# Паспортные данные

***Фамилия:***\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

***Имя:*** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

***Отчество:*** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

***Пол:*** женский

***Домашний адрес:*** Томская область,

***Дата рождения (возраст):*** 1980 (25 лет)

***Семейное положение:*** не замужем.

***Образование:*** средне-специальное

***Профессия:*** повар-кондитер

***Место работы, должность:*** не работает

***Вероисповедание:*** православная

***Дата поступления в стационар:*** 14.02.2006

***Диагноз направления по МКБ:*** Посттравматическое стрессовое расстройство. F43.1

Анамнез

***Причина поступления.***

Поступила в стационар по направлению районного психиатра, с целью лечения депрессии. К психиатру обратилась сама.

***Жалобы.***

Тяжёлое душевное состояние, в котором пациентка пребывала в течение месяца. Данное состояние сопровождалось полной потерей аппетита, бессонницей (трудным засыпанием, частыми пробуждениями, поверхностным сном или полным отсутствием сна). 13.02. пациентка предприняла суицидальную попытку (*полезла в петлю[[1]](#footnote-1)*), от которой *одумалась* сама, и после которой поняла необходимость обратиться к врачу.

***История развития настоящего заболевания.***

Первые проявления болезни пациентка заметила в 2004 году, когда после развода с мужем у неё началась *депрессия*. Тогда она не могла есть и спать, *чувствовала себя очень плохо*. Такое состояние продлилось 2 недели. В это время ей была предпринята суицидальная попытка: женщина дождалась, пока родственников не было в комнате, и попыталась совершить самоубийство путём повешания. Вовремя вошедший брат остановил её. Родные вызвали скорую помощь, и женщину доставили в асиновскую ЦРБ. Пациентка обращалась к *психологу*, который назначил ей настойку валерианы, глицин, *беседовал* с ней, после чего пациентка почувствовала себя лучше, воспряла духом.

После развода больше года пациентка состояла в гражданском браке с мужчиной, который был ей дорог, хорошо относился к её детям, но злоупотреблял алкоголем. Несколько месяцев назад (приблизительно в конце лета) у женщины появился любовник, \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*, который был начальником её мужа. Любовник дарил ей золотые украшения, ценные подарки, но не удовлетворял сексуально и не был ей любим. Через некоторое время он начал требовать, чтобы пациентка бросила мужа и жила с ним. С её слов на тот момент у гр. \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* уже было 2 жены: в Алматы и в Асино (гражданская). Получив отказ, любовник *купил* женщину, подарив мужу квартиру и машину. После этого он стал угрожать ей, требовать встреч. Через некоторое время муж вернулся, но любовник, *поговорил с ним* – и муж снова ушёл. Так же любовник угрожал самой пациентке, что убьёт её и её детей, если она от него уйдёт. Пациентка была уверена, что он сможет выполнить своё обещание, т.к. любовник *имеет большие возможности*.

После того, как муж ушёл во второй раз, женщине *стало очень плохо*. Подавленное настроение сопровождало её круглосуточно без заметных колебаний утром и вечером. Её преследовали тревога, страх за свою жизнь и жизнь детей, постоянные перепады настроения, слезливость, самообвинение, бессонница. Она *перестала есть, спать, за месяц похудела на 10 кг*. Продолжала ухаживать за детьми. Незадолго до обращения к врачу предприняла суицидальную попытку, однако *вовремя одумалась и поняла, что* у неё *едет крыша*. Обратилась за помощью к районному психиатру, которым и была направлена в областную психиатрическую больницу. Прибыла в клинику в сопровождении матери и отца.

***Проблемы, связанные с настоящим расстройством.***

Разошлась с гражданским мужем. К детям, родителям и другим членам семьи отношение пациентки прежнее. По отношению к себе признаёт наличие заболевания и желает от него избавиться.

За некоторое время до расстройства уволилась с работы. Причина увольнения, по-видимому, не была связана с семейными проблемами. *Много требовала у начальника, хотела добиться справедливости.*

В течение месяца не могла спать и есть, похудела на 10 кг. На экскреторные функции, как и на многое другое, не обращала внимание. Ежедневную работу по дому выполняла с трудом, только из-за детей (*как же их бросишь, они же маленькие*). За собой практически не следила, ничем не занималась, ни с кем не общалась.

***Психиатрический анамнез.***

2 года назад после развода с мужем пережила депрессивный эпизод. Предприняла попытку самоповешания, от которой её остановил брат. Была госпитализирована в асиновскую ЦРБ. Обращалась к *районному психологу*. Принимала настойку валерианы, глицин. Через 2 недели жалобы исчезли и пациентка перестала принимать лекарства.

***Соматический анамнез.***

О перенесённых в детстве инфекционных заболеваниях не помнит. Перенесла описторхоз.

С раннего детства пациентку мучали приступы мигрени, которые продолжались 15 минут, а потом в течение 3 дней она страдала от головных болей. Провоцировались приступы ярким светом, запахами, иногда возникали на нервной почве. В настоящее время число приступов сократилось.

В 2002 году перенесла операцию кесарева сечения.

В 2005 – операция вскрытия абсцесса левого бедра.

Так же перенесла операцию удаления гигромы с правого предплечья.

Пациентка курит с 17 лет. Сейчас выкуривает около пачки в день. Это больше, чем она курила раньше.

***Семейный анамнез.***

***Мать***пациентки в настоящее время жива и здорова. С детства она проявляла заботу о детях. Однако особо близких отношений, при которых можно поделиться самым сокровенным, у пациентки с матерью никогда не было, т.к. *тогда это было не принято, нужно было относиться к родителям с уважением*. Чувствовала гиперопёку со стороны матери.

Мать работает главным агрономом. Работой и положением в обществе удовлетворена.

15 лет назад родители пациентки развелись (ей было тогда 11 лет). До этого крупных ссор между ними она не помнит, хотя мать рассказывала, что отец иногда бил её в состоянии алкогольного опьянения. Через некоторое время (около 10 лет назад) мать пациентки повторно вышла замуж. Отчима пациентка не любит, хотя тот всегда старался относиться к ней хорошо. В течение 3 лет пациентка не разговаривает с отчимом.

***Отец*** пациентки жив. Страдает болезнью Шарко-Мари, в связи с чем практически не может ходить, ему определена II группа инвалидности. Раньше работал шофёром. Злоупотреблял алкоголем. В состоянии алкогольного опьянения бывал агрессивен, но детей никогда не обижал, не бил даже ради справедливого наказания. 7 лет назад он бросил пить и теперь совсем не употребляет алкоголя.

Пациентка относилась к отцу с уважением, была привязана к нему, возможно даже больше, чем к матери. После развода хотела остаться с отцом, но *возникли обстоятельства, из-за которых* ей *пришлось остаться с матерью*. В настоящее время отношения между биологическими родителями нормальные, вражды и попыток настроить детей против бывшего супруга (супруги) родители не предпринимают. На лечение они привезли пациентку вместе.

***Сибсы.*** Имеет старшего брата, которому в настоящее время 30 лет. Работает частным предпринимателем в сельском хозяйстве. Отношения с братом с детства были хорошие, но не очень близкие. Конкуренции за любовь родителей между детьми не было, т.к. родители к обоим относились одинаково ровно.

Брат страдает шизофренией, в течение месяца лежал в 10 отделении областной психиатрической больницы. После выписки ему определена II группа инвалидности. В настоящее время признаки болезни отсутствуют, лечения брат не получает.

***Личный анамнез.***

Пациентка родилась от незапланированной нежеланной беременности (*продукт неудавшегося аборта*). Роды были тяжёлыми, пациентка родилась *вся синяя*. О характере вскармливания, болезнях периода новорожденности и раннего детского возраста ничего не помнит.

Мать с детства относилась к ребёнку ровно, *раз родилась – нужно воспитывать*. Пациентка росла и развивалась соответственно возрасту.

В дошкольном периоде пациентка была заводилой во всех играх. Дружила, в основном, с мальчиками. Часто дралась, хулиганила. Телесные наказания за проступки в семье не применялись.

В школу пошла в 7 лет. Продолжала оставаться лидером в коллективе. Училась – *средне, в основном из-за поведения*. Были тройки в четвертях и за год. Из предметов больше всего любила физкультуру, литературу. Посещала множество секций: стрельбу из винтовки, макраме, самбо, волейбол. По волейболу участвовала в зональных соревнованиях. Дружила по-прежнему, в основном с мальчиками. Стеснительностью не отличалась. Была *сильной, общительной, конфликтной*. Мать так же подтверждает, что пациентка была трудным ребёнком, склонным к немотивированным перепадам настроения.

На вопрос о том, каким было её детство и отношения в семье, пациентка очень эмоционально отвечает: «*Не помню ничего плохого!*».

В 11 лет тяжело переживала развод с родителями. Много ссорилась с матерью, но в конце-концов, осталась жить с ней.

В переходный возраст пациентка вела себя независимо, самостоятельно, хотя значительных конфликтов с родителями и окружающими в этот период (уходы из дома, приступы депрессии, агрессивности, изменений аппетита) не помнит. Всегда отличалась склонностью к *поиску справедливости*, часто пыталась доказать свою правоту, отчего иногда возникали конфликты с окружающими.

Сама пациентка так характеризует подростковый период: «*До 15 лет я играла в машинки. В 15 – уже встречалась с мальчиками*».

После окончания средней школы поступила в училище на поварское отделение. Училась не очень хорошо: часто пропускала занятия (*почувствовала волю*). Продолжала оставаться лидером. Часто возникали конфликты из-за нежелания пациентки идти на уступки, убеждённости в первостепенной значимости её мнения, стремления использовать людей для достижения своих целей. Часто посещала дискотеки, где совместно с приятелями употребляла спиртные напитки.

Однажды на спор нанесла себе несколько неглубоких порезов на запястье. Связь самопорезов с суицидальными мыслями отрицает.

После окончания училища некоторое время работала по профессии. Затем занялась частным предпринимательством: совместно с матерью возила вещи из Новосибирска. Затем поругалась с матерью из-за денег, бросила частный бизнес.

В 17 лет забеременнела. Ребёнок был желанным для неё, но родные уговорили её сделать аборт из-за тяжёлого финансового положения, отсутствия мужа. Тяжело переживала потерю ребёнка.

В 19 лет вышла замуж, *чтобы стать независимой*. Мужа не любила. Отношения с ним характеризует как сложные, конфликтные. Считает, что муж немотивированно её ревновал, унижал, оскорблял. Имеет от этого брака 2 детей (мальчиков). После 2 родов согласилась на операцию перевязки маточных труб.

После отпуска по уходу за детьми устроилась работать в пельменный цех, но повздорила с начальником и уволилась.

По вероисповеданию пациентка православная, но в церковь не ходит, о религии не задумывается.

Интимной жизнью с последним мужем была удовлетворена. К любовнику в сексуальном плане была равнодушна. Методов контрацепции не применяет, т.к. Перевязаны трубы.

К своему здоровью относится пренебрежительно. Не любит посещать врача из-за некачественного обслуживания в поликлинике. *Пока на носилках не принесут – к врачу не пойду.*

Со слов пациентки до недавнего времени она вела активную социальную жизнь: *не могла сидеть взаперти*, имеет много знакомых, 4 верных друзей, с которыми может поделиться любой проблемой.

***Объективный анамнез.***

Мать пациентки подтверждает суицидальную попытку в 2004 году, а также наличие психотравмирующей ситуации в настоящем. О последних суицидальных попытках мать не знает, следовательно, пациентка могла действительно сама от них отказаться.

Со слов матери пциентка последнее время принимает алкоголь с периодичностью несколько раз в месяц в количестве 1,5 л пива. В состоянии алкогольного опьянения становится раздражительной, конфликтной, скандальной.

Объективное обследование

***Соматический статус.***

Телосложение гиперстеническое, питание повышенное.

Кожа умеренной влажности, эластичная, обычного цвета.

На животе в области гипогастрия горизонтальный рубец после операции кесарева сечения длиной около 15 см. На левом бедре – рубец длиной 10 см после вскрытия абсцесса. На правом предплечье – рубец длиной около 5 см после удаления гигромы. На левом предплечье – несколько рубцов, вероятно, следы самопорезов, нанесённых в училище.

Видимые слизистые розовые, влажные.

Основные группы региональных лимфатических узлов не увеличены, безболезненны, не спаяны с кожей.

Носовое дыхание свободное. Зев не гиперемирован.

Грудная клетка цилиндрической формы. При дыхании обе половины двигаются симметрично. Перкуторный звук легочный, в симметричных участках одинаковый. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 72 в минуту. АД = 120/80.

Пальпация живота безболезненна. Отправления в норме.

***Неврологический статус.***

Травмы черепа и позвоночника отрицает.

Обоняние, зрение, слух, вкус, тактильная и другие виды чувствительности сохранены.

Лицо симметричное: ширина глазных щелей, носогубные складки D=S.

В позе Ромберга устойчива. Пальценосовую пробу выполняет уверенно, правильно с открытыми и закрытыми глазами.

Сила мышц 5 баллов с обеих сторон.

Ахиллов и коленный рефлексы симметричны. Патологических рефлексов (Бабинского, Маринеску, верхнего и нижнего хоботкового) не наблюдается.

***Психический статус.***

Внешний вид пациентки опрятный: она причёсана, беспорядка в одежде не наблюдается, на лице небольшое количество косметики. Агрессии в отношении врачей, медперсонала и других пациентов не проявляет.

При разговоре ведёт себя несколько скованно. Вначале неохотно касается актуальной для неё темы. После непродолжительных уговоров рассказывает о своей проблеме достаточно подробно. Движения спокойные, адекватны своей цели. Мимика достаточно выразительна. Зрительный контакт с собеседником поддерживает постоянно. Внимание удерживает на беседе, на внешние раздражители почти не отвлекается. Признаки тревоги на лице отсутствуют. В пространстве, времени и собственной личности полностью ориентирована.

Со слов пациентки галлюцинаций, иллюзий, ощущения déjà vu и jamais vu, дереализации и деперсонализации никогда не испытывала. Внешних признаков этих изменений (вздрагивания, устремление взгляда в определённую точку, оборачивания на "голос") также нет.

Настроение в момент опроса хорошее, оптимистичное, *полно планов*. Пациентка с удовольствием рассказывает о детях, о том, как она о них соскучилась, строит планы на будущее (хочет заявить на Хуршидова в милицию, *всех послать подальше*, начать новую жизнь, устроиться на работу). Наблюдение в течение нескольких дней свидетельствует о частой смене настроения, приступах сонливости и нежелания говорить, агрессивности и раздражительности. Суицидальные мысли на момент курации пациентка полностью отрицает, считает свои прежние попытки ошибкой, не желает их повторять. Оценка по шкале Гамильтона – 27 баллов, что соответствует большому депрессивному эпизоду.

Речь слегка замедленна. Пациентка говорит с нормальной громкостью, выразительно. На вопросы отвечает полно, хотя за рамки поставленного вопроса не выходит, не увлекается описанием ненужных подробностей. Построение фраз последовательно, логично. Образных выражений в речи не употребляет, хотя поговорки трактует верно.

Нарушений мышления по форме при анализе речи не наблюдается. Приступы ментизма и шперрунги пациентка отрицает. Явлений соскальзывания, патологической отвлекаемости, внезапного обрыва предложения не наблюдается, так же как и персервераций, никогеренции, неологизмов. К неуместному мудрствованию и псевдонаучным рассуждениям не склонна.

Ярко выраженных бредовых или сверхценных идей пациентка не высказывает,. Наблюдается некоторая озабоченность сложившейся вокруг неё ситуацией, возможно, своей безопасностью и безопасностью детей. Признаётся, что эти тревожные мысли периодически преследовали её, она не могла от них избавиться, не могла уснуть.

Пациентка склонна слегка преукрашивать действительность, когда речь касается её семейных отношений. Свои поступки трактует как желание отстоять справедливость, свою самостоятельность, пресечь воровство (речь идёт о конфликте с начальником) и др. В сложившейся ситуации винит исключительно других: мужа, любовника. Эмоционально отрицает наличие семейных конфликтов в детстве и своё в них участие, хотя косвенно можно судить об их наличии (*что-то говорили, но я сама не помню*).

Внимание во время беседы пациентка удерживает хорошо, на посторонние звуки и события не отвлекается. Арифметические действия в уме выполняет легко.

Память на недавние события, даты сохранена: пациентка помнит дату поступления в стационар, имя и отчество лечащего врача, запомнила кураторов в лицо.. При сравнении данных, полученных от пациентки и её матери, можно предполагать, что и на события далёкого прошлого память также сохранена.

Признаков явного отставания в интеллектуальном развитии (неумение читать, выполнять арифметические действия) при беседе не наблюдается. Речь пациентки грамотная, словарный запас достаточно большой, знает такие термины как "шизофрения", "болезнь Шарко-Мари".

Пациентка признаёт наличие болезни, трактует её как психическую, вызванную тяжёлым эмоциональным стрессом. Депрессивный эпизод в 2004 году так же расценивает как болезненный. Своей вины в своих проблемах не видит, объясняет всё исключительно отрицательными качествами своих мужчин, неоднократно это подчёркивает.

В настоящий момент считает себя здоровой. Хочет поскорее уехать домой. Строит планы на будущее. Уверена, что ей удастся решить возникшие перед ней проблемы. Необходимость наблюдения психиатра и дальнейшего лечения отрицает.

***Квалификация психического статуса:*** Статус характеризуется наличием навязчивых идей о создавшейся ситуации и угрозе жизни, депрессивным синдромом с наличием суицидальных тенденций у личности с истеро-возбудимыми чертами.

Лабораторные данные и консультации специалистов.

***Общий анализ крови***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Гемоглобин, г/лЭритроциты, 1012/лЛейкоциты, 109/лСОЭ, мм/часНейтрофилы п/я, %Нейтрофилы с/я, %Эозинофилы, %Базофилы, %Лимфоциты, %Моноциты, % | 1554,83,5536110323 | 132 – 1644,5 – 5,14,78 – 7,681 – 100 – 647 – 720,5 – 50 – 119 – 373 – 11  |

***Реакция Вассермана:*** *отрицательная.*

***Консультация психолога.***

При первой беседе пациентка закрыта, разговаривает неохотно, визуального контакта не поддерживает.

При второй беседе пациентка чувствует себя нормально, просит "*скорее с ней поработать, чтоб домой уехать*".

Инструкции к заданиям усваивает. Работает на высоком уровне мобилизации. Визуальный контакт поддерживает, разговорчива, эмоционально выразительна. Внешне опрятна.

Исследование личностных характеристик (при 1 беседе): потеря продуктивности, инициативности, уверенности в себе, сосредоточенность на своих переживаниях, трудности взаимоотношений с окружающими и склонности к самобичеванию.

При повторной беседе в актуальном состоянии выявляются также трудности в межличностных контактах вследствие проявлений аффективной ригидности, стремления использовать окружающих для достижения своих целей и убеждённости в значимости этих целей. Выявляется циклотимический вариант акцентуации личности, склонность к аутохтонным перепадам в настроении.

Ассоциативные образы "Пиктограмм" существенно значимы, эгоцентричны, с явлениями стереотипии. При опосредованном запоминании воспроизводит 10 слов из 15. Переносный смысл идиом трактует верно.

В юмористических рисунках Бидструпа не улавливает "соль" юмора.

Пробы на сравнение и обобщение предметов выполняет верно.

Специфических нарушений на момент обследования не продемонстрировала.

*Заключение:* Личность с трудностями межличностных контактов вследствие проявлений аффективной ригидности со склонностью к самобичеванию, сосредоточения на своих переживаниях с циклотимическим вариантом акцентуации и нарушением критичности.

Специфических нарушений мышления на момент обследования не продемонстрировала.

Обоснование диагноза и дифференциальный диагноз.

Основным синдромом в клинике данного заболевания является депрессивный.

Основным симптомом в рамках этого синдрома является гипотимия. Она проявляется в жалобах пациентки на тоску, подавленность, тревожность.

Также важными признаками являются расстройства в двигательно-волевой сфере: со слов пациентки у неё наблюдалась анорексия, нежелание что-либо делать по дому, общаться с людьми.

Объективно можно заметить лёгкую заторможенность речи, хотя выраженных нарушений мышления не выявляется.

В течение заболевания присутствовали неоднократные суицидальные мысли, попытки.

Также пациентку мучает бессонница, проявлявшаяся в затруднённом засыпании, частых ночных пробуждениях, поверхностном, тревожном сне.

Женщину преследуют навязчивые тревожные мысли, которые не дают ей сосредоточиться, выполнять работу, отдыхать.

Все эти симптомы пациентка испытывает круглосуточно.

Соматические симптомы депрессии не имеют первостепенного значения в данном случае, хотя пациентка отмечает похудание на 10 кг.

Депрессивный синдром характерен для многих заболеваний: циркуляторного психоза, шизофрении, органических поражений головного мозга, онкологических и других соматических болезней, психогенных реакций, интоксикаций алкоголем, наркотическими и лекарственными средствами и др.

Для депрессии при шизофрении характерны выраженные нарушения мышления, эмоциональной и двигательно-волевой сферы. Для данной пациентки характерна гипобулия, которая является одним из характерных симптомов шизофрении. Также за шизофрению может говорить наличие этого заболевания у брата, что повышает риск самой пациентке заболеть шизофренией. Однако у неё не наблюдается расстройств мышления по форме, эмоциональной анестезии (она постоянно проявляла заботу о детях), уплощения, эмоциональной амбивалентности. Отсутствует также продуктивная симптоматика: галюцинации, бред. На основании этого диагноз шизофрении можно исключить.

При сборе анамнеза и объективном обследовании не выявлено данных, свидетельствующих о наличии органического поражения головного мозга: фактов перенесения ЧМТ или нейроинфекций, неврологической симптоматики, поэтому органическую патологию также можно исключить. Причиной депрессии может стать такое неврологическое заболевание, как мигрень, но в последнее время количество приступов значительно снизилось по сравнению с детством, так что появление депрессивных эпизодов в зрелом возрасте вряд ли связано с заболеванием детства.

Также на основании анамнеза, объективного и лабораторного исследования можно исключить соматическую патологию, по крайней мере, как причину депрессии.

У пациентки выявляется патологическая реакция на алкоголь (агрессивность, скандальность). Имеются также сведения о периодическом его приёме. Однако этих сведений недостаточно, чтобы выставить пациентке диагноз алкоголизма. Пациентка отрицает потребность в алкоголе во время депрессии. Данных за интоксикацию наркотическими или другими веществами также нет.

Дифференцировать депрессивный синдром при маниакально-депрессивном психозе и деперессию вследствие посттравматического стрессового расстройства довольно сложно, т.к. по клиническим проявлениям они практически идентичны. И при эндогенной, и при реактивной депрессиях втречаются тревожные навязчивые воспоминания, вспышки страха, чувство оцепенения, отчуждение от других людей, уклонение от деятельности, нарушение сна, суицидальные мысли. Исключить маниакально-депрессивный психоз можно на основании отсутствия в анамнезе маниакальных эпизодов, наличия симптомов в течение всего дня. Тесная связь депрессивного эпизода и психотравмирующего события, связь всех симптомов болезни с психотравмой, их стихание после ликвидации психотравмирующей обстановки[[2]](#footnote-2) (триада К.Ясперса) также говорят скорее о реактивном характере депрессивного синдрома.

Наличие повторного депрессивного эпизода (что более характерно для эндогенной депрессии) можно объяснить акцентуацией личности по типу застревания, а возможно даже параноидным расстройством личности (учитывая сниженную способность пациентки к адаптации в обществе: трудности межличностных контактов, неспособность длительное время работать на одном и том же месте, поддерживать длительные отношения с мужчиной, склонность к правдоискательству и уличению других в воровстве и прочих видах "недостойного поведения"). Для этих изменений характерно неоднократное возникновение реактивных депрессий в стадию декомпенсации.

Лечение.

***Режим.***

В период острого психического расстройства и суицидальных намерений необходимо обеспечить постоянный контроль за состоянием пациентки как на догоспитальном этапе, так и в отделении. В данном случае рекомендуется режим Б, который предполагает постоянный контроль медперсонала, но разрешает общение с людьми, в т.ч. и родственниками (что должно положительно влиять на скорость излечения пациентки при депрессии).

***Медикаментозная терапия.***

При реактивной депрессии предпочтение отдаётся седативным антидепрессантам и транквилизаторам. Для усиления действия препаратов рационально применять их комбинацию: антидепрессанты начинают действовать медленно, так что для купирования депрессивной симптоматикинеобходимы транквилизаторы и нейролептики.

*Сибазон* действует успокаивающе, снимает эмоциональное напряжение, уменьшает чувство тревоги, страха, беспокойство. Устраняет нарушения сна.

*Амитриптилин* особенно эффективен при тревожно-депрессивных состояниях; уменьшает тревогу, ажитацию и собственно депрессивные проявления.

*Эглонил* объединяет умеренный антипсихотический, антидепрессивный эффект со стимулирующим действием.

Поскольку при депрессии возможен отказ пациентов от приёма лекарственных средств, предпочтительнее парентеральные формы введения.

***Психотерапия.***

Показана рациональная и когнитивная психотерапия. Путём логических рассуждений, правильной постановки вопросов врач должен заставить пациентку понять ошибочность своих пессимистических воззрений, найти конструктивные пути выхода из ситуации, заставить почувствовать свою защищённость, избавиться от тревоги. В данном случае пациентке показана беседа не только с психологом, но и с юристом, т.к. травмировавшая её ситуация может нести криминальный характер (угрозы, причинение морального ущерба со стороны любовника).

Дневник наблюдения.

20.02.06. Объективный и психический статус см. историю болезни. Пациентка в сознании, ориентирована в окружающем и собственной личности. Настроение удовлетворительное. Эмоциональное состояние спокойное. Отношение к кураторам скорее благожелательное.

Назначения:

Эглонил 2,0 в/м утром, в обед № 10.

Амитриптилин 4,0 в/м на ночь № 10.

Реланиум 2,0 в/м на ночь № 10.

21.02.06. Сознание и ориентировка сохранены. Настроение умеренно снижено. Эмоциональное состояние нестабильное. Беседу поддерживает неохотно.

Проведено комиссионное обследование пациентки лечащим врачом, заведующим отделением и психологом. Принято решение продлить лечение. Пациентка отреагировала на это решение эмоционально, агрессивно – расплакалась, начала требовать выписки, сказала, что соскучилась по детям. Через 5 минут успокоилась, согласилась продлить госпитализацию. Ещё через 5 минут опять передумала, начала приводить нелепые доводы в пользу выписки (*не дам больше ставить уколы*).

Назначения те же.

22.02.06.

Сознание и ориентировка сохранены. Пациентка возбуждена, слегка агрессивна. Эмоциональное состояние нестабильное. На контакт идёт неохотно, объясняет это тем, что *торопится, собирает вещи*.

Пациентка подписала документы об отказе от госпитализации и выписывается домой.

Экспертиза.

Пациентке рекомендуется амбулаторное долечивание: приём антидепрессантов, консультации психотерапевта. Рекомендуется санаторно-курортное лечение или отдых в отдалённых районах. Предпочтителен активный отдых.

Необходима постановка пациентки на диспансерный учёт у районного психиатра.

Желательно радикальное разрешение психотравмирующей ситуации: смена пациенткой места жительства или длительное проживание в другой местности, стабилизация семейного статуса, поиск работы.

В целом пациентка трудоспособна, в случае совершения ей общественно опасных действий – вменяема.

# Прогноз.

При реактивном характере депрессии прогноз в целом благоприятный. При ликвидации психотравмирующего фактора и проведени адекватных лечебных мероприятий возможно полное выздоровление. Повторные депрессивные эпизоды для рпосттравматического стрессового расстройства не характерны. Пациентка остаётся социально адаптированной, может продолжать трудовую деятельность по прежней профессии, связь с семьёй сохранена.

Неблагоприятным прогностическим фактором является невозможность полностью устранить психотравмирующую ситуацию (пациентка продолжает жить в одной деревне с бывшими мужем и любовником, любовник не может быть лишён свободы, следовательно, его угрозы могут повториться). Решением проблемы может быть переезд в другой город, но вряд ли пациентка сможет себе это позволить.

Также неблагоприятным в прогнозе являются параноидные изменения личности пациентки со склонностью к дезадаптации и трудностями межличностных контактов. При таких изменениях нормальная жизнедеятельность возможна, но только в оптимальных психологических и социальных условиях. При возникновении психотравмирующих ситуаций депрессивный эпизод и суицидальные попытки могу повториться. Поэтому пациентке показано длительное наблюдение психолога, превентивное обращение к психологу или психиатру в случае возникновения психотравмирующей ситуации. Также пациентке необходима забота и наблюдение со стороны родственников.

Рекомендации.

Пациентка требует хотя бы амбулаторного лечения: приёма антидепрессантов, сеансов психотерапии, возможно, санаторно-курортного лечения.

Продолжительность лечения должна определяться индивидуально. Критериями излеченности являются стойкая стабилизация настроения, появление способности нормально общаться с окружающими. Показана рациональная и когнитивная псизотерапия, посещение групповых психотерапевтических тренингов.

Рекомендуется рациональное трудоустройство на работу, не сопровождающуюся эмоциональными стрессами, необходимостью контактировать с большим числом людей. Пациентка вполне может трудоустроиться по полученной ей профессии.

Родственникам пациентки рекомендуется проявлять к ней повышенное внимание и заботу. В случае возникновения психотравмирующей ситуации – не оставлять пациентку в одиночестве, рекомендовать ей обратиться к врачу, повторить курс психотерапии.

1. Здесь и далее выражения, изложенные языком пациентки будут выделены курсивом. [↑](#footnote-ref-1)
2. С пациенткой была проведена беседа юриста, и она поверила в свою защищённость со стороны органов правопорядка [↑](#footnote-ref-2)