**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.**

**Фамилия:**

**Имя:**

**Отчество:**

**Пол:**

**Возраст:**

**Домашний адрес:**

**Место работы:**

**Образование:**

**Дата поступления в стационар:**

**Клинический диагноз:**

# ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

При расспросе удалось выяснить, что больную беспокоят голоса, которые звучат «внутри головы». Но при разговоре на эту тему больная замыкается, уходит от ответов, утверждая, что ей трудно говорить об этом, что этот разговор может ей повредить. Настроение больной при этом меняется (ухудшается), на лице появляется выражение страдания, больная стремится быстрее закончить разговор на эту тему, начинает рассказывать о другом. При очередной попытке расспросить больную о голосах она заявила, что ее никакие голоса не беспокоят, хотя накануне утверждала обратное. Исходя из изложенного, можно сделать вывод о большой актуальности этих переживаний для больной.

Во время разговора (в положении сидя) у больной наблюдается тремор верхних конечностей, который беспокоит больную. При движении этот симптом исчезает.

Кроме того, больная жалуется на то, что «принимает все близко к сердцу», сильно переживает из-за конфликтов с медицинским персоналом отделения, с другими больными. Это выражается в резком снижении настроения, слезливости.

При поступлении в отделение больную беспокоила бессонница, выражающаяся в нарушении засыпания. Также предъявлялись жалобы на тревожность, чувство страха за свою жизнь и здоровье.

# СУБЪЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ

**История развития настоящего заболевания.**

О времени появления голосов и о каких – либо изменениях их в процессе существования больная сообщить отказывается. Считает себя больной с 8-летнего возраста, когда была сильно напугана. После этого у больной появилась бессонница (примерно 10 дней больная вообще не спала). Больная лечилась в психиатрической больнице г. Новосибирска. В дальнейшем было еще несколько госпитализаций, сроком от 1 до 6 месяцев, больная неоднократно лечилась и в томской областной психиатрической больнице. Точные причины госпитализаций или события, предшествующие им, больная не сообщает, говорит, что «заболела», ничего не уточняя. Чем лечилась в больнице, не помнит.

Тремор верхних конечностей появился у больной 2 месяца назад, когда она обратилась к психиатру по месту жительства с жалобами на «голоса». Врач сделал ей инъекцию какого-то лекарства (больная не знает, какого), после чего и появилось это расстройство.

По направлению психиатра больная поступила для лечения в томскую областную психиатрическую больницу 21 сентября 1997 года. С момента начала лечения больная отмечает улучшение состояния, что выражается в уменьшении тремора рук, улучшении настроения.

**Семейный анамнез.**

Деда и бабку со стороны отца больная не помнит. Дед со стороны матери был вспыльчивым, раздражительным человеком с трудным характером. Несколько лет назад он умер от паралича. Бабка со стороны матери была доброй, отзывчивой, хорошо относилась к больной. Страдала сахарным диабетом. Мать больной добрая, спокойная, неконфликтная, отношения с матерью у больной хорошие. 2 года назад мать больной перенесла операцию на желчных путях. Отец больной злоупотреблял алкоголем, ушел из семьи, когда больной было 3 года. О болезнях матери и отца больная не осведомлена. Брат матери погиб в состоянии алкогольного опьянения (отравление угарным газом в гараже). Психическими, венерическими заболеваниями никто из семьи и ближайших родственников не страдает.

Бытовые условия, в которых живет больная, она описывает как хорошие: отдельная благоустроенная квартира, семья среднего достатка, муж работает. Росла больная в деревне, условия жизни были также удовлетворительными.

**История жизни больного.**

Больная – единственный ребенок в семье, родилась от 4 беременности (все предыдущие заканчивались искусственными абортами), беременность протекала нормально, роды срочные. Травм при родах не было. Но уже в роддоме у больной обнаружили какой-то «шум в сердце». Дальнейшее исследование не проводилось. Держать головку, сидеть, стоять, ходить, говорить начала вовремя. В детский сад пошла с 3 лет, посещала его охотно, отношения с воспитателями и с детьми были хорошими. Активно общалась с детьми, участвовала в подвижных играх (они нравились ей больше, чем спокойные). В школу пошла с 7 лет. Учиться нравилось, успеваемость была хорошей. Любимыми предметами в школе были физкультура и пение. Оценки по этим дисциплинам всегда были хорошими. Плохо давались точные науки – алгебра, геометрия, по ним больная успевала средне.

Училась в музыкальной школе по классу фортепиано, окончила 4 класса, не смогла продолжать обучение из-за болезни.

В школе по-прежнему предпочитала активные игры, было много подруг (в основном среди ровесниц), была общительна, в группе детей могла и командовать, и подчиняться.

В старших классах успеваемость ухудшилась, так как из-за болезни стало трудно учиться.

Окончила 10 классов, работала няней в детском саду. Потом поступила в ПТУ, училась на контролера ОТК, но обучение не закончила. К получению специальности относилась равнодушно, дальнейшая работа ее не интересовала.

Периодически употребляла спиртные напитки (примерно с 15 лет), иногда были запои продолжительностью до 3 дней. Неоднократно в состоянии опьянения получала травмы головы, сознание не теряла. Не употребляет спиртное уже около года.

Курила 8 лет, до 5 сигарет в день, количество выкуренных сигарет резко возрастало во время употребления спиртного. Перестала курить незадолго до поступления в больницу. Наркотиков не употребляла.

Живет в гражданском браке с 24 лет. Мужу 31 год, работает трактористом. В состоянии алкогольного опьянения иногда бьет жену. Половая жизнь с мужем больную не удовлетворяет (так как муж использует извращенные формы полового акта, что неприемлемо для больной). Больная тяжело переживает эту ситуацию, говорит об отвращении к половой жизни, но в то же время утверждает, что любит мужа, хочет жить с ним и дальше, иметь от него второго ребенка. Мастурбацию отрицает.

Сыну больной 8 лет, учится во 2 классе, успевает средне, увлекается танцами. Страдает холециститом, пиелонефритом. Больная демонстрирует привязанность к сыну, озабочена его здоровьем, успехами в школе, скучает по нему.

**ОБЪЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ**

Из врачебной документации выяснено, что больная поступила по направлению из г. Стрежевого не только для лечения, но и для врачебной экспертизы (для решения вопроса об инвалидности). Больная демонстрирует двойственное отношение к данной ситуации: в одной из бесед с лечащим врачом она утверждает, что инвалидность ей необходима, в другой – что она может работать, «только работы нет». Больная состоит на учете в Службе занятости населения г. Стрежевого.

В остальном данные субъективного анамнеза совпадают с объективными.

**ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС**

**Сознание.**

Ориентация больной во времени, пространстве и собственной личности сохранена. Больная отчетливо представляет себе место своего нахождения, правильно его называет, правильно указывает год, месяц и число (ориентируется в календарном времени), узнает кураторов при повторных посещениях.

Признаков фрагментарности мышления не выявлено.

Симптомов выключения сознания также не отмечено: больная реагирует на раздражители обычной силы, понимает обращенные к ней вопросы разной степени сложности, реагирует на них адекватно. Сонливости нет.

Судорожных или бессудорожных припадков у больной в течение жизни не было.

Эпизоды амнезий больная отрицает.

**Заключение:** расстройств сознания не выявлено.

**Восприятие.**

В сфере восприятия у больной отмечаются расстройства: она слышит «голоса, звучащие внутри головы». От дальнейших расспросов на эту тему больная уклоняется. Из истории болезни выяснено, что голоса имеют императивный характер, «приказывают, управляют, говорят гадости». При попытке детализации ощущений больной она замыкается, говорит, что ей тяжело и неприятно говорить на эту тему. На предложение описать (на бумаге) или нарисовать «голоса» больная ответила отказом. О времени первого появления «голосов» и каких-либо изменениях их в процессе существования больная не сообщает.

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

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

**Внимание.**

Больная оценивает себя как внимательного человека, считает, что способна читать и работать в любой обстановке. Признаков истощаемости внимания не отмечено (беседы с больной продолжались до 1 часа и больная не проявляла усталости). Но при беседе выявляется патологическая прикованность больной к собственным переживаниям, проявляющаяся длинными паузами в разговоре при ожидании ответа больной на поставленный вопрос. При повторно заданном вопросе следует достаточно быстрый ответ.

Пробу с подсчетом кружков больная выполнила верно.

Корректурная проба: 24 строки проработаны за 7 минут, 12 ошибок.

Результаты счета по Крепелину:

100……………………..93………………………….86…………………………………79……………90………..67…………………..60………………………….53………………………46……………………..39……………………..32……………………..25…………….18……………………….11……………………….4

При анализе результатов обнаружена патологическая прикованность внимания: обдумывая очередной ответ, больная отвлекается на собственные переживания. При напоминании задания возвращается к его выполнению, быстро считает и говорит результат.

Те же проявления прикованности наблюдаются и при разговоре: если в нем возникает пауза, то можно заметить, что больная не обдумывает очередной ответ или фразу, а занята своими мыслями, не имеющими отношения к теме разговора.

**Заключение:** обнаружены расстройства внимания в виде патологической прикованности.

**Память.**

Больная оценивает свою память как «среднюю», лучше развита у нее моторная и зрительная память. События своего детства и юности помнит хорошо. Базовые знания сохранены: больная без колебаний называет имя матери, сына, их возраст, даты их рождения, и.т.д. Псевдореминисценций и конфабуляций больная не демонстрирует.

Нарушений чувства знакомости нет.

Результаты психологических тестов для исследования памяти:

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

Были предъявлены следующие слова:

Стол

Река Количество воспроизведенных слов

Дом

Собака

Лицо

Дерево

Часы

Сыр

Сад

Мука

Количество попыток

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

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

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

**Мышление.**

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

Имеется расстройство мышления по темпу: оно замедлено. Речь больной обеднена, замедлена, ответы на вопросы односложные, после долгой паузы. После установления контакта больная стала реагировать на вопросы более оживленно, ответы на вопросы стали более развернутыми, полными, но замедленность мышления сохранялась.

В речи также отмечались частые соскальзывания, особенно в начале разговора. Например, на вопрос «Вы единственный ребенок в семье?» больная отвечала: «Я ходила к своему врачу, он мне поставил укол», то есть, соскальзывание имело вид «ответов мимо». Патологической обстоятельности, резонерства, персевераций в речи не отмечено.

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

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

При беседе больная говорит тихим голосом, хотя голосовая функция не нарушена (в отделении говорит голосом обычной громкости). На вопрос о причине этого больная ответила, что «если говорить громко о моей болезни, то меня услышат те голоса, что звучат у меня в голове». Также во время разговора неоднократно высказывала мысли о том, что разговор с кураторами о ее болезни навлечет на нее какие-то неприятности (какие – сообщить отказывается). Разубедить больную в этих утверждениях невозможно.

Результаты психологических тестов для оценки мышления:

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

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

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

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

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

3.Понимание смысла пословиц и метафор.

Смысл выражения «золотые руки» больная поясняет правильно.

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

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

**Заключение:** отмечаются расстройства мышления по темпу (замедление), по форме (соскальзывание в виде «ответов мимо») и по содержанию (высказывание бредовых идей отношения и воздействия, а также формирование паралогичных умозаключений), обнаружены признаки навязчивых сомнений и действий.

**Интеллект.**

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

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

Такой уровень интеллекта можно объяснить недостаточным образованием больной, отсутствием профессии (соответственно, и профессиональных знаний), окружением больной и низким уровнем культуры в ее семье. С другой стороны, подобная картина может наблюдаться при аутистических чертах личности, тогда это объясняется игнорированием реально происходящих событий.

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

**Эмоции.**

Свое настроение в данный момент больная оценивает как хорошее, хотя при поступлении предъявляла жалобы на снижение настроения, тревожность, чувство страха за свою жизнь и здоровье. Больная подвержена колебаниям настроения, воспринимает все «слишком близко к сердцу», в конфликтных ситуациях не пытается защищаться, а отмалчивается или плачет (последнее гораздо чаще). С началом лечения отметила, что стала гораздо спокойнее реагировать на конфликтные ситуации. Не злопамятна, легко прощает нанесенную обиду, свой характер определяет как «добрый, покладистый».

Колебания настроения в зависимости от времени суток больная не отмечает.

Суицидальных мыслей никогда не возникало.

Мимика у больной малоактивная, жестикуляции практически нет, при разговоре больная всегда принимает одну и ту же позу: сидит, положив локти на стол.

Эмоции выражены слабо, предмету беседы в основном адекватны, но иногда больная беспричинно смеется при ответе на какой-либо вопрос.

**Заключение:** отмечено некоторое снижение эмоциональной активности, эпизоды эмоциональной неадекватности, гипомимия

**Двигательно-волевая сфера.**

Больная опрятна в прическе, одежде, пользуется косметикой.

В разговоре участвует пассивно, в основном отвечает на поставленные вопросы, встречных вопросов не задает, интереса к беседе не проявляет, не пытается выяснить что-либо о своей болезни.

В отделении в основном одинока, с больными общается редко, большую часть времени бесцельно ходит по коридору.

Часто упоминает о том, что скоро ее должны выписать, что очень хочет домой, соскучилась по сыну, по мужу, хочет жить вместе с ними. В дальнейшем планирует завести еще одного ребенка (хочет родить девочку). Планы больной не соответствуют реально существующей жизненной ситуации.

Поведение больной во время беседы несколько скованное.

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

**Поведение.**

При наблюдении больной вне ситуации курации отмечено, что больная больше времени проводит в коридоре, чем в палате, мало общается с другими больными, чаще сидит одна или ходит по коридору. Отношение к работе у больной неопределенное (в беседе с лечащим врачом она высказывает противоречивые суждения на эту тему). ЛТМ при больнице не посещает, в отделении не помогает обслуживающему персоналу. К своим болезненным переживаниям (псевдогаллюцинациям) относится критично, воспринимает их как проявление болезни. Бредовые же идеи воспринимает некритично.

Побеседовать с дежурной сестрой отделения для выяснения особенностей поведения больной не удалось.

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

**КВАЛИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА**

Учитывая, что у больной имеются слуховые вербальные императивные псевдогаллюцинации (больная жалуется, что у нее в голове «звучат голоса», которые «приказывают, управляют, говорят гадости»), бредовые идеи воздействия (громкий разговор больной, в котором она рассказывает о своей болезни, может быть услышан теми «голосами», которые «живут» у больной в голове, и эти «голоса» могут рассердиться и наказать ее), данное состояние следует трактовать как  **галлюцинаторно-параноидный синдром.**

У больной имеются нарушения в сфере мышления в виде **расстройств мышления по темпу** (замедление), **по форме** (соскальзывание в виде «ответов мимо», соскальзывающие ассоциации») **и по содержанию** (формирование паралогичных умозаключений, нарушение абстрагирования).

Нарушения памятипредставлены у больной **гипомнезией** (больная плохо помнит отдельные события разных периодов своей жизни, психологические пробы выполнены на низком уровне).

Отмечены также расстройства вниманияв виде **патологической прикованности** (в счетной пробе отмечены продолжительные паузы между ответами).

Нарушения в интеллектуальной сфере представлены **снижением интеллекта** (запас общежитейских знаний у больной очень низкий), возможно, на фоне **аутизма.**

Эмоциональные нарушения имеют вид **гипомимии, снижения эмоциональной активности, неадекватности эмоциональных реакций.**

Нарушения в двигательно-волевой сфере определяются в виде **легкой гипобулии.**

В поведении больной можно обнаружить некоторые признаки **аутизма.**

**СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС**

**Общее состояние:** удовлетворительное

**Температура тела:** 36,5 С

**Пульс:** 74 уд/мин

**Частота дыхательных движений:** 20 в мин

**Телосложение:** нормостеническое

**Кожа и видимые слизистые:** кожа бледно-розового цвета , высыпаний нет, влажность кожи умеренная, эластичность сохранена . Видимые слизистые розовые, блестящие, чистые, влажные.

**Подкожная жировая клетчатка:** развита умеренно, распределена равномерно **Лимфатическая система:** лимфоузлы не увеличены

**Мышечная система:** сила мышц достаточна , тонус в норме. Тургор тканей сохранен

**Кости и суставы:**патологических изменений при осмотре в костях черепа, позвоночника , грудной клетки , таза , длинных трубчатых костях не обнаружено . При пальпации обнаружена болезненность в левом голенностопном суставе

**Щитовидная железа:** не пальпируется

**Органы дыхания:** по данным осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации органов дыхательной системы патологии не найдено.

**Сердечно-сосудистая система:** границы относительной тупости сердца соответствуют норме. При аускультации на верхушке выслушивается слабый систолический шум . Пульс слабого наполнения, удовлетворительного напряжения. Эластичность стенки сосуда сохранена . АД -130/70 мм рт ст

**Органы пищеварения :**

**рот:** слизистая розовая , влажная

**зубы, язык:** на языке белый налет

**миндалины :**не выходят за края небных дужек

**живот:** правильной формы , в горизонтальном положении не выступает за края реберных дуг . Нижняя граница желудка располагается на 3 см ниже пупка. Поверхностная пальпация кишечника безболезненна . При глубокой пальпации отмечается болезненность в правой и левой подвздошной областях . Печень не выходит за края правой реберной дуги, пальпация ее безболезненна, край ровный, эластичный . Поджелудочная железа и селезенка не пальпируются .

**Мочеполовая система:** без особенностей

**НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС**

Реакция зрачков на свет живая, одинаковая с обеих сторон, анизокарии нет.

Нистагма не обнаружено, конвергенция сохранена. Поля зрения не сужены. Объем движений глазных яблок полный. Больная жалуется на слияние букв перед глазами при чтении, видит лишь крупные буквы. Определение остроты зрения не проводилось из-за отсутствия необходимых таблиц.

Правая глазная щель несколько шире левой. Углы рта симметричны, носогубные складки выражены одинаково с обеих сторон. Мимика сохранена.

Язык по средней линии, глотание не нарушено.

Объем активных и пассивных движений во всех суставах полный, в одноименных суставах амплитуда движений одинакова. Тонус мышц нормальный.

Нарушений тактильной, болевой и температурной чувствительности не обнаружено

Сухожильные и периостальные рефлексы сохранены, одинаково выражены с обеих сторон.

Патологических рефлексов и менингеальных знаков не выявлено.

В позе Ромберга больная устойчива, отмечается выраженный тремор верхних конечностей большой амплитуды.

Координационные пробы (пальце-носовую и пяточно-коленную) выполняет свободно.

**Заключение:** выявлено нарушение зрения, требующее дальнейшего детального исследования.

**ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

**Общий анализ крови. 21.09.97.**

**Гемоглобин** 118 г/л

**Эритроциты**  3.7х1012/л

**Лейкоциты** 7.0х109/л

**СОЭ** 4 мм/ч

**Эозинофилы** 1%

**Палочкоядерные** 6%

**Сегментоядерные** 50%

**Лимфоциты**  41%

**Моноциты** 2%

**Общий анализ мочи. 21.09.97.**

**Количество** 110 мл

**Цвет ж**елтый

**Прозрачность** мутная

**Удельный вес** 1018

**рН** 6.0

**Эпителий плоский** в большом количестве

**Лейкоциты** единичные в поле зрения

**Слизь** +

**Бактерии** в незначительном количестве

**Биохимический анализ крови 22.09.97.**

**Сахар** 5.0 ммоль/л

**Билирубин общий** 20.0

**АсАТ** 1.8

**β-липопротеины** 42 ЕД

**КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

**Невропатолог: 6.10.97.**

Данных за органическое поражение ЦНС нет

**Окулист: 23.09.97.**

Жалобы на снижение зрения на левый глаз. Очками не пользуется.

Оптические среды прозрачны.

Глазное дно без видимых изменений.

**Заключение:** амблиопия слева.

**Терапевт: 24.09.97.**

Патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

На основании данных психического статуса, свидетельствующих о наличии у больной галлюцинаторно-параноидного синдрома, нарушений в эмоциональной сфере (снижение эмоциональной активности, неадекватность эмоциональных реакций), нарушений в сфере мышления (замедление, соскальзывание, соскальзывающие ассоциации, паралогичные умозаключения, нарушение абстрагирования), расстройств двигательно-волевой сферы (гипобулия) и расстройств поведения (признаки аутизма) можно поставить диагноз:

**Шизофрения, параноидная форма, приступообразное течение со средней прогредиентностью, галлюцинаторно-параноидный синдром.**

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Дифференциальный диагноз необходимо провести с органическими психозами травматического и интоксикационного характера, так как в анамнезе имеются указания на неоднократное получение больной черепно-мозговых травм и употребление алкоголя.

Из симптоматики, характерной для галлюцинаторно-бредового психоза травматического характера, у больной присутствуют признаки астенического синдрома (нарушения сна, беспокойство, плаксивость), галлюцинации и бред, эмоциональные расстройства в виде эпизодов тревожности и страха.

Но при органическом психозе травматического генеза психические расстройства сопровождаются нарушениями сознания в виде его помрачения, психоз развивается вслед за воздействием на организм дополнительных вредных факторов (соматическое неблагополучие, интоксикации, алкоголь, операции и.т.д.), чего у данной больной не наблюдается. Органический травматический галлюцинаторно-бредовый психоз чаще дебютирует сумеречным или делириозным помрачением сознания, чего у данной больной также не отмечено.

Из органических психозов интоксикационного генеза состояние больной следует дифференцировать с хроническим вербальным галлюцинозом с бредом, который возникает при алкоголизме.

Элементами сходства с данной патологии у больной являются вербальные слуховые псевдогаллюцинации и бредовые идеи отношения, причем бред тесно связан с галлюцинаторными проявлениями. Кроме того, у больной имеются компоненты астенического синдрома, что также характерно для вербального галлюциноза с бредом.

Но у данной больной имеются нарушения мышления не только в виде бреда, но и в виде замедления, соскальзываний, формирования паралогических умозаключений. Присутствуют расстройства эмоциональной сферы (эмоциональная неадекватность, снижение эмоциональной активности), нарушения двигательно-волевой сферы (гипобулия), элементы аутизма в поведении, что более характерно для шизофрении и является для нее облигатной симптоматикой.

Необходимо также отдифференцировать заболевание больной от реактивных психозов, так как в анамнезе больной имеется указание на существование психотравмирующей ситуации с семье (сложные отношения с мужем).

При реактивном психозе, как и при шизофрении, наблюдаются бред и галлюцинации. Но психогениям свойственна яркость, образность, конкретность переживаний, причем содержание бреда и галлюцинаций непосредственно отражает патогенную ситуацию, чего не отмечается у больной: ее галлюцинаторно-бредовые переживания никак не связаны с психотравмирующими обстоятельствами.

Галлюцинации и бред при реактивных психозах порождают сильные аффекты страха, тревоги, что отражается на поведении больных. Данная же больная не демонстрирует таких ярких эмоциональных проявлений, наоборот, ее эмоциональная активность снижена.

При реактивных психозах клиника развивается быстро, изменений в психике до воздействия психотравмирующей ситуации может не быть. При шизофрении психозы развиваются, как правило, на фоне астенических состояний, что наблюдается и у данной больной.

Следовательно, клиника психического расстройства у больной имеет больше сходства с клиникой шизофрении, чем с клиникой реактивных психозов.

**РЕАБИЛИТАЦИЯ**

**1.Медицинская.**

У больной в клинике наличествует галлюцинаторно-бредовый синдром, при котором рекомендуется лечение нейролептиками с преимущественно тормозным эффектом в быстро нарастающих дозировках: аминазин – 250-400 мг/сут, тизерцин – 250-400 мг/сут и др. Параллельно назначаются нейролептики с антипсихотическим действием: галоперидол – 15-20 мг/сут, триседил – 2-5 мг/сут, трифтазин – 40-60 мг/сут и др. Показаны также и другие психотропные средства, в том числе и препараты пролонгированного действия. В комплекс входят также корректоры: циклодол, артан, паркопан, ромпаркин, норакин и др.

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

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

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

**2.Социальная.**

Учитывая, что заболевание больной является прогностически благоприятным, особенно на фоне профилактического назначения психотропных препаратов нейролептического ряда, следует провести семейную терапию, разъяснить мужу возможность дальнейшего проживания с больной, сделать попытку оздоровления микросоциального окружения. Для повышения социального статуса больной можно порекомендовать трудоустройство (на простую работу), либо работу по щадящему графику в ЛТМ .

**КЛИНИЧЕСКИЙ И СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВОЙ ПРОГНОЗ**

**Клинический прогноз:** сомнительный, так как возможны стойкие изменения личности в эмоциональной и двигательно-волевой сферах.

**Социально-трудовой прогноз:** оценивается как благоприятный, так как сохранена возможность реабилитации после выписки из стационара, возможна и простая профессиональная деятельность.

**РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ВРАЧА, ОТВЕТСТВЕННОГО ЗА ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ**

**В РАЙОНЕ**

Больная ............................. находилась на обследовании и лечении в Томской областной психиатрической больнице с диагнозом: шизофрения, параноидная форма, приступообразное течение со средней прогредиентностью, галлюцинаторно-параноидный синдром.

Участковому врачу рекомендуется оформить больную на работу в ЛТМ, выбрав индивидуальный, щадящий график работы, продолжить лечение психотропными препаратами.

Кроме того, по возможности следует провести разъяснительную работу с мужем больной, попытаться оздоровить микросоциальное окружение больной.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Кирпиченко А.А. «Психиатрия».

Минск, «Вышэйшая школа», 1984 год.

1. Жариков Н.М., Урсова Л.Г., Хритинин Д.Ф. «Психиатрия»

Москва, «Медицина», 1989 год.

1. «Руководство по психиатрии» под ред. А.В. Снежневского