ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

 Ф.И.О. больного: x

 Возраст: 32 лет

 Пол: женский

 Национальность: русская

 Профессия и место работы:

 ТОКК, преподаватель

 Образование: высшее, институт Культуры

 Место жительства: г. Томск

 Семейное положение: разведена

 Дата и время поступления: 19ч.45мин. 22.05.1998

г.

 Диагноз клинический:

 Шизофрения. Параноидная форма. Дебют.

 Куратор: студент Савюк В.Я.

 Факультет: ЛПФ

 Курс: V

 Группа: 1312

 Ассистент: к.м.н. Райзман Е.М.

Томск --- 1998 г.

Жалобы пациента

Пациентку беспокоит сильное чувство страха, появившееся около месяца

назад (с начала мая). Страх связан с уверенностью больной, что она

подвергается преследованию группой мужчин в черных куртках с целью

убить её. Пациентка ощущает злобную настроенность по отношению к ней

окружающих её людей: соседей, кондуктора в общественном транспорте,

соседей по работе. Пациентка уверена в том, что её хотят <убрать> с

работы большинство её коллег. Также больную беспокоит выраженная

слабость во всех мышцах, что не позволяет ей выполнять всю работу по

дому.

 Субъективный анамнез

 История настоящего заболевания

Пациентка считает что основой её заболевания является страх, который

она испытывает из-за угрозы окружающих убить её. Целью данной

госпитализации по её мнению является терапия, направленная на

<успокоение нервов>, снятие страхов.

Со слов больной, чувство страха появилось и стало нарастать около

месяца назад. Больная рассказывает, что в один из дней ей позвонили в

квартиру и когда она открыла дверь, там никого не было. Она собралась

и пошла на родственникам, встретившись на лестничной площадке с

группой подростков, одетых странным образом: в черные джинсы, кепки и

спортивные штаны с лампасами. Когда она прошла мимо них, то обратила

внимание, что трое из парней пошли вслед за ней до самой остановки. У

больной сразу возникло чувство что её преследуют. На остановке уже

сидело двое людей, одетых также, и больная поняла, что эти все люди

следят за ней и <сдают, как по смене> её друг другу. Когда приехал

автобус двое мужчин вошли за ней. В автобусе перед больной встал

человек, который держал перед её лицом пилку, от чего она испытывала

огромный ужас и воспринимала это как знак угрозы ей, опасности,

ощущение, что ее собираются убить. Мужчина с пилкой проехал с ней две

остановки и еще через остановку больная вышла. Сразу за ней стали

следить люди из машины, всё также одетые. Пациентки удалось скрыться

дворами, вслед она услышала как один мужской голос кричал <убей её>.

Когда больная пришла к родственникам и рассказала им о случившемся,

они пытались её успокоить, переубедить, предлагали поехать отдохнуть

к матери в Асино. С этого дня больная отмечает что чувство страха

постоянно преследует её, она постоянно думает о тех людях, которые

преследуют её, хотя она сама не понимает почему её хотят убить.

Пациентка съездила к матери (всегда когда больная говорит о доме

родителей, она говорит как о доме матери) на несколько дней, однако

эта поездка принесла только разочарование, так как они поссорились с

матерью. Это произошло из-за того, что мать, узнав, что дочь

преследуют, оскорбляла ее, говорила, что она алкоголичка и связалась

с наркоманами. Пациентка не знает чем вызваны эти слова, но

подозревает, что кто-то с её работы звонил матери и наговорил ей

это, хотя, со слов больной, это неправда.

После того как пациентка вернулась в Томск, её продолжали

преследовать. Это проявлялось тем, что в автобусе кондуктор не хотел

брать у неё деньги, и не обращал на неё внимание, а потом соседи за

стенкой говорили что <кто она такая, в автобусе деньги предлагает, а

воры ее не признали>. Так же она слышала из-за стенки <ее не признают

ни воры, ни наркоманы>. Это был мужской голос, но не похожий на

голоса людей, которые живут за стеной. В автобусе к ней подходил

мужчина, что больную очень напугало, и демонстрировал ей наколку на

руке, говорил что <он только что вышел, сидел ни за что, они все ему

должны>. Пациентка отнесла эти слова на свой счет.

как выяснилось из расспроса, больную стали беспокоить голоса на улице

во дворе, раздающиеся из-за гаражей и окликающие ее по имени:

<Ира!>. Это мужские голоса, больше похожие на молодые, <юношеские>.

На работе, когда больная ведет урок, в кабинет заглядывают

посторонние мужчины, не знакомые ей. Это представители все той же

группировки, которая преследует её.

На работе у пациентки практически все ее окружение хочет ее

увольнение. Это связано с тем, что жена директора <метит> на ее

место. Больной делают намеки, знаки, дающие понять что ей надо

уволиться, что все хотят чтобы она ушла. Отношения с коллегами стали

ухудшаться в течение последнего учебного года, но наибольшее давление

больная испытывает в течение последнего месяца. В основном причина

несогласия кроится в различие возрастов --- большинство её коллег

пенсионного возраста, которые хотят удержаться на своих местах и не

дают ей <ходу> по профессиональной лестнице. Коллеги подговаривают

школьников отказываться от неё. Один класс полностью подал заявление

об отказе от преподавателя. Если в колледж приходят какие-нибудь

сведения о конкурсах, стипендиях и т.д. то больной никто эту

информацию не рассказывает, ей приходится все <добывать> самой.

Больная отметила что в последнее время она приходит с работы

измотавшаяся, усталая, на работе тяжело переносит занятия, по дому в

состоянии сделать только самое необходимое. Большую часть времени дома

больная лежит на кровати, в голове в основном мысли о преследовании и

конфликтах на работе. Мысли идут своим чередом, не спешат, не

медленные, одна мысль не наслаивается на другую, пациентка успевает

обдумать каждую мысль. Пациентка считает что у неё не ухудшилась

память, она запоминает и воспроизводит запомненную информацию также

легко и просто как и раньше. Больную стала беспокоить рассеянность

внимания, она не может сосредоточиться на каком-либо одном предмете,

вопросе. К тому же в последнюю неделю до госпитализации у больной

появилось чувство <замирания> перед тем, как она собирается

что-нибудь записать, пациентка на несколько секунд (3--4) застывает и

затем продолжает делать то, что собиралась. Больная говорит, что это

не чувство мышечного оцепенения, а мгновенной несобранности,

пациентка не забывает что хотела сделать, а как бы не может

абсолютно сосредоточиться. Такие <приступы> происходят не более 1

раза в день и больная говорит, что никто из окружающих не смог их

еще заметить кроме неё самой. После начала терапии в стационаре эти

замирания больше не наблюдались.

Больная жалуется, что за последний месяц похудела на 5 кг (в настоящее

время масса --- 57 кг). Связывает это с ухудшением аппетита в

последний месяц.

 Семейный анамнез

Родители и другие родственники не имеют никаких психических

заболеваний. На учете у психиатра никто из родственников не состоял.

Пациентка говорит, что в ее роду никто не отличается особой

одаренностью в отношении каких-либо способностей. Из особенностей

характерологических черт пациентка отмечает, что мать воспринимает

своих дочерей как маленьких детей, не может смириться с тем, что дети

выросли и стали взрослыми, постоянно пытается управлять ими,

осуждает их личный выбор и концепции. Венерических, нервных

заболеваний, туберкулеза, алкоголизма, болезней обмена веществ,

онкологических заболеваний в семье также не припоминает.

 История жизни больного

Пациентка является третьей из трех дочерей. Родилась от третьей

беременности, в срок. Роды проходили естественным путем.

Новорожденная, вероятно, имела кефалогематому, так как мать

рассказывала больной, что у неё были синяки над глазами, на лбу.

Вскармливание естественное, до какого возраста не знает. Детство

прошло в городе Асино. Росла и развивалась соответственно возрасту,

однако отмечает, что в один год говорила гораздо лучше других детей

этого возраста. Ходить начала относительно поздно --- в 1г. и 3мес.

В дошкольном возрасте в детский сад не ходила, отмечает некоторую

отгороженность от внешнего мира, в основном общалась в пределах

семьи. Играла в куклы. С трех лет проявляла способность к музыкальным

искусствам, охотно пела, знала много песен.

В школу пошла с 7 лет. К этому возрасту уже умела читать, имела

много подруг, так как любила гулять на улице. В школе дружила со

своими одноклассниками, училась без троек. Особых талантов к

предметам школьной программы не проявляла, но училась без напряжения.

Одновременно с общеобразовательной школой посещала музыкальную.

Играла на скрипке. Отмечает у себя проявления мечтательности,

стеснительности.

В семье отношения были нормальными. Пациентка редко вспоминает об

отце во время разговора. Однако говорит, что отношения с отцом были

лучше, чем с матерью. В отношениях с матерью постоянно

присутствовало некоторое недопонимание. как уже сказано выше,

больная считает, что мать не может смириться что дочери растут и у них

появляется своя точка зрения, порой отличающаяся от точки зрения

матери. На вопрос хочет ли больная быть похожей на свою мать

пациентка ответила отрицательно, она не считает свою мать женщиной,

приближенной к идеалу. На счет отца больная также говорит, что,

несмотря на любовь к нему, не считает его идеальным мужчиной.

После окончания школы Сторожева И.В. переехала в г.Томск для

дальнейшего получения образования в томском музыкальном училище.

Училась хорошо, отношения с другими студентами и преподавателями были

нормальными. После окончания училища поехала учиться в г. Кемерово в

институт искусств. Училась на музыкально-педагогическом факультете.

Отношения и коллегами и преподавателями нормальные. На выпускном

курсе стала свидетелем кражи одной из соседских комнат в общежитие.

Это очень напугало её. В комнату к ней зашел мужчина ---

по-видимому, один из преступников, в черных очках, который попросился

пожить у пациентки, она отказала ему и тогда он попросил её воды.

Когда больная набирала воду в стакан в туалете мужчина подошел к ней

и подставил нож к горлу. Пациентка закричала и мужчина выбежал.

после этого случая больная испытывала такой страх в течение примерно

месяца, какой сравним с её настоящим состоянием. Больная говорит,

что оправиться ей помог непродолжительный отдых дома у родителей и

заботы, связанные с наступлением сессии. Пациентка не отмечает

ощущения какого-либо преследования после этих событий, как это

отмечено сейчас.

После окончания института приехала в Томск (1992 г.). Устроилась в

колледж культуры преподавателем. Обучает игре на скрипке. До начала

этого года больная говорит, что отношения в коллективе были

нормальными. В течение последнего года, когда на работе произошли те

изменения, которые отражены в анамнезе заболевания, пациентке

приходилось много работать, говорит, что у неё даже не было выходных,

работала с утра до вечера без выходных.

В 1990 году выходила замуж, развелись через полтора года. Говорит,

что разошлись мирно. Подробности о периоде замужества, разводе, муже

не сообщает. В настоящий период времени имеет интимную связь с

мужчиной, замужества не хочет, говорит, что любит жить одна.

Пациентка проживает в общежитие, собственной квартиры нет.

В 12 лет проходила лечение в стационаре по поводу описторхоза

хлаксилом. Выписывалась здоровой. После этого печень не исследовала.

Сведений о детских инфекциях не получено. Пациентка отмечает, что

всегда болела очень редко простудными заболеваниями, росла здоровой.

детские прививки все сделаны по возрасту, медотводов не было.

Период полового созревания протекал без особенностей, задержки или

ускорения полового развития не было. Ранений, контузий не было.

Рассказывает, что во время учебы в институте, когда ехала домой на

каникулы, очень сильно ударилась головой о дверную ручку. Сознания

при этом не теряла. Голова болела некоторое время, затем, постепенно,

боль прошла. Пациентка курит, алкоголь принимает умеренно, по

праздникам, может принять 2 рюмки водки или несколько большее

количество вина или шампанского. От приема алкоголя чувствует

улучшение настроения, проходит усталость. Наркотики никогда не

употребляла, относится к наркомании осуждающе. Аллергологический

анамнез в отношении пищевых, лекарственных, ингаляционных,

эпидермальных антигенов не отягощ "ен. Иммунопатологию у себя и

родственников отрицает.

Ранее к психиатру, психологу, невропатологу обращаться не

приходилось.

 Объективный анамнез

 Беседа с сестрой пациентки

С ноября 1997 года родственники обратили внимание, что Сторожева И.В.

стала замкнутой, осторожной, вся целиком погрузилась в работу,

практически полностью перестала общаться с родными. За две недели до

поступления обращалась к сестре с просьбой о защите, жаловалась на

то, что за ней следят. очень плохо питалась, много курила.

В детстве пациентке уделялась масса внимания со стороны родителей и

старших сестер. В поведении отмечалась театральность,

экспрессивность. выраженных перепадов настроения не отмечалось.

В остальном данные субъективного и объективного анамнеза совпадают.

 Психический статус

 Сознание

Пациентка полностью ориентируется в собственной личности, месте

нахождения, лицах, ситуации, календарном времени. Она в состоянии

решать мыслительные задачи, речь ее правильная, не путаная, выводы

логичные, суждения правильные, т.е. мышление не фрагментарное.

Признаков патологической амнезии каких-либо событий из истории жизни

больной, и фрагментов разговора с пациенткой не наблюдается. Таким

образом, у больной не обнаружен ни один из признаков Яспера. Не

были также обнаружены признаки синдромов выключения (кома, сопор,

оглушения), помрачения (делирий, онейроид, аменция) и сужения

(сумеречные состояния, амбулаторные автоматизмы) сознания. По

видимому, те <признаки оцепенения>, описанные в анамнезе за неделю до

госпитализации, нельзя отнести к расстройствам сознания, так как

пациентка утверждает, что она не могла сосредоточиться в эти

моменты, но помнила происходящее, не испытывала какую-либо особую

мышечную слабость. Пациентка говорит что не испытывала ничего вроде

отчужденности от окружающего мира, чувства нереальности восприятия

окружающего мира; отчуждения мыслей, чувств, движений, действий,

собственного Я.

 Восприятие

Пациентка рассказывает, что слышит голоса молодых людей называющие ее

по имени. Также она слышит мужские голоса за стенкой её

комнаты, которые говорят о ней, рассуждают наркоманка она или

воровка. Зрительных, обонятельных и др. галлюцинаций у пациентки

выявить не удалось. Пациентка не отмечает повышения или понижения

чувствительности к раздражителям. Пациентка не испытывает никаких

неприятных ощущений в теле.

 Заключение: истинные вербальные галлюцинации.

 Внимание

Больная отметила, что в последнее время её внимательность значительно

снизилась. Пациентке трудно сосредоточиться, она быстро устает,

отвлекается от работы. При разговоре пациентка часто проявляла свою

невнимательность неточными ответами, нелепыми ошибками --- чаще это

происходит при использовании чисел: больная сказала что переехала в

Томск не в 1992 а в 1982 году, а когда её переспросили сразу

исправила неточность. Также пациентка в первый день общения сказала

что ей 22 года, а наследующий день --- 32.

Пациентка сообщает о моментах, когда внимание больной полностью

исчезает, она отвлекается перед тем как собирается совершить

какое-либо действие (особенно, записать что-либо). Такие явления

появились на последней недели и возникают 1 раз в сутки. После

госпитализации таких явлений больше не наблюдалось.

 Тестирование. При проведении теста с подсчетом кружков на листке

бумаги пациентка не ошиблись ни в одной из трёх попыток. Материалы

тестирования помещены в приложении к истории.

Корректурная проба (см. приложение). Как видно, пациентка делает

множество ошибок в начале тестирования, количество которых постепенно

снижается к середине текста, и в последних пяти строках ошибок нет

вообще. Это говорит о том, что внимание больной требует длительного

периода <включения>. Оценивая весь текст целиком, можно сделать

вывод, что в целом ошибок сделано много и внимание пациентки снижено.

Счет по Крепелину. В целом интервалы между числами равны по времени,

за исключением 1--2 эпизодов запоздания ответа; пациентка сделала

одну ошибку, которую не заметила и 2-3 ошибки, которые исправила сама

сразу же. Тест подтверждает снижение внимания, рассредоточенность.

 Заключение: внимание снижено, в процессе работы внимание

возрастает.

 Память

Пациентка утверждает, что у неё нет снижения памяти, она по-прежнему

хорошо запоминает и воспроизводит необходимую информацию. Говорит,

что всегда имела не очень хорошую память на числа, абстрактные цифры,

номера телефонов. Преимущественно у больной развита слуховая память,

что связано с особенностями профессиональной деятельности. Пациентка

хорошо помнит все музыкальные произведения, которые изучала в

институте, которые преподает, утверждает, что может воспроизвести их

без нот. У пациентки не удалось выявить каких-либо <провалов> в

памяти. Все факты из собственной жизни (исключая события связанные с

переживаниями страха в последний месяц), которые рассказывает больная

довольно реалистичны и непохожи на ложные воспоминания.

 Тестирование. Телефонная проба. Пациентка воспроизвела сразу же

после начала теста телефонный номер из пяти цифр, однако через 2

минуты смогла точно назвать только первую цифру. Этот показатель ниже

приводимой в руководствах нормы, но следует учитывать, что пациентка

отметила свою плохую память на цифры в разговоре.

Тест с запоминанием десяти слов. В приложении приводится список слов,

использовавшихся в эксперименте, а также график их запоминания с трех

раз. Уровень запоминания слов высокий.

 Мышление

Пациентка в беседе правильно использует термины, обозначающие

конкретные предметы, лица, разговор не переключается только на

использование этих терминов. Больная с легкостью и правильно

использует абстрактные понятия и формулировки. Мысли, высказываемые

ею последовательны, не прерываются, логическая цепочка прослеживается

от предложения к предложению. Больная не акцентируется на каких-то

незначимых обстоятельствах, а также не склонна к немотивированному

разговору об идеалистическом. Отвечая на вопросы, одинаковые

ответы не используются. Мысли больной идут с нормальной скоростью,

пациентка успевает полностью обдумать каждую мысль, мыслительный

процесс не представляется чем-то таким, над чем следует затрачивать

какую-то дополнительную энергию, он не в тягость. Суждения

высказываемые в беседе логичны, правильно сформулированы.

Пациентка рассказывает, что когда она находится на улице, то

постоянно обращает внимание на номера домов, их последовательность,

четность или нечетность. Эти действия не причиняют большого ей

дискомфорта и она утверждает, что может заставить себя не обращать на

это внимание, избавиться от этого усилием воли. Как выяснилось из

беседы, в жизни больной нет каких-либо стремлений, которые играли бы

неоправданно большую роль для нее, чрезмерно больших целей, слепой

веры.

Пациентка уверена в том, что существует группировка молодых людей,

которые одеваются странным образом (джинсы, кепка, черные куртки),

которые по непонятным причинам преследуют её на улице, на работе,

хотят убить. Кондуктор в транспорте не желает её обслуживать, так как

считает что она наркоманка. Об этом пациентка слышит из-за стены, по

её мнению, вопрос о ее принадлежности к наркоманам или ворам

обсуждается соседями. Некие недоброжелатели, звонят её матери, для

того, чтобы оклеветать её и поссорить с матерью. На работе

практически весь коллектив преподавателей и студентов настроен против

неё, все хотят чтобы она уволилась. Все это вселяет в больную чувство

страха. Пациентка уверена в своей правоте, к этим мыслям не критична.

Связать все эти последовательные события больная не может. Считает,

что это все отдельные явления в её жизни. Однако, на второй день

общения, когда пациентка рассказывала о случае нападения на нее в

общежитии в период обучения в институте культуры, она сказала, что

если сейчас ей все это и показалось, то тогда точно в тот момент её

жизни угрожала конкретная опасность. В этом можно различить некоторую

критичность. Больная также рассказала, что ходила в магазин с целью

того, чтобы проверить, испугается ли она кого-либо на улице. Речь

идет о положительной динамике на фоне медикаментозной терапии.

 Тесты. Использованные материалы в приложении. Больная из четырех

слов выбрала правильное, несоответствующее остальным трем. Таким

образом, способность к правильному образованию понятий сохранена.

Тест на образование аналогий. Пациентка считает что электричество та

относится к проволоке, как пар относится к кипению. Объяснила больная

это так: электричество бежит по проволоки, т.е. связано с ней, и пар

связан с кипением. Таким образом, способность образования аналогий

страдает.

Сравнение понятий. Пациентка считает, что муха и самолет похожи в

том, что они летают, а разница в том, что самолет перевозит грузы, а

муха просто летает и гадит. Сравнение собаки и кошки также нелепо.

Данные ответы позволяют судить о том, что уровень мышления снижен.

Пациентка правильно интерпретирует предложенные метафоры и пословицы.

 Заключение: несистематизированный персекуторный бред

(преследования, отношения).

 Интеллект

В разговоре с пациенткой обращает на себя внимание тот факт, что

беседа проходит с полным взаимопониманием. Больная правильно понимает

и интерпретирует вопросы, ответы ее логичны. Словарный запас

достаточно высок. Из анамнестических данных видно, что больная в

интеллектуальном плане развивалась активно, говорить начала раньше

других детей, знала в раннем дошкольном периоде много песен наизусть.

Период учебы в школе содержал достаточное количество источников для

коммуникаций с другими детьми в среднеобразовательной и музыкальной

школах. Сам факт обучения в музыкальной школе предполагает наличие

достаточно больших знаний по искусству и культуре.

Знания во всех учебных заведениях, в которых получала образование

больная, оценивались в среднем на <хорошо>. То есть, можно сказать,

что в кругу своего общения, своих коллег, в профессиональном плане

больная занимает среднее положение. Больная говорит, что <особыми

талантами> она не обладает. Каких либо других увлеченностей, не

связанных с работой, в процессе общения выявить не удалось:

не обнаружилось особой любви к кино, театру, заинтересованности в

политике, общедоступных знаний по медицине и т.д. Однако пациентка

имеет некоторые общие понятия по разным сторонам жизни людей. Её

жизнь, по-видимому, строится по плану: работа -- дом -- работа.

Однако следует учитывать, что пациентка живет одна, родственница

рассказала, что последние полгода больная стала более замкнутой, это

может говорить об определенной степени ухода в себя, некоторой

аутизации больной, и пациентка в виду этих особенностей не может

продемонстрировать некоторые стороны своей жизни. Это может создать

впечатление о более низком уровне интеллекта, чем есть на самом деле

у пациентки.

Исследования уровня общежитейских знаний (названия городов, рек,

государств, политической ситуации в мире и т.д.) показывают

осведомленность на умеренном уровне. Тесты на мышление, описанные

выше, демонстрируют некоторую ограниченность в способностях

образовывать аналогии, сравнивать понятия.

Из всего выше сказанного, можно сделать вывод, что уровень интеллекта

больной является средним для микросоциальной среды с таким же уровнем

образования и такого же возраста в которой она живет.

К сожалению, возможности провести тесты для определению

интеллектуального коэффициента (IQ) нет.

 Эмоции

Эмоциональный мир пациентки достаточно богат. Это связано с тем, что

больная имеет образование в области искусств, с тем что является

младшим ребенком в семье, которому уделялось масса внимания. Это

определяло в детстве высокий уровень экспрессии эмоций (из беседы с

сестрой). Из беседы стало ясно, что во взрослом состоянии больная

довольно эмоционально реагирует на различные ситуации: ярко

демонстрируются чувства радости, горя, страха и т.д. Однако, больная

отмечает, что все эти проявления эмоции протекают в рамках

<разумности>, эмоциональные реакции не вызывают смущения или

изумления у окружающих. Эмоциональное состояние не подвержено

значительным резким колебаниям, но некоторые события в жизни способны

изменить полюс настроения в один момент.

Появление суицидальных мыслей в течение жизни вообще и в за последний

период в частности пациентка категорически отрицает.

За последнее время больная говорит, что ее настроение понижено,

постоянное чувство страха беспокоит её. В основном все эмоции в

последнее время имеют некоторую негативную окраску в связи с этим. На

лице больной действительно присутствует некоторый испуг. Когда

задаешь больной вопросы, создается впечатление, что больная в любой

момент может обидеться, неправильно понять вопрос и расстроиться.

В первый день общения создавалось впечатление, что у больной

<наворачиваются> слезы.

В процессе общения обращает внимание скудность мимической окраски

речи больной, но не до уровня маскообразного лица, руки больной

постоянно лежат на столе, жестикуляция минимальна.

С целью изучения эмоциональной сферы пациентки проведен цветовой тест

Люшера.

 Результат теста Люшера

Интерпретация является предварительной, поскольку получение

достоверных результатов психологического теста возможно только с

участием психолога.

Сейчас вы познакомитесь с краткой интерпретацией вашего актуального

эмоционального состояния, которое меняется в зависимости от

обстоятельств вашей жизни и вашего самочувствия. Сферы, требующие

пристального внимания, обозначены словом "Внимание!".

Сложившаяся ситуация вызывает некоторую тревогу; ситуация

стабилизируется.

Ведущие тенденции, определяющие Ваше поведение:

\* Высокая активность, стремление к самовыражению сочетается в

повышенной эмоциональностью и отвлекаемостью.

Ваше актуальное состояние характеризует:

\* Пассивность и осторожность мешают гармонизации отношений,

которые идеализируются

Источники стресса и поведение, вызванное стрессом:

\* Протест в отношении запретов и ограничивающих требований.

Потребность распоряжаться своей судьбой.

Актуальная проблема, вызванная стрессом:

\* Стремление избежать любых ограничений, стесняющих свободу

дальнейшего роста, препятствующих повышению престижа.

Таким образом, объективно продемонстрировано, что у пациентки имеется

нарушение в эмоциональной сфере и снижено внимание, что пациентка

испытывает ощущения, которые стесняют ее свободу, мешают ей

распоряжаться своей судьбой.

 Заключение: снижение эмоционального тонуса, умеренно выраженный

аффект страха, умеренная депрессия.

 Двигательно-волевая сфера

Пациентка считает, что обладает достаточной силой воли для решения

реальных задач. Проявлением воли можно считать упорную учебу музыке в

школе, продолжение образования в дали от родительского дома. Больная

считает себя настойчивым человеком в отношении тех целей, которые

зависят от неё. Если на пути преодоления трудностей приходится

сталкиваться с конкретными людьми, то пойти наперекор старшим, тем,

кто главнее, бывает не всегда просто. Пациентка утверждает что её

возможно переубедить в чем то, внушить, считает себя достаточно

внушаемым человеком. Она обладает достаточным терпением. Планы на

будущее --- продолжать работать и пытаться подняться по

профессиональной лестнице, несмотря на <трудности, которые создают её

коллеги, начальники>.

Во время беседы больная ограничена в движениях, особенно в первый

день обследования. Поза больной естественная. Больная отметила, что в

последний месяц испортился аппетит, стала есть мало. Уровне

влечений в половой сфере с пациенткой не обсуждался. В разговоре с

больной не получено каких-либо сведений об извращении влечений,

склонности к импульсивным действиям, амбивалентности желаний.

Беседа с больной и наблюдение не дали никакой информации об

изменениях двигательной сферы. Некоторая заторможенность пациентки

можно объяснить нарушениями в эмоциональной сфере, чувством

некоторого дискомфорта при разговоре с незнакомыми людьми.

 Поведение

Времени для полноценного наблюдения за поведением больной вне

ситуации курации недостаточно. Однако, удалось заметить, что

пациентка общается с соседями по палате. Никакой трудовой

деятельностью в больнице пациентка не занимается. На приглашение к

беседе с кураторами больная охотно соглашается. В целом

создается впечатление, что отношение к труду положительное, больная

любит свою работу, о непосредственно выполняемой работе рассказывает

в слегка эмоционально окрашенной форме.

О прошлых болезненных переживаниях пациентка рассказывает без критики,

но охотно. На второй день беседы появляется некоторый критический

оттенок в рассказе.

 Квалификация психического статуса

В процессе изучения психического статуса пациентки на основании

беседы, наблюдения, тестирования выявлены следующие синдромы.

 Параноидный синдром. Данный синдром выделен на основании того,

что больная имеет нарушение мышление по содержанию в качестве самого

яркого элемента в клинической картине. Пациентка демонстрирует

бредовую мысль, персекуторного содержания (пациентка предполагает,

что за ней следят с целью убить её, недоброжелатели пытаются

рассорить её с матерью, коллеги на работе объединились против неё;

кондуктор в транспорте не желает обращать на неё внимание, так как

считает что она наркоманка или воровка), бред несистематизированный

(пациентка не может полностью объяснить за что её преследует, люди,

мешающие ей продвигаться по профессиональной лестнице не связаны с

людьми, которые её выслеживают, недоброжелатели, пытающиеся рассорить

её с матерью также не связаны с другими врагами).

 Синдром галлюцинаторных расстройств. Этот синдром выделяется в

связи с тем, у пациентки в анамнезе перед госпитализацией имели место

истинные вербальные галлюцинации: больная слышала, как её окликают по

имени на улице, слышала голос незнакомого мужчины за стеной, который

рассуждал о её принадлежности к наркоманам и ворам. Галлюциноз

рассматривается в рамках параноидного синдрома.

 Астенический синдром. Этот

синдром объясняется наличием слабости, которая препятствует

выполнению работы по дому, по-видимому, большую роль в его генезе

играет состояние аффекта --- пациентка заявляет, что больше всего её

беспокоит чувство страха, связанное с бредовыми переживаниями. Помимо

усталости у больной имеется значительное снижение внимания,

продемонстрированное в тестах, рассеянность, у нее нарушился аппетит,

что привело к снижению массы тела за 1 месяц на 5 кг.

 Депрессивный синдром. Синдром выражен слабо и тесно связан с

переживаниями аффекта --- тревогой, вызванной бредовыми идеями, и

выражается в умеренно сниженном настроении больной,

 Заключение: параноидный синдром с астено-депрессивными

явлениями.

 Соматический статус

Кожа загорелая. Тургор сохран "ен, эластичная. Влажность достаточная.

Патологических элементов не найдено.

Слизистые оболочки конъюнктив, носовых ходов розовые,

чистые, отделяемого нет. Склеры нормальной окраски.

Подкожная жировая клетчатка развита достаточно, распределена равномерно.

Пастозности, от "еков нет.

Патологического локального скопления жира не найдено.

Костная система сформирована правильно.

Шея правильной формы. Щитовидная железа не пальпируется.

Пульсация сонных артерий прощупывается с обеих сторон.

Набухания и пульсации яр "емных вен нет.

 Органы дыхания и грудная клетка

Нос нормальной формы. Дыхательные пути проходимы, патологического

секрета нет.

Грудная клетка нормостеничной конфигурации.

Тип дыхания смешанный. Дыхание ритмичное --- 16 в минуту.

При перкуссии над передними, боковыми и задними отделами л "егких в

симметричных участках перкуторный звук одинаковый, л "егочный,

гамма звучности сохранена.

Топографическая перкуссия л "егких без особенностей.

При аускультации л "егких в клиностатическом и ортостатическом

положениях при спокойном и форсированном дыхании определяется

физиологическое везикулярное дыхание над передними, боковыми и

задними отделами легких. Дополнительных дыхательных шумов не

выявлено.

 Сердце

При пальпации сердечной области верхушечный толчок

определяется в V межреберье, кнутри от срединно-ключичной линии на 1

см, не разлитой (ширина 2 см), не усилен. Толчок правого желудочка не

определяется.

При перкуссии сердца абсолютная и относительная тупость определяются

в пределах физиологических границ.

Сердце имеет нормальную конфигурацию.

При аускультации сердца в ортостатическом и клиностатическом

положениях при спокойном дыхании и его задержке выслушиваются

нормальные тоны сердца.

Пульс ритмичен , частота --- 60. Аритмии нет.

Артериальное давление 120/80 мм ртутного столба на обеих руках.

 Живот

Живот нормальной формы.

Симптом Щ "еткина - Блюмберга отрицательный.

При поверхностной л "егкой пальпации болезненности нет.

Все отделы кишечника расположены правильно, обычного диаметра,

эластичные, стенка гладкая, ровная, подвижная, безболезненная,

урчания нет.

Pancreas не пальпируется, что является нормой. Типичные точки

безболезненные.

Перкуторные границы печени в норме. Ординаты Курлова 10, 9 и 8 см.

При поверхностной пальпации печени болезненности не выявлено.

При глубокой --- на глубоком вдохе край печени выходит из-под

края реберной дуги на 0.5 см по linea clavicularis

dextra. Край печени эластичный, гладкий, острый, ровный,

безболезненный.

Границы селезенки в норме.

Селез "енка не пальпируется, что соответствует норме.

Левая и правая почки в горизонтальном и вертикальном положениях не

пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен. Мочевой пузырь не

определяется, перкуторный звук над лобком без притупления.

 Неврологический статус

На момент обследования больная не отмечает головной боли.

Рвоты без алиментарных причин не было.

При пассивном наклоне головы больного к груди не определяется

ригидности мышц. Симптом Кернига отрицателен. При исследовании на

наличие верхнего, среднего и нижнего симптомов Брудзинского сгибания

ног в коленных и тазобедренных не получено. Не отмечается общей

гиперестезии, светобоязни, болезненности глазных яблок при движениях.

Снижения обоняния (гипосмия), его утраты (аносмия), повышения

(гиперосмия) и извращения (дизосмия) по данным опроса нет.

Жалоб на снижение остроты зрения, ограничение или выпадения полей

зрения, ощущения тумана, тёмных пятен, искр, мелькания перед глазами

нет. Больная дифференцирует основные цвета.

Диплопии не отмечается. Глазные щели обычной ширины, симметричные:

птоза, энофтальма, экзофтальма нет, синдром Горнера не выявлен.

Объём движения глазных яблок не уменьшен. Нистагм не обнаружен.

Сходящегося и расходящегося косоглазия, пареза, паралича и судороги

взора не отмечено. Прямая и содружественная реакция зрачков на свет

выражена нормально. Конвергенция не нарушена. Аккомодация сохранена.

Болей и парестезий в области лица нет. Точки выхода ветвей

тройничного нерва безболезненны. Чувствительность на симметричных

участках лица одинакова, интенсивность ощущений в зонах иннервации

всех трёх ветвей тройничного нерва нормальная (исследована болевая и

тактильная чувствительность).

Лобные складки симметричны.

Симптомов орального автоматизма нет. Мигание нормальной частоты.

При общем осмотре мускулатуры конечностей и туловища атрофий,

гипертрофий не обнаружено.

 Сила мышц. При исследовании силы мышц поочерёдно с обеих

сторон отмечено умеренное снижение при полном объёме движений,

несколько понижен тонус мышц.

 Проба Ромберга --- пациентка устойчива, пальце-носовую пробу

выполняет.

На момент обследования боли при натяжении нервных стволов и корешков

нет. Симптомы Ласега, Вассермана, Нери, Бехтерева отрицательны.

Болевая, температурная и суставно-мышечная чувствительность на всех

участках тела и конечностях сохранены, симметричны. Астереогноза нет.

Двухмерно-пространственное чувство сохранено.

Рефлекторная сфера: отмечено симметричное снижение сухожильных

рефлексов. Патологических рефлексов нет.

 Лабораторные данные

Пациентке проведены следующие методы лабораторной диагностики:

кровь на RW, ВИЧ, ПТИ, клинический анализ крови, клинический анализ

мочи, биохимический анализ крови.

Все показатели в пределах нормы.

 Обоснование диагноза

На основании того что в клинической картине у пациентки доминирует

параноидный синдром, включающий описанные бредовые идеи,

галлюцинации, а также на основании имеющихся нарушений в

эмоциональной сфере, в сфере внимания выставляется диагноз

шизофрении.

Диагноз параноидной шизофрении подтверждается так же тем, что у

больной обнаруживается необходимое количество критериев, приводимых в

МКБ-10, а именно ---

4) бредовое восприятие,

5)галлюцинации любой модальности в сочетании с несистематизированным

бредом.

 Этой комбинации критериев достаточно для

постановки диагноза. Возможно, что со временем у больной появятся

новые критерии, что подтвердит диагноз.

Также можно проследить соответствие клинической картины пациентки с

критериями, приведенными в четвертом издании <диагностического и

статистического руководства по психическим болезням> Американской

психиатрической Ассоциации (DSM-IV):

наличие психических симптомов, таких как бред, галлюцинации,

дезорганизованная речь, крайне дезорганизованное или кататоническое

поведение, негативные симптомы (достаточно 1 из симптомов,

наблюдаемых в течение месяца) --- понятно, что у пациентки

наблюдается как минимум два симптома из этого критерия;

социально-трудовая дезадаптация --- данный критерий трудно оценить

применительно больной в настоящее время, однако можно предположить

что те явления, которые наблюдаются у пациентки на работе, та

конфликтная атмосфера, которая сложилась у неё с коллегами и

студентами могут подходить под этот пункт;

продолжительность не менее 6 мес с активной фазой, протекающей с

симптомами из первого критерия --- по данному пункту клиника не

совпадает, однако вполне вероятно, что через 6 месяцев это

несовпадение исчезнет;

отсутствие шизоаффективных расстройств --- клиника не совпадает по

данному пункту, однако депрессивное состояние, которое имеется у

пациентки и выражено слабо, скорее всего обусловлено переживаниями

страха и тесно связано с общим астеническим состоянием.

состояние не обусловлено воздействием психоактивных веществ, не

обусловлено соматическим заболеванием, органическим поражением

головного мозга --- на момент курации никаких признаков соматического

заболевания, органического поражения не обнаружено, в анамнезе нет

данных, свидетельствующих о приеме психоактивных веществ;

глубокие расстройства развития личности --- данного критерия не

обнаружено.

Большинство критериев совпадает с клинической картиной, наблюдаемой у

пациентки.

Учитывая такую клиническую картину следует говорить о параноидной

форме, так как клиника не содержит никаких проявлений

гебефренического синдрома (который позволил бы говорить о

гебефренической шизофрении), кататонических явлений (кататоническая

шизофрения). Выставляемая нозологическая единица соответствует самой

распространенной форме заболевания среди человеческой популяции.

Учитывая то, что с начала болезни прошел только один месяц,

невозможно определить тип течения и темп прогредиентности заболевания.

При подтверждении диагноза шизофрении путем наблюдения за больной в

течение года данные пункты классификации будут внесены в диагноз.

В настоящий момент в диагнозе отмечается начало заболевания словом

<дебют>.

 Диагноз клинический:

 Шизофрения. Параноидная форма. Дебют.

 Дифференциальный диагноз

Учитывая то, что заболевание началось недавно, клиническая картина до

поступления практически не имеет объективного описания и в клинике

имеются симптомы, являющиеся факультативными для шизофрении

необходимо проводить дифференциальную диагностику со следующими

заболеваниями.

 Бредовые расстройства. Этот диагноз, в соответствии с МКБ-10

выставляется в тех случаях,

бредовые симптомы являются главной или единственной клинической

характеристикой и отсутствуют признаки органического поражения ЦНС,

аффективной патологии и типичные симптомы шизофрении (психические

автоматизмы). Наиболее типичными являются бред

преследования, ревности, величия, изобретательства, ипохондрический,

дисморфоманический, эротический, кверулянтский бред. Действительно в

клинической картине пациентки отсутствуют некоторые характерные для

шизофрении симптомы (псевдогаллюцинации, психические автоматизмы), не

найдены признаки поражения ЦНС, бред имеет персекуторную фабулу.

Аффективная патология имеет манифестирована деликатно. В этом

схожесть состояния с бредовыми расстройствами. Однако нельзя пока

выставить такой диагноз, т.к. для характерно длительное существование

(не менее трех месяцев) бреда. Расстройства восприятия (особенно

слуховые галлюцинации) нехарактерны, могут наблюдаться тактильные и

обонятельные галлюцинации. У пациентки наоборот имеются слуховые

галлюцинации и нет тактильных и обонятельных.

Поэтому на данном этапе развития заболевания логичнее выбрать из этих

заболеваний диагноз шизофрении.

Также вероятен диагноз острых и транзиторных психотических

расстройств , также выделенных в МКБ-10. У пациентки психотическая

симптоматика развилась быстро, в течение месяца (при этих

расстройствах симптомы появляются и нарастают в течение 2 недель и

менее). Данное состояние может сочетаться с симптомами шизофрении.

В самом начале заболевания следовало бы выставить этот диагноз,

однако по истечению месяца диагноз

при сохранении шизофренической симптоматики (как у больной)

диагноз должен быть изменен на шизофрению.

 Шизоаффективные расстройства. В группу шизоаффективных

расстройств вклю -че -ны состояния, при которых аффективные и

шизофренические симптомы выявляются одновременно хотя бы в течение

нескольких дней. В данном клиническом случае вероятен диагноз

депрессивного типа шизоаффективного расстройства. При этом

заболевании по крайней мере один типичный шизофренический симптом

выявляется одновременно с наличием хотя бы двух

характерных депрессивных симптомов во втором. В данный момент у

пациентки не обнаружен какой либо еще симптом депрессии кроме немного

сниженного настроения (нет замедления течения представлений,

речедвигательной заторможенности, характерных нарушений восприятия

--- гипестезии, иллюзорных, дереализационных, деперсонализационных

явлений и т.д.). Состояние тревоги нельзя отнести к признакам

депрессии, так как она вызвана бредово-галлюцинаторными явлениями.

 Нарушение психики при экзогенных поражениях.

В анамнезе отсутствуют данные о перенесенных травмах, инфекционных

заболеваниях с поражением нервной ткани, соматических заболеваниях с

эндокринными нарушениями и т.д. Однако астенический синдром,

присутствующий в психическом статусе больной может наблюдаться при

этой группе заболеваний. В рамках астенического синдрома у пациентки

не обнаружены такие характерные (но не специфические) симптомы,

встречающиеся при органических поражениях ЦНС как нарушение сна,

непереносимость жары, работы в наклон, предчувствие на изменения

погоды. Неврологическая симптоматика очень скудная и ограничивается

только снижением тонуса мускулатуры. Не обнаружено энцефалопатических

изменений: память сохранена, нет обстоятельности мышления, не

наблюдалось картины недержания аффекта. Для полного исключения этой

патологии следует провести тонкие лабораторные и инструментальные

методы исследования, вплоть до компьютерной томографии головного

мозга.

 Реабилитация

Основой лечения больных с диагнозом <шизофрения> является

медикаментозная терапия, формирование доверительных отношений

больного с опытным специалистом, социальная поддержка, постепенная

реабилитация и профессиональная переподготовка. Настоящая

госпитализация оправдана, так как всегда показана в дебюте

заболевания. В течение этой госпитализации необходимо определиться с

диагнозом, провести курс медикаментозной терапии, соответствующий

тяжести состояния.

В настоящее время, когда у больной начинает появляться критика к

собственному состоянию, уменьшилась психотическая симптоматика

ей показан режим Б --- обычная психиатрическая бдительность; при

полном купировании психотическим симптомов пациентку необходимо

перевести на режим В. Реабилитационный режим 2 ---

лечебно-активирующий: пациентка может вовлекаться в трудовые

процессы.

 Медикаментозная терапия.

Tab. Triftazini 0,005. По 1 таблетке 2 раза в день --- с целью

антипсихотического действия, учитывая, что у пациентки нет

возбуждения.

 Tab. Alprazolami 0,5. По 1 табл. 2 раза в день

--- для анксиолитического действия (снятие тревоги) и с целью

получить антидепрессивный эффект.

Tab. Cyclodoli 0,001 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 <Undev um> по 1 драже 3 раза в день после

еды.

 Профессиональная и социальная реабилитация.

Учитывая, что заболевание в дебюте, то говорить об этих пунктах

реабилитации рано.

Работа с пациенткой и её родственниками поможет ей преодолеть реакцию

на болезнь и решить проблемы, связанные с работой и общением с

окружающими. Следует назначить консультации психолога и

психотерапевта для определения форм реадаптации, что даст возможность

выявить и исключить стрессовые ситуации, спровоцировавшие

манифестацию шизофрении.

Следует организовать трудовую терапию и постепенно включать пациентку

в социальную деятельность. По-видимому, больная не будет отстранена

от своей работы после настоящей госпитализации.

 Клинический и социально-трудовой прогноз

По американской статистике около 30 % полностью

выздоравливает, а у большинства остальных наблюдается некоторое

улучшение. Симптоматика, связанная с обеднением эмоций и снижением

влечений обычно является устойчивой. Хотя даже умеренно выраженные

проявления расстройства снижают возможности общения и успешной

профессиональной деятельности, тем не менее и при частичных

ремиссиях вполне возможна приемлемая социальная адаптация. Как

правило, без соблюдения адекватного ухода и лечения возникают

повторные приступы. Часто наблюдаются резкие обострения, требующие

терапевтического вмешательства. Наиболее благоприятный прогноз

связан со следующими моментами: адекватной преморбидной

характеристикой личности, имевший высокий уровень социальной

адаптации (этот фактор есть в анамнезе); провоцированием заболевания

внешними факторами; острое начало болезни; манифестацией в зрелом

возрасте; явлениями спутанности сознания или растерянности в

клинической картине; наличием аффективных расстройств в семейном

анамнезе.

Таким образом у пациентки есть следующие факторы, говорящие о хорошем

 прогнозе: острое начало, наличие аффективных нарушений, поздний

возраст начала, благополучный преморбидный фон в отношении

социальной, сексуальной, профессиональной активности. Факторы,

предполагающие плохой прогноз: отсутствие семьи, развод.

Следовательно, прогноз в целом благоприятный и в отношении

медицинских аспектов (возможность возвращения к преморбидному уровню)

и в отношении социально-трудовых аспектов (возможность реабилитации

после выписки из стационара).

 Конец курации. Куратор: Савюк В.Я.

Жариков Н.М. и др. Психиатрия: Учебник. --- М.: Медицина, 1989. ---

496 с.

Кирпиченко А.А. Психиатрия: [Учеб. пособие для мед. ин-тов]. --- Мн.:

Выш. шк., 1984. --- 240 с.

Руководство по медицине. Диагностика и терапия. В 2-х т. Т.2.: Пер. с

англ. / Под ред. Р.~Беркоу, Э.~Флетчера. --- М.: Мир, 1997. С. 3-7,

61--66, 73--76.

Машковский~М.Д. Лекарственные средства. В двух частях. Ч. 1., Ч. 2

--- М.: Медицина, 1993.

Внутренние болезни. В 10 книгах. Книга 10. Пер. с англ./ Под ред.

Е.~Браунвальда, К.Дж.~Иссельбахера, Р.Г.~Петерсдорфа и др. --- М.:

Медицина. --- 1997. С.403--409, 416--433.

Кафедральные методички по проведению курации и отдельным вопросам

психиатрии; материалы лекций и семинаров. --- Кафедра психиатрии

СГМУ, 1998.

 end document