что: «яблоко круглое, зеленое, желтое, красное, груша продолговатая, желтая, зеленая».

Различия между мухой и самолетом больной видит в том, что «самолет возит пассажиров, а муха садится на сладкое».

По результатам этого исследования можно заключить, что у больного нарушена способность выделять признаки предметов, на основании которых осуществляется их сравнение. Больной использует для сравнения предметов совершенно разные характеристики.

3.Понимание смысла пословиц и метафор.

Смысл выражения «золотые руки» больной поясняет правильно.

Выражение «рубаха-парень» больной поясняет так: «это человек, родившийся в рубашке».

На вопрос о том, что означает пословица «куй железо, пока горячо», больной ответил: «пока не закончено одно дело, не следует начинать другого».

***Заключение*:** отмечаются расстройства мышления по темпу (замедление) и по содержанию (формирование паралогичных умозаключений), обнаружены признаки навязчивых сомнений и действий.

***Интеллект***

При сборе анамнеза больной не употреблял общие и профессиональные понятия, его суждения и умозаключения касались только бытовых, домашних проблем, были поверхностными, без попыток анализа ситуаций. Легко воспринимались только относительно простые вопросы, на них давались простые, поверхностные, конкретные ответы. Сложно сформулированные вопросы, касающиеся отдельных деталей, воспринимались с трудом, их приходилось повторять или упрощать.

Запас общежитейских знаний у больного низкий: он назвал очень мало названий городов, рек, государств (так, из рек были названы Лена, Волга и почему-то Обское море). Знает фамилию нынешнего президента России, но о политической ситуации в мире не осведомлен (хотя утверждает, что интересуется политикой, смотрит программы новостей).

Такой уровень интеллекта можно объяснить недостаточным образованием больного, недостаточным профессиональным уровнем, окружением больного и низким уровнем культуры в его семье. С другой стороны, подобная картина может наблюдаться при аутистических чертах личности, тогда это объясняется игнорированием реально происходящих событий.

***Заключение*:** уровень интеллекта низкий, но, вероятно, это объясняется не снижением его, а недоразвитием, обусловленным недостаточным образованием и социальной средой, либо аутистическими установками.

***Эмоции***

Свое настроение в данный момент больной оценивает как хорошее, хотя при поступлении предъявлял жалобы на снижение настроения, тревожность, чувство страха за свою жизнь и здоровье. Больной подвержен колебаниям настроения, воспринимает все «слишком близко к сердцу», в конфликтных ситуациях не пытается защищаться, а отмалчивается. С началом лечения отметил, что стал гораздо спокойнее реагировать на конфликтные ситуации. Не злопамятен, легко прощает нанесенную обиду, свой характер определяет как «добрый, покладистый». Колебания настроения в зависимости от времени суток больной не отмечает. Суицидальных мыслей никогда не возникало. Мимика у больного малоактивная, жестикуляции практически нет, при разговоре больной всегда принимает одну и ту же позу: сидит, скрестив руки на груди.

Эмоции выражены слабо, предмету беседы в основном адекватны. ***Заключение*:** отмечено некоторое снижение эмоциональной активности, гипомимия

***Эмоционально - волевая сфера***

Больной неопрятен в прическе, одежде. В разговоре участвует пассивно, в основном отвечает на поставленные вопросы, встречных вопросов не задает, интереса к беседе не проявляет, не пытается выяснить что-либо о своей болезни. Осознает свое заболевание. Эмоциональное отношение к родственникам безразличное, к медицинскому персоналу безразличное. Самооценка не завышена.

В отделении в основном одинок, с больными общается редко, большую часть времени бесцельно ходит по коридору. Поведение больного во время беседы несколько скованное.

Волевой дефект проявляется склонностью к употреблению спиртного. Увлечений не имеет, время проводит в бездействии. Пациент ни за что не может приняться, никак не может собраться что-нибудь сделать. При попытке что-то сделать резко возрастает тревожность, и он бросает начатое.

***Заключение*:** обнаружены нарушения в эмоционально-волевой сфере в виде гипобулии.

***Поведение***

При наблюдении больного вне ситуации курации отмечено, что больной больше времени проводит в коридоре, чем в палате, мало общается с другими больными, чаще сидит один или ходит по коридору. Побеседовать с дежурной сестрой отделения для выяснения особенностей поведения больного не удалось.

***Заключение*:** в поведении больной отмечены признаки аутизма.

#### Клинический диагноз и его обоснование

На основании данных психического статуса, свидетельствующих о наличии у больного галлюцинаторно-параноидного синдрома, нарушений в эмоциональной сфере (снижение эмоциональной активности, гипомимимия), нарушений в сфере мышления (замедление, формирование паралогичных умозаключений, обнаружены признаки навязчивых сомнений и действий, нарушение абстрагирования), расстройств эмоционально-волевой сферы (гипобулия) и расстройств поведения (признаки аутизма) можно поставить ***Диагноз***:

Параноидная шизофрения, непрерывно-прогредиентный тип течения, ухудшение. Галлюцинаторно-параноидный синдром.

#### Дифференциальный диагноз

Наличие ремиссий.Непрерывный тип течения характеризуется отсутствием ремиссий, тогда как при шубообразном течении имеется период ремиссий, а при рекуррентном - имеют место периоды интермиссий. При непрерывном течении, т.к. отсутствуют ремиссии, психотическая симптоматика, никогда не исчезает совершенно.

Наличие дефекта личности.При шубообразном течении наблюдается неуклонное прогрессирование заболевания от приступа к приступу с переходом в последующем в непрерывный тип течения и выраженным эмоционально-волевым дефектом личности, для рекуррентного же течения характерно отсутствие выраженного дефекта личности даже при длительном течении.

Особенности течения.Наиболее злокачественные формы при непрерывном течении сопровождаются ранним началом и быстрым формированием апатико-абулического синдрома, полной редукции симптоматики достичь не удается. При шубообразном течении – приступ возникает остро, продолжается несколько месяцев и завершается отчетливой редукцией бредовой симптоматики, иногда появлением критики к перенесенному психозу. При рекуррентном варианте течения заболевания приступы возникают наиболее остро, симптоматика аффективно насыщена, на высоте – может наблюдаться помрачение сознания, у части больных наблюдается только 1-2 приступа в течение всей жизни, между которыми могут наблюдаться длительные, светлые промежутки без продуктивной симптоматики.

Дифференциальный диагноз необходимо провести с органическими психозами интоксикационного характера, так как в анамнезе имеются указания на неоднократное употребление алкоголя. Из органических психозов интоксикационного генеза состояние больного следует дифференцировать с хроническим вербальным галлюцинозом, который возникает при алкоголизме. Элементами сходства с данной патологии у больного являются вербальные слуховые псевдогаллюцинации. Кроме того, у больного имеются компоненты астенического синдрома, что также характерно для вербального галлюциноза. Но у данного больного имеются нарушения мышления в виде замедления, формирования паралогических умозаключений. Присутствуют расстройства эмоциональной сферы (снижение эмоциональной активности, гипомимия), нарушения эмоционально-волевой сферы (гипобулия), элементы аутизма в поведении, что более характерно для шизофрении и является для нее облигатной симптоматикой.

#### Лечение

Основой лечения больных с диагнозом шизофрения является:

* медикаментозная терапия,
* формирование доверительных отношений больного с опытным специалистом,
* психосоциальное воздействие
* постепенная реабилитация и профессиональная переподготовка.

***Медикаментозная терапия***

Исходя из поставленного диагноза параноидной шизофрении с непрерывно-прогредиентным течением назначено следующее лечение:

1) Нейролептики с избирательным действием на продуктивную психопатологическую симптоматику: галоперидол, триседил, трифтазин

2) Для купирования экстрапирамидных побочных эффектов нейролептиков корректоры: циклодол, прокопан, акинетон

3) Учитывая депрессивное состояние больного с элементами тревоги, антидепрессанты с седативным эффектом (амитриптиллин, триптизол, эливел)

4) По выписке следует назначить дюрантные нейролептики (модитен-депо, ИМАП, пипортил L4, деканаат галоперидола).

5) Показано общеукрепляющее лечение (витаминотерапия и пр.), учитывая токсическое действие постоянно употребляемых психотропных препаратов.

Rp.: Tab. Triftazini 0,005.

D.S. По 1 таблетке 2 раза в день

с целью антипсихотического действия, учитывая, что у пациента нет возбуждения.

Rp.: Tab. Amitriptylini 0, 025.

D.S. По 1 табл. 4 раза в день

для анксиолитического действия (снятие тревоги) и с целью получить антидепрессивный эффект.

Rp.: Tab. Cyclodoli 0,001

D.S.По 1 таблетке 2 раза в день после или во время еды

с целью предупреждения экстрапирамидных побочных эффектов от приема трифтазина.

В качестве общеукрепляющей терапии, для ускорения снятия явлений астенизации назначается Undevitum по 1 драже 3 раза в день после еды.

Нередко в процессе длительного лечения у больных шизофренией обнаруживается резистентность патологического процесса к проводимой терапии. Болезнь принимает длительное хроническое течение без тенденции к ремитированию. Для преодоления терапевтической резистентности показано:

* внутривенное или внутримышечное введение мелипрамина до временного обострения симптоматики
* введение маннитола, мочевины, лидазы, гемодеза, диуретических средств (фуросемида, верошпирона)
* введение иммунодепрессантов (циклофосфамида)
* применение метода быстрого изменения дозировок нейролептиков («зигзаг», одномоментная отмена препарата)
* применение электросудорожной терапии и инсулинокоматозного лечения в периоды полной отмены препаратов
* введение препаратов из группы ноотропов (аминалон, ноотропил, энцефабол)

После достижения терапевтического эффекта необходимо продолжать лечение, направленное на предотвращение рецидивов. Назначаются психотропные средства, лучше пролонгированного действия (модитен-депо, флушпирилен).

***Психосоциальное воздействие***

*Поведенческая терапия.*Предусматривает обучение профессиональным навыкам с целью достижения удовлетворения собой, улучшения межличностных отношений. Используется принцип “поощрительной экономии” – улучшение поведения положительно подкрепляются, в награду за это больной получает, например, разрешение на прогулку, другие льготы.

*Групповая терапия.*Акцент делают на поддержании и развитии социальных навыков в повседневной деятельности. Групповая терапия особенно эффективна для уменьшения социальной изоляции, подкрепления чувства реальности, расширения контактов с окружающими людьми.

*Семейная психотерапия***.** Ставит целью, прежде всего, разъяснить родным больного проявления болезни, которые они могут принимать за чудачество, распущенность, упрямство, лень, и т.д. Надо убедить родных в необходимости длительного лечения, опасности перерывов, ведущих к рецидиву, разъяснять, какие требования они могут и должны предъявлять к больному, а какие для него непосильны вследствие болезненных переживаний и могут привести лишь к конфликтам и утяжелению состояния.

*Поддерживающая психотерапия.*Традиционная психотерапия, ориентированная на формирование адекватной самооценки, не рекомендуется для лечения больных шизофренией вследствие повышенной уязвимости их внутреннего “я”. Как правило, предпочтительна поддерживающая терапия, которая включает советы, переубеждение, обучение, моделирование, приемы ограничения и формирования чувства реальности. Главная цель – достижение той самооценки, которую хочет и может “вынести” пациент.

##### Реабилитация

Реабилитация подразумевает комплекс мер по возможному сохранению, а при утрате – восстановлению, хотя бы частичному, социального статуса больного, включая его трудоспособность, семейные отношения, активную жизнь в обществе. Длительное пребывание в психиатрической больнице приводят к госпитализму – утрате способности жить самостоятельно, социальных навыков, неумению удовлетворять свои элементарные нужды, подавляет желание трудиться, может также нарушить семейные связи. Поэтому госпитализация должна быть минимальной по длительности. Как только позволяет состояние больного, необходимо использовать домашние отпуска, перевод в дневные стационары, активное наблюдение в диспансере.

Чтобы отвлечь больного от болезненных переживаний, используется лечение “занятостью”. По мере улучшения переходят к трудотерапии, включающей при надобности обучение новой профессии, стимулируется социальная активность (например, клубная деятельность)

Рекомендации во время ремиссий касаются также труда. Даже при неполной ремиссии и поддерживающей лекарственной терапии надо стремиться к тому, чтобы работающие продолжали труд, если им это посильно. В других случаях можно попытаться продолжать труд в облегченных условиях (на дому, в лечебных мастерских, работа с половинной нагрузкой). Трудовые ограничения должны распространяться на те сферы деятельности, где возможное внезапное ухудшение состояния больного грозит опасностью для него или для других.

**Список использованной литературы**

1. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия: Учебник. М.: Медицина, 1995.
2. Малая Медицинская Энциклопедия под ред. В.И.Покровского. М.: Медицина, 1996.
3. Машковский М.Д. Лекарственные средства. В двух частях. М.: Медицина, 1993.
4. «Руководство по психиатрии» под ред. А.В. Снежневского.
5. Жариков Н.М. и др. Психиатрия: Учебник. М.: Медицина, 1989.

С вопросами и пожеланиями обращайтесь к автору: ibn@land.ru