**Возраст**: 36

**Вес**: 47 кг

**Рост**: 156 см

**Семейное положение**: за мужем, имеет двух детей 15 и 8 лет

**Образование:**  среднее специальное

**Религиозность:**  христианская вера

**Диагноз клинический**: F 33.11 Реккурентное депрессивное расстройство. Текущий депрессивный эпизод с соматическими симптомами.

**Причина поступления:** попытка суицида (выпила уксусной эсенции)

**Жалобы при поступлении:**

- усталость, раздражительность, плаксивость

- снижение работоспособности, невозможность длительного сосредоточения на одном деле

- устойчивое снижение настроения, апатия

- снижение аппетита (за последний месяц похудела на 5 кг)

- головные боли

- нарушение сна (нарастающая тревога мешает засыпанию, утром тяжесть в теле, нет чувства отдыха)

**II . Анамнез данного заболевания.**

( anamnesis morbi ):

Начало заболевания пациентка относит к 1993 году, когда по настоянию мужа они переехали в Томск, переезд сильно переживала, много плакала, однако вскоре адаптировалась, устроилась на работу. Работа однообразная (сверка карточек), пациентке не нравится, отношения в коллективе складывались благополучно, но в силу своей стеснительности налаживала их долго. Кроме того, “пыталась переделать себя” , казаться более жизнерадостной, общительной и раскованной, чем есть на самом деле. Не могла отказать, если кто нибудь из коллег обращался с какой нибудь проблемой по работе, “бралась не за свое дело”. Со временем заметила, что стала сильно уставать на работе, уходя в от пуск полноценного отдыха не получала. Мысли были “об обязанностях, доме, работе, огороде”. В июле 1998 г. вернувшись после отпуска заметила что все делает “с трудом, через силу”. Появился страх что “ не справляется с работой”, казалось, что коллеги обсуждают ее ; дома также была не в состоянии заставить себя заниматься бытом, через силу готовила еду и общалась с родными. Снизилось настроение, нарушился сон, не хотелось никого видеть, психовала (“отвращение ко всему”), однако не потеряла теплых чувств к родным. В октябре 1999г. (через месяц после повторной госпитализации в ТПБ ) во время “приступа тоски” выпила “ в порыве” раствор уксусной кислоты. Родные вызвали СМП и больная была госпитализирована в токсикологическое отделение ОКБ. Ожог слизистой пищевода оказался очень поверхностным, поэтому через несколько дней (26 октября 1999 г.) больная была переведена в ТПБ.

**ПРЕДШЕСТВУЮЩИЕ РАССТРОЙСТВА**

***ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ***

В июле 1998 г. вернувшись после отпуска заметила что все делает “с трудом, через силу”. Появился страх что “ не справляется с работой”, казалось, что коллеги обсуждают ее ; дома также была не в состоянии заставить себя заниматься бытом, через силу готовила еду и общалась с родными. Снизилось настроение, нарушился сон, не хотелось никого видеть, психовала (“отвращение ко всему”), однако не потеряла теплых чувств к родным. Обеспокоенная длительностью этого состояния обратилась к участковому психиатру, который направил ее на госпитализацию психиатрическую больницу.

***Первичная госпитализация*** 28.07.1998 — 8.09.1998

Диагноз: “ Невротическая депрессия у акцентуированной личности”

Лечение: мелипрамин, эливел, диазепам, витамины В1, В6, С, пирацетам, экстракт алоэ.

После выписки: поддерживающая терапия — грандаксин, эливел. В течение 1 года состояние было удовлетворительным. Ухудшение наступило после психотравмы (зимой умер брат мужа и отец мужа), которое усилилось к маю 1999г. — снизилось настроение, появился страх что “все делает не так”, с трудом справлялась с домашней работой. Самостоятельно обратилась в приемный покой ПБ.

***Повторная госпитализация*** 11.08.1999 — 17.09.1999.

Диагноз: “Реккурентное депрессивное расстройство”

Лечение: коаксил, фенозепам, мелипрамин, эглонил, седуксен, физиолечение. На фоне лечения отмечалась положительная динамика — выровнялось настроение, исчезла тревога и беспокойство, нормализовался сон.

СОМАТИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Пациентка отрицает хронические соматические заболевания.

Аллергологический анамнез спокоен.

1979 г. — аппендэктомия

Вредные привычки — курит около 6 лет, 1 пачка на 3 дня.

Кофе не пьет, чай употребляет некрепким.

###### СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ

Мать.

Возраст - 59 лет. Профессия — прядильщица. Вполне удовлетворена своим положением в жизни. В теплых отношениях со своей дочерью. Проявляла заботу в отношении детей, помогала им стать самостоятельными. Однако пациентка никогда не делилась с ней сокровенным. Не страдала от соматических и психиатрических расстройств. Алкоголь принимала только после сильных конфликтов с мужем.

Отец.

Возраст - 62 года. Профессия — плотник -столяр. Сильно злоупотреблял алкоголем, из-за чего непрерывно возникали конфликты в семье. С детьми общался мало, в настоящее время отношения с ними не поддерживает.

Сибсы.

Старшая сестра— Лариса , 39 лет, за мужем, двое детей.

Младшие сестры — Елена ( 28 л) и Мария (24 г) — не замужем.

Брат — Игорь (26 л), женат.

Все сибсы живут в Костроме, поддерживают теплые отношения между собой и с пациенткой (переписываются). Наиболее горячие отношения со старшей сестрой.

Другие родственники.

Дядя по линии матери погиб в результате суицида. ( пациентка не раскрывает подробности ).

Брат мужа и отец мужа умерли зимой 1998 -1999 гг.

Никто из родственников психическими расстройствами не страдал.

# ЛИЧНЫЙ АНАМНЕЗ

*ПРЕНАТАЛЬНЫЙ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД*

Родилась 2-й из 5 детей желанным ребенком в г. Костроме. Роды осложненные (асфиксия плода — обвитие пуповиной). Вредностей во время беременности не было.

## РАННЕЕ ДЕТСТВО ( ДО 3 ЛЕТ)

Воспитанием пациентки занимались мать и старшая сестра.Своевременное развитие моторных навыков, речи, прорезывания зубов. Предпочтение пассивных ролей в играх.

*СРЕДНЕЕ ДЕТСТВО (3 – 11 лет)*

Росла здоровым ребенком, от сверстников не отставала, в школу пошла своевременно, училась посредственно, что объясняет неблагополучием в семье. Всегда была стеснительной, трудно “сходилась с людьми”, предпочтение одиночества, любимое занятие в детстве — чтение книжек; в своем характере отмечает гиперответственность, тревожность и мнительность. Очень любила животных — дома была кошка.

*ПОДРОСТКОВЫЙ И ПУБЕРТАТНЫЙ ПЕРИОД*

В подростковом возрасте стеснялась” бедной одежды, полноты”. Постоянная конфликтная обстановка в семье родителей, которую пациентка глубоко переживала. После 10 класса поступила в швейное училище, но вскоре ушла по материальным соображениям на почту, где на месте освоила профессию телеграфиста; работа нравилась. Хобби — посещение театров, выставок.

ПЕРИОД ЗРЕЛОСТИ

В 18 лет уехала в Москву, устроилась на телеграф; там же вышла за муж в 21 год, от брака имеют двух детей ( 15 и 8 лет ). Способна доверять другим, с большим трудом устанавливает отношения с новыми людьми, коллегами. Основные черты характера — тревожность, подчиненность, замкнутость, терпимость, снисходительность и добросовестность, умеренно-внимательное отношение к своему здоровью, предпочтение немноголюдного общества.

## ТРУДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

С 17 лет работала телеграфистом на почте, работа нравилась.

В 18 лет уехала в Москву, устроилась на телеграф.

С 1993 г. в связи с переездом в г.Томск работает в Октябрьском РВК помощником начальника. Работа однообразная (сверка карточек), пациентке не нравится, отношения в коллективе складывались благополучно, но в силу своей стеснительности налаживала их долго. Кроме того, “пыталась переделать себя” , казаться более жизнерадостной, общительной и раскованной, чем есть на самом деле. Не могла отказать, если кто нибудь из коллег обращался с какой нибудь проблемой по работе, “бралась не за свое дело”.

##### ЛИЧНАЯ ЖИЗНЬ, БРАК, ДЕТИ

В Москве вышла за муж в 21 год, от брака имеют двух детей ( 15 и 8 лет ).

Муж по профессии сварщик, работает вахтовым методом. Отношения в семье были сложными, муж злоупотреблял спиртным, но 7 лет назад после лечения до настоящего времени от алкоголя воздерживается. Характер мужа оценивает как тяжелый, молчаливый. Пациентке приходилось приспосабливаться к нему — “скашивать острые углы”. Сейчас отношения достаточно теплые, муж с понимаением относится к состоянию пациенки, помогает ей. Беременность и роды у пациенки протекали благополучно, выраженных перепадов настроения не отмечалось, но испытывала некоторый страх “что не справится”; отношения с детьми теплые и доверительные.

*РЕЛИГИЯ*

Пациенка считает себя верующей около 7 лет, так как раньше в Бога не верила. Верит искренне — “внутри себя”, в церковь ходит не часто; ощущает, что вера приносит успокоение, снижает тревожность.

## СЕКСУАЛЬНАЯ ЖИЗНЬ

Пациентка предпочла не говорить на эту тему.

СОЦИАЛЬНАЯ ЖИЗНЬ

Пациентка имеет замкнутый характер, поэтому предпочитает проводить свободное время дома с детьми. Отношения с соседями по дому — спокойные.

Пациентка очень глубоко переживает утраты.

Вредные привычки — курит около 6 лет (1 пачка на 3 дня), алкоголь не употребляет.

Отношения в семье в настоящее время оценивает как теплые, однако раньше — частые конфликты, связанные с пьянством мужа.

В больнице пациентку навещают дети, муж около 2 раз в неделю.

**ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС**

**1.Внешний вид и поведение** — спокойная, медлительная, доброжелательная, без раздражения воспринимает распорядок боьничного дня и требования среднего мед.персонала. Ориентация во времени и пространстве не нарушена. Пациентка стеснительна и старается удержать свои улыбки. Внешне больная выглядит опрятно, пользуется косметикой.

**2.Речь —**  замедлена, построена грамотно, пациентка несловоохотлива, на вопросы отвечает точно, по теме, без лишних подробностей, не жестикулирует. При возникающем волнении начинает заикаться.

**3.Восприятие —** не нарушено

**4.Настроение —**  на вопрос”Как ваше настроение?” пациентка отметила, что настроение стало лучше, пропали тревожность и чувство безысходности, появилась надежда на лучшее, улучшился аппетит. На вопрос “Как вы относитесь к своей попытке суицида?” отвечает “Глупость была, конечно” . Постоянство настроения во время интервью. Настроение пациентки колеблется в течение дня: пониженное с утра, повышается во второй половине дня.

**5.Мышление : а)** Формальных расстройств нет. **б)** Содержательные расстройства — не выявлены.

**6.Сознание —** ясное

**7.Ориентация —** полная ориентация во времени и пространстве.

**8.Внимание —** пациентка может концентрироваться на поставленной задаче (после 5 сек. паузы перечислила месяцы года в обратном порядке).

**9.Память —** долговременная и кратковременная удовлетворительная

**10.Интеллект —** не снижен, соответствует образованности пациентки

**11.Инсайт —** пациентка критически относится к своему состоянию, расценивает свой недуг как психическое заболевание и считает что лечение ей необходимо; проводит прямую связь ухудшения состояния с жизненными стрессами; понимает, что главная ее проблема в том, что она не пытается решить возникающие проблемы дома и на работе, а уходит от них в себя. После выписки из больницы пациентка намеревается сменить работу.

***КВАЛИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА***

У пациентки выявлен депрессивный синдром, включающий следующие симптомы:

1. Астенический — общая слабость, отсутствие желания к любой деятельности, двигательная заторможенность(речь тихая, замедленная, мимика скорбная)

2. Гипотимический — глубоко подавленное настроение

3. Замедление ассоциативного процесса — между вопросом и ответом 5 сек. пауза; мысли пациентки прикованы к неприятным событиям ( о бывшей попытке суицида)

**СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС.**

Status praesens.

**Рост -** 156см

**Вес -** 47 кг

**Температура тела** - 36.4 С

**Положение** – активное.

**Телосложение -** астеническое

**Общее состояние** – удовлетворительное.

**Состояние кожи -** бледного цвета, повышенной влажности

**Подкожная клетчатка -** выражена слабо

**Состояние слизистых оболочек** – чистые, бледно-розовые без патологических образований. Окраска склер — белая

**Зев -** спокоен

**Миндалины -** увеличение I ст.

**Лимфатические узлы** - не увеличены

**Щитовидная железа -** пальпируются две равных доли, не увеличена, движется вместе с гортанью, поверхность - ровная

**Череп** - деформаций нет

**Суставы** - без деформаций, безболезненны при пальпации и движениях, объем движений сохранен

**Ногти -** прозрачные, прочные

**Мышечная система** - развита умеренно, тонус - удовлетворительный, мышцы при ощупывании безболезненны.

СИСТЕМА ДЫХАНИЯ.

Состояние носа, носовых путей — без деформаций, носовое ды-

хание — свободное

Частота дыхания - 15 движ\мин

*Топографическая перкуссия легких:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| нижняя граница: | левая | правая |
| парастернальная линия | — | 5 межреберье |
| срединноключичная | — | 6 ребро |
| передняя подмышечная | 7 | 7 |
| средняя подмышечная | 8 | 8 |
| задняяя подмышечная | 9 | 9 |
| лопаточная | 10 | 10 |
| околопозвоночная | 11 | 11 грудной позвонок |

Подвижность легочного края - слева: 7см справа: 8см

Аускультация легких: дыхание везикулярное, хрипов не выявлено

СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.

*Перкуссия сердца:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **границы** | **относительной тупости** | **абсолютной тупости** |
| **левая** | 0.5 см кнутри от левой ср.ключичной линии | — |
| **правая** | 1 см не дойдя правого края грудины | левый край грудины |
| **верхняя** | 3 ребро по левой парастернальной линии | 4 ребро по левой парастернальной линии |
| **высота правого атриовазального угла** | 3 реберный хрящ справа | — |
| **ширина сосуд. пучка** | — | 6 см |

Аускультация сердца:

1. Тоны не усилены, ритмичные, соотношение сохранено

Аорта и сосуды: видимой пульсации аорты, расширения вен — не обнару жено

Пульс : на лучевой артерии — ритмичный, частота — 70 уд\ мин, умеренного напряжения и наполнения, одинаковый на обеих руках, стенка сосуда эластичная.

Артериальное кровяное давление: 100 / 70 мм.рт.ст

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.

Диспепсические явления (запоры, диарея) при выраженной тревоге или волнении. Дефекации безболезненны.

Живот при пальпации безболезненный.

Размеры печени по М.Г.Курлову:

- от верхней границы по срединноключичной линии до нижней 9.5см

- от основания мечевидного отростка до нижней границы по срединной линии 9 см

- от основания мечевидного отростка до левой границы 8 см

МОЧЕ - ПОЛОВАЯ СИСТЕМА.

Симптом Пастернацкого ( поколачивания ) - отрицательный

Мочеиспускание — не учащено, безболезненное

**НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС**

Ширина глазных щелей - одинаковая

Зрачки - правильной формы, реакция на свет сохранена

Расстройство поверхностных видов чувствительности — не выявлено

Органы чувств: слух, обоняние - без отклонений, зрение - удовлетворительное

Головокружение - не отмечено

Речь - чуть замедленная

Координация движений - сохранена

В позе Ромберга - устойчива

Рефлекторная сфера - рефлексы на руках, коленные, ахилловы равномерны, не усилены.

Вегетативная сфера: потливость

**ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

**Общий анализ крови:** без патологии

**Общий анализ мочи:** без патологии

**Консультация невропатолога:**

Заключение: резидуально-органическое поражение ЦНС перинатального генеза;

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.**

**1**. (F 33.11) Реккурентное депрессивное расстройство; текущий эпизод средней степени с соматическими симптомами

повторные эпизоды депрессий

Критерии депрессивного эпизода средней степени: --- 2 -3 типичных + 4 дополнительных (см. депрессивный эпизод )

* минимальная длительность 2 недели

Соматические симптомы:

* утрата интересов и удовольствия от деятельности
* утрата эмоциональной активности на окружающие события
* пробуждение на 2 часа раньше
* депрессия тяжелее утром
* психомоторная заторможенность, замеченная другим человеком
* потеря веса
* снижение либидо

Данный диагноз представляется наиболее вероятным, так как расстройство у нашей пациентки отвечает всем его критериям, за исключением раннего пробуждения.

**2.** Депрессивный эпизод

Основные критерии:

* депрессия настроения до уровня, определяемого явно как ненормального для пациента
* отчетливое снижение интереса или удовлетворения от работы
* снижение энергичности, повышенная утомляемость

Дополнительные критерии:

* снижение уверенности, самооценки
* беспричинное самоосуждение, повторяющиеся мысли о смерти
* жалобы на снижение способности обдумывать и концентрироваться
* расстройство психомоторной активности
* расстройство сна

Этот диагноз отвергает лишь то, что настощий депрессивный эпизод у пациентки уже третий, а это обязывает нас расценить депрессивное расстройство как реккурентное.

**3.** Депрессия на фоне нарушения адаптации

Основные критерии:

* развитие симптомов в течение 1 месяца после подверженности идентифицированному психо-социальному стрессу, который не представляет собой необычный или катастрофический тип
* симптомы или нарушения поведения по типу обнаруживаемых при других аффективных расстройствах
* симптомы вариабельные по форме и тяжести

Не смотря на то, что свое расстройство пациентка связывает с переездом из другого города (событие можем расценить как стресс), депрессия возникла не в течение месяца, а гораздо позднее; кроме того у больной не выявлены симптомы или нарушения поведения по типу обнаруживаемых при других аффективных расстройствах. Эти факты не позволяют поставить данный диагноз.

**4.** Обострение шизофренической депрессии

Основные критерии:

* депрессивный эпизод, который может быть продолжительным и возникает как последствие шизофрении и некоторые шизофренические симптомы должны сохраняться, но они уже не доминируют в клинической картине
* сохраняющиеся клинические симптомы могут быть как позитивными, так и негативными
* вероятность связи депрессии с приемом нейролептиков
* только в случаях общих критериев шизофрении
* некоторые шизофренические симптомы продолжают присутствовать, депрессивные симптомы являются ведущими в клинической картине, отвечают критериям картины депрессивного эпизода и сохраняются не менен двух недель

Критерии шизофрении:

Отчетливые:

* эхо-мысли
* бред воздействия
* галлюцинаторные голоса, комментирующие поведение больного
* бред идей другого рода, которые неадекватны для социальной культуры пациента

Неотчетливые:

* прерывание мыслительных процессов
* негативные симптомы
* патологические расстройства
* значительные изменения поведения

У пациентки отсутствуют любые симптомы шизофрении как в настоящее время, так и в анамнезе — главный аргумент против этого диагноза.

**5.** Депрессивное расстройство, обусловленное органическим поражением головного мозга

Основные критерии:

* критерий депрессивного расстройства + органический фактор (объективные, лабораторные, неврологические данные за органическое поражение ГМ; анамнестические сведения о заболеваниях, повреждениях или дисфункциях ГМ или о системном физическом заболевании, которое может вызвать церебральные расстройства)
* наличие связи во времени между развитием основного заболевания и началом развития синдрома;
* выздоровление после устранения основного заболевания
* нет данных об иной причине депрессии (стресс, другие отягощенности)

За этот диагноз говорит заключение невропатолога: “ резидуально-органическое поражение ЦНС перинатального генеза”, однако разрыв во времени от факта поражения до расстройства (35 лет) и явные другие причины депрессии (стрессы дома, на работе, переед, личные утраты) позволяют с большой долей вероятности отвергнуть органическую природу настоящего расстройства.

**ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА.**

* **Психофармакотерапия** — лечение депрессивного синдрома:

*1.Антидепрессанты*

а) ингибиторы моноаминооксидазы:

НИАЛАМИД (противопоказан при ажитированных состояниях), при его непереносимости или противопоказаниях следующее:

б) трициклические антидепрессанты:

ИМИЗИН (Мелипрамин, Имипрамин) — с сопутствующим стимулирующим эффектом, что делает его препаратом выбора при астено-депрессивных состояниях, при депрессивных эпизодах. При его непереносимости или отсутствии назначают:

АМИТРИПТИЛИН (Триптизол) или

АЗАФЕН (Дизафен, Pipofezinum) менее приемлем, так как обдадает седативным действием. При непереносимости следующее:

в) четырехциклические антидепрессанты

ПИРАЗИДОЛ — обладает регулирующим действием на ЦНС: стимулирующим при депрессиях, заторможенных состояниях и седативным — при тревожных. При непереносимости:

МАПРОТИЛИН

*2. Транквилизаторы*  — для снижения эмоциональной напряженности, тревоги, страха.

а) производные бензодиазепина

СИБАЗОН (Седуксен, Реланиум) — при непереносимости или отсутствии:

ФЕНАЗЕПАМ — самый эффективный транквилизатор, препарат выбора, при непереносимости:

НОЗЕПАМ (Тазепам), или ЛОРАЗЕПАМ или МЕЗАПАМ или ГРАНДАКСИН — дневной транквилизатор

3. *Нейролептические средства*  — для снижения аффективной напряженности, антипсихотического действия, уменьшения реакции на внешние стимулы, подавления чувства страха.

Препарат выбора для нашей пациентки:

СУЛЬПИРИД (Эглонил) — не оказывает седативного эффекта, обладает умеренной нейролептической активностью в сочетании с некоторым стимулирующим и тимолептическим (антидепрессивным) действием.

4*.Психомоторные стимуляторы ЦНС*  — для активации психической и физической деятельности организма

ИНДОПАН

СИДНОКАРБ

5. *Ноотропные препараты* — для прямого активирующего влияния на интегративные механизмы мозга

ПИРАЦЕТАМ (Ноотропил), при непереносимости следующее:

АМИНАЛОН или ПАНТОГАМ или ФЕНИБУТ

* **Обучение приемам аутогенной тренировки** — для создания у больной новой жизненной установки и отношения к травмирующим ситуациям
* **Семейная психотерапия —**  т.к. в силу своей малообщительности максимальный контакт будет с родными

**ДНЕВНИК**

**1 ноября.**

|  |  |
| --- | --- |
| Температура тела | 36.2 С 0 |
| Артериальное давление | 120 \ 75 мм.рт.ст. |

Пациентка выглядит угрюмо,без косметики, в контакт вступает неохотно, о своем настроении отзывается:” так себе”, речь медленная, аппетит ниже среднего, сон плохой, тревожный; через полчаса беседы с кураторами сказала что устала

**2 ноября.**

|  |  |
| --- | --- |
| Температура тела | 36.5 С 0 |
| Артериальное давление | 120 \ 80 мм.рт.ст. |

*Состояние* — удовлетворительное, с положительной динамикой

Пациентка отмечает, что настроение и аппетит улучшились, спала ночью спокойно, почувствовала “настоящий отдых от сна”; общается с большей охотой.

**3 ноября.**

*Состояние* — удовлетворительное, пациентка отмечает снижение общей слабости и усталости, повышение аппетита. Переведена в другую палату, с ее слов “быстро нашла общийй язык с соседями по палате”, настроение — благодушное, выглядит лучше — использует косметику, заметен появившийся интерес к жизни.

**4 ноября.**

*Состояние* — удовлетворительное, сон хороший, настроение стабильное, охотно общается с кураторами , речь — живая, с заиканием (больная объясняет это своим волнением из-за общения с кураторами) с умеренной жестикуляцией, аппетит хороший, пациентка полна желания после выписки сменить работу.

**ЭКСПЕРТИЗА**

**ПРОГНОЗ**

При условии соблюдения врачебных рекомендаций, рационального трудоустройства пациентка депрессивное расстройство может закончиться выздоровлением, однако без помощи окружающих и родных, при появлении неразрешимой для больной психотравмирующей ситуации может наступить рецидив

**РЕКОМЕНДАЦИИ**

После выписки из стационара продолжать курс назначенной терапии.

Наблюдение у участкового психотерапевта.

Попытаться найти работу по душе, заняться каким нибудь хобби.

Рекомендации родным — оберегать пациентку от психотравмирующих ситуаций

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. М.Д.Машковский; Лекарственные средства, Издательство “Медицина” Москва 1988

2.М.В.Коркина, Н.Д.Лакосина, А.Е.Личко “Психиатрия”, Москва, “Медицина” 1995