

## **Примерные ситуационные задачи по специальности «Психиатрия»**

### **Ситуационная задача 1**

#### **Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

##### **Основная часть**

Больной Д., 18 лет. Отец болен параноидной шизофренией. Оставил семью, когда сыну было 2 года. Воспитывался бабушкой. С детства был активен, подвижен, общителен, имел друзей. В школьные годы увлекался самбо и поделками из дерева. Учился вполне удовлетворительно, но без особого интереса. В возрасте 15—16 лет стал постепенно меняться. Забросил спорт и увлечение поделками. Перестал гулять с ребятами. Ничего не читал. Просиживал у телевизора все свободное время, ничем не занимаясь. В школе становился все более пассивным, успеваемость резко снизилась, на уроках отказывался отвечать. Домашних заданий не выполнял. Последние 2—3 месяцев совершенно замкнулся, с матерью и бабушкой почти не разговаривал. Все дни просиживал в своей комнате, ничего не делая. Перестал мыться, за одеждой не следил. Ел мало и неохотно. При поступлении в подростковую психиатрическую больницу (ПБ) был вял, пассивен, кратко и формально отвечал на вопросы. Бреда и галлюцинаций не обнаружил. К госпитализации отнесся с полным безразличием. Ушел в палату, не простившись с матерью, не заметив ее слез. В больнице был совершенно бездеятелен, пассивно подчинялся режиму, сидел в стороне от сверстников. С врачом контакт был сугубо формальным. Никакой инициативы в беседе не проявил. Нехотя отвечал, на вопросы. Лицо было маловыразительным, голос — монотонным. Настроение характеризовал как обычное. Бреда и галлюцинаций выявлено не было. Во время беседы смотрел в сторону или разглядывал кисти своих рук.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз с указанием клинической формы по МКБ-10
2. Укажите тип течения
3. Выделите ведущий синдром
4. В какой психотерапевтической помощи нуждается пациент?

## Ситуационная задача 2

### **Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

#### **Основная часть**

Больной Р., 18 лет. У отца параноидная шизофрения. Рос здоровым, но с детства был замкнутым, вяловатым, любил читать. Отличался моторной неловкостью. С детьми не играл. Был очень привязан к матери, почти все время старался проводить около нее. В школе учился удовлетворительно. Держался в стороне от ребят, друзей не было. С 15 лет начал увлекаться философией, читал философские книги. Рассуждал о смысле жизни, говорил о ее бесцельности. Заявлял, что во всем оказались правы Ницше и Спенсер, проповедовал «всеобщий анархизм». Раньше увлекался шахматами, но в течение последнего года утратил интерес к ним. В школе постоянно вступал в споры с учителем истории, за что получил выговор от директора. Через несколько дней почувствовал непреодолимую тоску, пришел к выводу, что он «неполноценный». Оставшись дома один, принял 20 таблеток тиоридазина (сонапакса), после чего потерял сознание и очнулся, когда мед. бригада «скорой помощи» промывала ему желудок. Был госпитализирован в психиатрическую больницу (ПБ). В ПБ сразу во время первичного осмотра врача начал рассуждать на философские темы. При этом мысли излагал сумбурно, суждения были примитивными, опровержений не слушал. Заявил, что разработал свою философскую систему, но суть ее изложить не смог, стереотипно повторял только: «Я — за сверхчеловека». Сказал, что любит мать, но не дал никакой эмоциональной реакции на вопросы о том, как бы мать пережила его смерть, если бы не удалось его спасти. Сексуальную жизнь отрицал, называя ее низменной. К совершенной суицидной попытке относился с формальной критикой. Признался, что и раньше после неприятностей у него несколько раз было желание покончить с собой.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз
2. Выделите ведущий синдром
3. Предложите психофармакотерапию
4. Составьте индивидуальный поэтапный план фармакологического и психосоциального лечения для данного пациента (определите последовательность)

### Ситуационная задача 3

#### **Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

##### **Основная часть**

В приемное отделение психиатрической больницы (ПБ) специализированной бригадой СМП доставлен пациент К. 20 лет. Первичная госпитализация в ПБ. Три недели назад стал подозрителен в отношении незнакомых людей на улице, опасался, что его подслушивают. Перестал посещать занятия в вузе. В течение последней недели перестал разговаривать с родителями, не выходил из своей комнаты. Согласно психическому статусу, описанному врачом-психиатром: «Напряжен, подозрителен, со злобой говорит о родителях, называя их чужими людьми. Подозревает, что врачи «сговорились», реагирует попыткой убежать из квартиры на предложение пройти обследование. Сообщает, что слышал «голос учителя», который рассказал ему правду о «других родителях». Во время осмотра в приемном отделении ПБ на стандартные вопросы врача пациент отвечает отрывочно, не по существу, отдельные реплики пациента лишены видимого смысла. Сообщает, что «голос учителя» приказывает не отвечать на вопросы врачей, «требует вернуться домой». Отказался от прочтения и подписания согласия на госпитализацию в ПБ, заявил, что не будет принимать лекарства. При приближении к нему врача и медицинской сестры оттолкнул их. Установлен диагноз в соответствии с МКБ-10: «Острое шизофреноподобное расстройство (F23.2), галлюцинаторно-параноидный синдром».

После выполнения назначений дежурного врача-психиатра пациент спал около 5 часов. Утром не выходил из палаты. Осмотрен лечащим врачом утром в 09:45. Во время осмотра выглядит растерянным, напряженным, но враждебности не проявляет. На вопросы отвечает односложно, иногда дает совершенно неадекватные сути вопроса ответы, быстро теряет цель высказывания, соскальзывает на случайные ассоциации. Выяснение деталей переживаний затруднено из-за выраженных нарушений мышления и высказываний, имеющих понятный только пациентку символический смысл. Неточно называет дату, не знает названия больницы, в которой находится. Удастся выяснить, что пациент ощущает и «слышит мысли» и «голоса» в «своем сознании», которые ведут диалог с ним, предлагают ему решения и дают советы. Подтверждает, что один из «голосов» принадлежит «Учителю человеческого сознания и всеобщего разума», который наделил его способностями и миссией быть «проводником света». Убежден, что через его психику «высший разум управляет психосферой» земли и «кодирует судьбу человечества». Сообщил, что «установил парапсихическую связь с Учителем» давно, так как уже несколько месяцев ощущает «непроизвольное возникновение образов-подсказок», но последние дни ему «открылся смысл познания» и он «сердцем услышал главное». О своих родителях говорить отказался, сказав, что «все это не важно». Не понимает причин госпитализации. Однако говорит, что ему «здесь нравится», и он «не возражает против небольшого отдыха». От лекарств не отказывается. В соматоневрологическом статусе: Пульс = 84/мин, АД = 125/80 мм. рт. ст., экстрапирамидной симптоматики нет.

**Вопросы:**

1. Укажите мероприятия по предупреждению рисков, связанных с психическим состоянием пациента
2. Укажите правовые основания назначенных мер безопасности при оказании психиатрической помощи и связанную с этим форму психиатрической помощи.
3. Назначьте лечение, которое может проводиться до назначений лечащего врача в стационарном отделении.
4. Выберите предпочтительную в данном случае схему лечения.

## Ситуационная задача 4

### **Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

#### **Основная часть**

В приемное отделение психиатрической больницы (ПБ) родителями доставлен пациент Н., 22 лет. Родители сообщили, что больной ранее под наблюдением психиатра не состоял. Впервые психические изменения стали замечаться родителями около месяца назад, когда без объяснения причин пациент отказался ходить на учебу в университет, отмечалась несвойственная ему скрытность и необщительность, подозрительность в отношении родственников. Раздражался, реагировал вспышками гнева, когда кто-либо отвлекал его от компьютера, за которым он просиживал дни и ночи. Был неряшлив, перестал следить за своим внешним видом, разбрасывал вещи и сорил в комнате. Три дня назад родители стали слышать из комнаты пациента, как он с кем-то разговаривает, но они сначала подумали, что он «в скайпе» или говорит по телефону. Вчера пациент стал «заговариваться» в присутствии родных: произносил внезапные неуместные реплики, как будто отвечал на чьи-то вопросы, явно к чему-то прислушивался, странным взглядом всматривался в лица родственников, спрашивал, кто они. Потребовал, чтобы мать трижды назвала свое имя. Игнорировал вопросы родителей. Сегодня утром мать обнаружила пациента в застывшей позе с зачарованным взглядом. Испугавшись, мать вызвала скорую. До приезда скорой помощи пациент внезапно сорвался с места и, ударив своего деда кулаком в лицо, бросился в коридор, где пытался выбить ногой дверь из квартиры, при том, что мог ее свободно открыть изнутри. При попытке остановить его оказывал яростное сопротивление. В приемном отделении пациент продуктивному контакту малодоступен. На лице выражение тревоги и страха легко сменяются неадекватной улыбкой или беспричинным смехом. Совершает стереотипные раскачивающиеся движения. На вопросы не отвечает или начинает бормотать торопливо что-то бессвязное. Анамнестических сведений не сообщает. Повторяет лишь несколько раз, что «упадет самолет-комета, страшно... три всадника грядут...». При осмотре отмечены умеренные проявления восковой гибкости, без явной каталепсии и негативизма. Пациент не оказывает сопротивления диагностическим процедурам и лечению. Температура тела 36,5. Кожные покровы чистые, естественной окраски. Пульс 90 в мин, АД = 135/80 мм. рт. ст. ЭКГ – без патологии. Больной не подписал согласия на госпитализацию в психиатрический стационар и не смог выразить своего отношения к госпитализации.

**Вопросы:**

1. Установите диагноз в соответствии с МКБ-10
2. Определите необходимую форму психиатрической помощи и ее правовые основания
3. Сформулируйте цели и показатели эффективности терапии
4. Выберите и обоснуйте предпочтительную схему лечения и альтернативные варианты в случае недостаточной эффективности



## Ситуационная задача 5

### **Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

#### **Основная часть**

Гражданин К., житель города Армавира, 56 лет, находившейся в командировке в Москве, самостоятельно обратился за медицинской помощью и просьбой о госпитализации в приемное отделение психиатрической больницы (ПБ).

Согласно анамнезу, который он сообщил дежурному врачу, с 10 класса школы в компании сверстников принимает циклодол, димедрол, спиртные напитки. После окончания средней школы поступил в химико-технологический институт, и весь период обучения употреблял наркотические средства: маковую соломку, марихуану. В этот период уходил из дома, совместно с «хиппи» автостопом путешествовал по стране, бродяжничал по монастырям - «в поисках Бога», читал книги известных философов. Перестал посещать занятия в институте, оформил академический отпуск. В связи с тем, что не смог восстановиться, поступил в фармацевтическое училище. С этого времени стал вводить себе наркотические средства внутривенно, на учебу приходил в состоянии наркотического опьянения. В возрасте 25 лет ему впервые был установлен диагноз психического заболевания (диагноз назвать не смог), длительное время находился на лечении в психиатрической больнице (ПБ). Сообщает, что в тот период замечал преследование «со стороны спецслужб», понимал, что домашний телефон прослушивается.

После улучшения состояния и выписки из стационара учился в ПТУ на краснодеревщика, но вновь был отчислен за неуспеваемость. Употреблял наркотические средства, вел асоциальный образ жизни, конфликтовал с родителями, приводил домой наркоманов. Устаивался на работу, но долго нигде не удерживался.

В 30 лет был привлечен к уголовной ответственности за хранение и употребление наркотиков. Проведенная по уголовному делу судебно-психиатрическая экспертиза признала его страдающим хроническим психическим расстройством, решением суда он был признан невменяемым, направлен на принудительное лечение в психиатрический стационар, где находился в течение 2-х лет.

После выписки некоторое время проживал в Башкирии, трудился оформителем в театре, злоупотреблял алкоголем, наркотиками. В возрасте 35 лет повторно лечился в ПБ в недобровольном порядке, откуда совершил побег. Сообщает, что в тот период слышал «голоса» угрожающего характера, был уверен, что «близкие хотят от него избавиться».

До 40 лет ПНД посещал нерегулярно, поддерживающее лечение не принимал. После 40 лет определена 2 группа инвалидности, последние 10 лет ПНД посещает регулярно, в течение нескольких лет в ПБ не госпитализировался. Наркотические средства не употребляет в течение длительного времени. На фоне психофармакотерапии состояние стабилизировалось: выровнялось настроение, стал активнее. В настоящее время он пытается работать частным предпринимателем: занимается продажей оргтехники. Находясь в командировке в Москве, перестал употреблять рекомендованные врачом психотропные препараты, считая, что состояние значительно улучшилось.

На приеме заявляет, что в последние дни почувствовал изменение в состоянии, заметил трудности сосредоточения, повысилось настроение, «выходил в астрал», где «насчитал 15 Богов человечества». Речь носит характер монолога, с трудом поддается коррекции.

Дежурным врачом медицинская помощь ему не была оказана по причине того, что он не имеет постоянной регистрации в г. Москва.

**Вопросы:**

1. Установите диагноз в соответствии с МКБ-10
2. Законен ли отказ в медицинской помощи?
3. Определите необходимую в данном случае тактику, форму оказания психиатрической помощи и ее правовые основания
4. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту на этапе купирующей терапии? Обоснуйте свой выбор и тактику лечения.

## Ситуационная задача 6

### **Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

#### **Основная часть**

Пациентка К., 35 лет, около 3 лет назад на фоне психогенной провокации (смерть близкого родственника) перенесла острое психотическое состояние, выражавшееся в преобладании бредовых идей греховности, самообвинения на фоне резко сниженного аффективного фона. 1,5 месяца находилась на лечении в психиатрическом стационаре. После выписки на протяжении полугода регулярно посещала врача-психиатра участкового в ПНД по месту жительства, принимала поддерживающую терапию нейролептиками и антидепрессантами, находилась в группе диспансерного наблюдения. Высказывала жалобы на повышенную тревожность, сниженное настроение, повышенную утомляемость, нарушения сна. Постепенно стала реже посещать ПНД, сначала самостоятельно снизила дозировки, а затем вовсе прекратила приём поддерживающей терапии. На протяжении 1,5 лет поддерживающую терапию не принимает, посещает ПНД с периодичностью 1 раз в полгода, чтобы «показаться врачу». 6 месяцев назад в связи со стабильностью состояния была снята с диспансерного наблюдения, пациентке оказывается психиатрическая помощь в амбулаторных условиях. Во время визитов высказывает жалобы на повышенную тревожность, трудности засыпания, однако от назначения медикаментозных препаратов категорически отказывается. Социально адаптирована, трудоустроена, работает на ответственной руководящей должности в коммерческой фирме. В настоящее время обратилась в ПНД для прохождения психиатрического освидетельствования с целью получения медицинской справки на право управления автотранспортным средством. По результатам освидетельствования – признаки продуктивной психопатологической симптоматики отсутствуют, жалоб не высказывает. Высказывает опасения относительно того, что о факте наблюдения в ПНД в будущем станет известно работодателю, что может негативно отразиться на перспективах карьерного роста. В связи с этим, просит врача выдать ей выписку из медицинской карты амбулаторного пациента, а также ознакомить её с диагнозом.

**Вопросы:**

1. С какой периодичностью врач-психиатр ПНД должен вызывать данную пациентку на осмотр в ПНД?
2. Имеются ли у данной пациентки на момент обращения противопоказания для управления автомобилем?
3. Должен ли врач-психиатр выдать пациентке выписку из амбулаторной карты?
4. Могут ли какие-либо сведения, содержащиеся в амбулаторной карте пациентки, быть скрыты от неё?

## Ситуационная задача 7

### **Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

#### **Основная часть**

Пациент Р., 45 лет. Окончил 10 классов и институт по специальности «инженер-экономист», работал научным сотрудником в НИИ, повышался по служебной лестнице. Заключение брак, от которого имеет сына. Около пяти лет назад резко изменился по характеру, перестал общаться с супругой и сыном, в большом количестве закупал книги оккультного и психолого-психиатрического содержания, делал в квартире перестановку мебели особым образом, выбрасывал из дома вещи темных цветов, не работал. По свидетельству супруги, около года назад больной стал «слышать голоса, которые говорили с ним», боялся об этом рассказывать. Ощущал за собой «слежку», испытывал беспокойство, усиливавшееся с каждым днем, пытался определить характер и особенности наблюдения за собой, пришел к выводу, что за ним «следят спецслужбы», «знал», что прослушиваются его телефонные разговоры, следят за окнами его квартиры, сопровождают в передвижении по городу, испытывал «обостренное восприятие окружающего». Состояние ещё более ухудшилось несколько дней назад - включая радиоприемник, осознавал, что ведущий программы «обращается непосредственно к нему», понял, что «даже дикторы радио настроены враждебно», возникло ощущение, что он «один против всего мира». В один из дней, находясь в таком состоянии, выпил около 0,7 л. вина и 12 капсул «сильнодействующих витаминов», устроил в квартире пожар, поджег несколько газет, разбрасывал по кровати и дивану все имеющиеся в доме деньги. Испытывал ощущение, что им управляла «какая-то мощная неведомая сила». «На всякий случай» взяв с собой нож, вышел на лестничную клетку, принялся звонить в квартиры соседей, утверждая, что его будто бы преследуют сотрудники спецслужб, называл себя «Мессией», размахивал ножом, поранив одного из соседей. Был задержан сотрудниками полиции, бригадой СМП помещён в психиатрический стационар в порядке недобровольной госпитализации. Во время нахождения в стационаре был освидетельствован СПЭ, рекомендовано направить его на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра.

**Вопросы:**

1. Установите синдромальный диагноз в настоящее время
2. Правомерно ли данный пациент был помещён в стационар?
3. Укажите оптимальную длительность амбулаторного принудительного наблюдения и лечение у психиатра) для данного больного при отсутствии у него за период наблюдения ухудшений психического состояния
4. Укажите сроки внесения в суд представления о прекращении применения или об изменении принудительной меры медицинского характера

## Ситуационная задача 8

### Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

#### Основная часть

Пациентка Ф., 36 лет. Наследственность психопатологически не отягощена. В кругу сверстников с детства чувствовала себя скованно, замыкалась, имела узкий круг общения из челнов семьи и двух школьных подруг. Училась на «отлично», была усердной, старательной. По окончании школы приняла решение не поступать в ВУЗ вследствие необходимости переезда, смены привычного уклада жизни. Окончила колледж по специальности «бухгалтерский учет и экономика». После работала по специальности, не тяготилась монотонностью труда. Менструальный цикл с 19 лет, лекарственный по причине первичной аменореи. Интерес к противоположному полу с 16 лет, принимала ухаживания молодых людей, однако глубокой привязанности не испытывала, расставания переносила спокойно. Замуж вышла в 24 года, однако по собственной инициативе развелась спустя 3 года совместной жизни по причине алкоголизации мужа. В 27 лет, несмотря на то, что была инициатором развода, винила себя в произошедшем, снизилось настроение, ощущала тоску за грудиной, чувствовала себя неудачницей. Нарушился сон, снизился аппетит, похудела на 5 кг. Состояние длилось 5 месяцев, когда после новости о повторном браке мужа настроение внезапно нормализовалось, набрала потерянный вес. По характеру не изменилась. Продолжала работать с повышением в должности. Отмечала свойственную и прежде нервозность, эпизодически - непродолжительные (1-2 дня) спады настроения с подавленностью, также сопровождавшиеся снижением аппетита, нарушениями сна, возникавшие как в ситуациях, вызывавших сильную тревогу, так и без видимой причины. В 30 лет – повторное замужество. В 34 года при обследовании по поводу невозможности забеременеть узнала о наличии у себя бесплодия. Отказалась от предложенного ЭКО с использованием донорской яйцеклетки, планировала усыновление. Однако, получив несогласие мужа, испытывала выраженную тревогу остаться одинокой, снизилось настроение, была плаксивой. Тогда впервые начали беспокоить боли ноющего характера в левом подреберье, усиливающиеся после еды, иногда облегчающиеся после дефекации, тошнота, кислый привкус во рту. Лечилась у интернистов с диагнозом «хронический панкреатит», без эффекта. Присоединились жалобы на жидкий стул после каждого приема пищи, чаще утром, по поводу которых принимала Лоперамид. Постепенно усилилась подавленность, что сопровождалось сменой направленности тревоги – сфокусировалась на состоянии собственного здоровья. Пик плохого самочувствия приходился на утренние часы. Нарушился сон по типу трудностей засыпания. Похудела на 12 кг в течение 9 месяцев. Большую часть времени не работала, брала больничные, лечилась в стационарах без выраженной положительной динамики, несмотря на то, что строго соблюдала предписанную врачами диету, медикаментозную терапию. Находясь дома, в связи с выраженной слабостью проводила время, лежа в кровати. Выполняла только самую необходимую домашнюю работу. При осмотре жалуется на тянущие и ноющие боли в правом подреберье, позывы на частую дефекацию, диарею. Отмечает усиление болей при обострениях тревоги. Придерживается диеты, ограничена в передвижении (должна перед выходом обязательно посетить уборную, маршрут строит с



учетом расположения общественных туалетов). Также жалуется на сохраняющуюся подавленность, ощущение безрадостности. В связи с сохранением желудочно-кишечных жалоб не может избавиться от постоянных страхов: опасается неблагоприятного исхода заболевания, нераспознанной онкопатологии. Состояние с суточным ритмом: подавленность сильнее в утренние часы, тревога – к вечеру. Суицидальные мысли отрицает. Себя характеризует как человека сдержанного, замкнутого («без особой нужды в общении»), ответственного, консервативного, тревожного.

**Вопросы:**

1. Квалифицируйте статус (ведущий синдром) на момент осмотра и обоснуйте его квалификацию.
2. Предположите наиболее вероятный развернутый диагноз по МКБ-10.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе купирующей терапии? Обоснуйте свой выбор.

## Ситуационная задача 9

### **Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

#### **Основная часть**

Пациент С., 37 лет. Наследственность манифестными психозами не отягощена. С детства был общительным и легко заводил друзей, нравилось быть в центре внимания. Окончил школу, затем медицинское училище, работал фельдшером. Первый брак – в 19 лет. В возрасте 26 лет на фоне расторжения первого брака по инициативе супруги беспокоила длительная (около полугода) стойкая подавленность, сниженное настроение. Жалел себя, не понимал, как жена могла «совершить подобное предательство». Испытывал чувство тоски в загрудинной области, «будто на душе лежал камень». Был плаксив. Появилась несвойственная ранее неуверенность в себе, не испытывал желания общаться с друзьями, проводил время в одиночестве. Жаловался родным, что «не чувствует прежнего удовольствия от жизни». С трудом засыпал, просыпаясь чувствовал себя усталым. Потерял 2-3 кг за 6 месяцев. Вместе с тем продолжал работать. К врачам не обращался. Состояние постепенно обошлось спустя 6 месяцев. Вернулся к привычному настроению, вскоре повторно женился. Чувствовал себя удовлетворительно. Настоящее ухудшение в течение 2 недель. Со слов жены, стал более возбужденным, не сидел на месте. Пребывал в приподнятом настроении, был более энергичным: неожиданно затеял ремонт в квартире, заявил, что справится с ним самостоятельно без привлечения строителей, одновременно решил приобрести дом за городом. Вместе с тем был рассеянным, постоянно переключался с одной идеи на другую, бросал начатое. Стал многоречив, заводил беседу с незнакомцами в магазине, транспорте, предлагал свою помощь. Узнав о финансовых трудностях у случайной знакомой, подарил ей семейные драгоценности. Говорил, что нашел свое призвание – «помогать людям». Резко нарушился сон, спал не более 3-4 часов в сутки. Похудел на 4 кг за 2 недели. После уговоров родных амбулаторно обратился за психиатрической помощью.

**Вопросы:**

1. Определите психический статус (основной синдром).
2. Поставьте диагноз в соответствии с МКБ-10.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Предложите возможные методики лекарственного лечения и обоснуйте их.

## Ситуационная задача 10

### **Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

#### **Основная часть**

Пациентка К. 35 лет. Мать властная, энергичная, настойчивая, вспыльчивая, неуравновешенная, в 62 года находилась на лечении в психиатрической больнице по поводу депрессивного расстройства. Больная развивалась нормально, была веселой, подвижной, энергичной. Работала продавцом-консультантом в магазине одежды, легко находила подход к покупателям. Замужем с 21 года. Имела 4 беременности (3 искусственных аборта и 1 роды в 24 года). После родов перенесла эпизод депрессии. Отмечалось снижение настроения, подавленность. Жаловалась на постоянное чувство усталости, слабости, разбитости. Беспокоила апатия, нежелание что-либо делать. Заботы о ребенке и домашнем хозяйстве перепоручила матери. По многу часов лежала в постели без сна, много плакала. Винаила себя в том, что не испытывает чувств к ребенку. Нарушался сон, с трудом засыпала. За время депрессии (6 месяцев) похудела на 8 кг. Суицидальных намерений не строила. К врачам не обращалась. Состояние постепенно обошлось самостоятельно спустя 8 месяцев.

Настоящее ухудшение в течение двух недель. Стала испытывать трудности на работе, делала ошибки, была задумчивой, рассеянной, тревожной. Наросла подавленность, тоскливость. Резко нарушился ночной сон по типу трудностей засыпания. Снижился аппетит, потеряла более 5 кг за две недели. Стала высказывать родным идеи о том, что является преступницей, так как совершала в прошлом аборт. Просила прощения у мужа и матери, плакала. Пассивно согласилась на госпитализацию. Во время осмотра психиатра плачет, просит о помощи. Выражение лица тоскливое. Мимика обеднена. Двигательно заторможена. Мышление крайне замедлено, говорит тихим тоном, ответы дает после длительной паузы, односложные. Сообщает, что слышит детский плач за стеной; считает, что из-за нее убивают детей. Высказывает идеи самообвинения, самоуничужения. Считает себя плохой матерью, лентяйкой, всю жизнь плохо работавшей. Настроение снижено на протяжении всего дня, без суточных колебаний. Сообщает, что задумывается о самоубийстве, чтобы «облегчить жизнь близким».

**Вопросы:**

1. Определите психический статус (основной синдром).
2. Поставьте диагноз в соответствии с МКБ-10.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Предложите возможные методики лекарственного лечения на данном этапе терапии и обоснуйте их.

## Ситуационная задача 11

### **Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

#### **Основная часть**

Больной К., 79 лет. Перенес геморрагический инсульт в правом полушарии в возрасте 78 лет. Был ответственным семьянином, однолюбом.

По характеру больной несколько закрытый, но имел широкий круг знакомств, во время праздника мог легко поддержать кампанию (тосты, гитара, стихи). Работал заведующим лабораторией в НИИ, славился своей прекрасной памятью и ответственностью, любил во всем порядок. Часто приходил домой в напряжении, но не показывал вида, лишь изредка жаловался, старался отвлечься на чтение литературы по специальности. К здоровью относился с вниманием, с 33 лет занимался йогой, мог начать заниматься гимнастикой с 4 до 6 часов утра. Последние 2 года стал испытывать утомляемость от небольших нагрузок, отмечал повышенную чувствительность к яркому свету и громким звукам. Примерно с этого возраста стала снижаться память: мог забывать содержание разговоров несколько дней спустя, забывал дату, места, где обычно лежат вещи, не мог найти знакомый предмет, если его положили в новое место, не мог пользоваться новыми домашними приборами, не запоминал имен, названий. Постепенно становился все более отвлеченным от служебных дел, ТВ смотрел мало, из дома почти не выходил редко, дома активно читал и делал вырезки. После инсульта стал совсем безынициативным.

При осмотре. Медленно входит, садится. Мимика монотонная, иногда улыбается. Держит себя синтонно, понимает, что находится на приеме у врача, старается произвести впечатление, что все нормально. Интонации монотонные, в ходе беседы психическое состояние меняется, становится как будто сниженным, дает понять, что тяготится своей беспомощностью. Ответы односложные, часто после понуждения. В разговоре на отвлеченные темы возникают паузы, опускает голову и надолго задумывается. С трудом подбирает слова, ближе к концу беседы все чаще использует отдельные слова-паразиты, слова-эмболы («это самое», "вот").

**Вопросы:**

1. Какой психопатологический феномен является ведущим у этого больного?
2. Каков прогноз выявленных психических изменений?
3. Какие препараты целесообразно применять при лечении апатии в данном случае?
4. Дайте рекомендации по ведению пациента



## Ситуационная задача 22

### **Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

#### **Основная часть**

Больная К., 23 года. Дядя страдает эпилепсией. Родители психически здоровы. Девочка родилась в срок от второй беременности. Беременность и роды протекали нормально. Отставала в развитии, плохо говорила до 4-х лет. В возрасте 4 лет в течение полугода отмечались пароксизмы (до нескольких раз в день), когда внезапно бледнела, начинала беспричинно смеяться, зрачки расширялись, отмечались остановка взгляда (невидящий взор) с общим напряжением мышц тела и конечностей. Приступ длился 2-3 минуты, не было конвульсий, но сопровождался непроизвольным мочеиспусканием. После приступа мышечное напряжение исчезало, отмечалась растерянность и последующий сон в течение 2-3 часов. С этого времени девочка стала раздражительной, капризной, драчливой. Через год, в 6 лет припадки возобновились, но до 10 лет протекали легче и не сопровождалась последующим сном. В это время – в начальной школе были трудности в учебе: плохо запоминала, не могла сосредоточиться. Стала более конфликтной, из-за чего не имела друзей в классе, неоднократно вступала в спор с учителями, считала, что к ней относятся несправедливо. После 3 класса была переведена во вспомогательную школу. С 10 лет судорожные припадки участились (от 1 до 4-х раз в месяц) и усилились: стали начинаться с громкого крика, отмечались отчетливые тонические и клонические судороги (падала, руки и ноги вытягивались вдоль туловища, после чего начинала «биться», дыхание вначале останавливалось, затем становилось редким и шумным). После припадка обнаруживались прикусы на языке, была сонливой. После окончания школы устроилась работать уборщицей. Сверхдобросовестно относилась к работе. В предменструальный период становилась без видимой причины напряженной, злобной, мрачной. Могла нецензурно браниться и провоцировать драки. В это время могла не ходить на работу, бесцельно ездила по городу на трамвае. Возвращалась домой к вечеру уже смягченной, угодливой. С 23 лет не справлялась с работой, постоянно конфликтовала с сотрудниками, начальством, была оформлена 2 группа инвалидности. Дома агрессивна к родственникам, провоцирует драки, после которых на непродолжительное время успокаивается. За месяц до поступления в психиатрическую больницу (ПБ) больная вдруг исчезла из дома. Через десять дней родители получили известие из московской ПБ о том, что дочь находится на лечении. При встрече с матерью она не могла рассказать, как оказалась в Москве. В выписке из истории болезни указано, что больная при поступлении была недоступна контакту, стремилась куда-то идти. Стучала в двери, выкрикивала какое-то мужское имя. Была дезориентирована. При попытке уложить ее оказывала яростное сопротивление. Возбуждение удалось купировать при применении высоких доз нейролептиков. Через 4 дня состояние дезориентировки полностью купировалось. Через полгода была госпитализирована в ПБ г. Казани после серии судорожных припадков и последующего возбуждения с выраженной дисфорией и агрессивными высказываниями в адрес окружающих. В ПБ состояние изменилось: неистово молилась, громко распевала молитвы, надолго застывала в одной позе с выражением необыкновенного блаженства на лице. Удалось выяснить, что больная видит перед собой вонне ангелов в сияющей

одежде, сценоподобные религиозно-мистические сюжеты. Состояние длилось 2 недели, затем значительно улучшилось, появилась критика к перенесенному психозу.

**Вопросы:**

1. Поставьте нозологический диагноз
2. Какие психопатологические состояния определяются в динамике болезни?
3. Какое лечение следует назначить на данном этапе заболевания?
4. Какие виды психосоциальных и психотерапевтических вмешательств необходимо применить в первую очередь?

## Ситуационная задача 33

### **Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

#### **Основная часть**

Пациент С., 28 лет. Рано, в 8 лет, потерял мать, умершую внезапно, а через год – отца. Воспитывался старшей на 13 лет сестрой. В школе учился средне, не проявляя особого интереса к учебе. Увлекался спортивной борьбой, занимался в спортивной секции, ездил на соревнования, добивался спортивных разрядов. Планировал стать профессиональным спортсменом. В 18 лет был призван в армию, служил в погранвойсках. В конце 1 года службы поймал контрабандиста, который ему угрожал мстью и расправой. Потерял сон, ходил подавленный около 2 месяцев, похудел, возникла мысль, не вступал ли он в гомосексуальные отношения с другом в раннем подростковом возрасте, мучился сомнениями, не мог отделить фантазию от воспоминаний. За врачебной помощью не обращался. Постепенно состояние обошлось самостоятельно. В возрасте 20 лет был приглашен двоюродным братом в Москву. Стал жить в семье брата. С его помощью устроился на работу на стройку, работал разнорабочим, маляром-штукатуром в бригаде с родственником. В 27 лет, за полгода до обращения за помощью после перенесенного гриппа с высокой температурой, лихорадкой расстроился сон, долго не мог заснуть, вернулось внутреннее напряжение. Стали беспокоить навязчивые представления: в присутствии членов семьи брата представлял, как наносит смертельный физический ущерб близкому человеку, страшился реализовать импульс, уходил к себе в комнату. Вновь возникли сомнения о возможной гомосексуальной связи в прошлом с другом детства, звонил другу, спрашивая об их отношениях. Получая четкий ответ от друга, который обеспокоился психическим здоровьем пациента, все же не успокаивался. Рассказал все брату и по его инициативе обратился к психиатру. Психический статус: опрятен, держится вежливо, но смотрит на собеседника настороженно, чувствуется внутреннее напряжение. Рассказывает о своих навязчивых представлениях, которых сам пугается, опасаясь их внезапной реализации. При расспросе сообщает, о своем переживании в общественных местах, что он – центр внимания окружающих его людей, он – видимый, на него обращены взоры, люди смотрят специально на него. Страдает от своих навязчивых представлений, многократно спрашивает, можно ли избавиться от них. Заявляет, что, если так все и останется, тогда ему лучше не жить. Стремится к беседе, старается выговориться, рассказать о своих переживаниях.

Проводилась терапия различными сочетаниями нейролептиков, наиболее эффективным показало себя сочетание галоперидола 15 мг в день, кветиапина 200 мг на ночь, биперидена 6 мг в день, анафранила 50 мг в день.

Дезактуализация симптоматики происходила медленно, в течение года. На этом фоне появилось субъективное чувство внутренней измененности, снижение импульса к деятельности, интереса к спортивным занятиям, идее вернуться к работе, хотелось оставаться дома, лежать в своей комнате, чтобы никто не беспокоил, хотя было формальное понимание, что не может жить на иждивении, чувство стыда из-за своей зависимостью от брата, безденежья.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз в соответствии с МКБ-10
2. Квалифицируйте состояние
3. Определите необходимые пациенту психо-социальные интервенции
4. Определите психосоциальные интервенции, которые могли бы помочь семье пациента

## Ситуационная задача 44

### **Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

#### **Основная часть**

Пациент Т., 20 лет. Наследственность не отягощена. Раннее развитие своевременное. По характеру с ранних лет был упрямым, требовательным, не переносил отказов, часто плачем и криками добивался желаемого, на наказания реагировал криком и угрозами навсегда уйти из дома. Был обидчивым и злопамятным, мог несколько дней обижаться на мать и не разговаривать с ней, всегда ждал от нее шагов к примирению. В школу пошел с 7 лет. До 7 класса были трудности в обучении, часто отвлекался, был неусидчивым. С 10 лет беспокоили колебания настроения длительностью 1-2 дня, то становился молчаливым, плакал без причин, то временами был весел, активен, казалось, что все получается, становился разговорчивым, общительным, «летал как на крыльях». После 11 класса поступил в экономический институт, учеба нравилась, справлялся хорошо.

В 20-летнем возрасте, 3 недели назад без видимых причин значительно изменилось настроение, часто грустил, плакал, стал быстро уставать, много спал. Подолгу лежал в постели, отказывался утром идти в институт. На вопросы матери реагировал слезами и упреками, просил «оставить его в покое, не лезть в его жизнь». Говорил, что «все надоело, стало скучно и неинтересно». Успеваемость резко снизилась, трудно усваивал материал, не понимал прочитанного, «мысли текли медленно». Появились головные боли, постоянное чувство слабости, усталости. Говорил о своей никчемности, бездарности, «жизнь не удалась, будущее пугает», появились эпизодические мысли о нежелании жить в таком состоянии. По настоянию матери обратился к психологу, который направил к психиатру.

Психический статус: Ориентирован правильно. Выражение лица грустное, темп речи замедлен, на вопросы отвечает неохотно, односложно, всегда в плане заданного. Интерес к беседе не проявляет. Настроение снижено, отмечает «грусть, печаль». Сообщает о нежелании что-либо делать, нет интереса ни к чему. Высказывает идеи собственной малоценности, сообщает, что перестал нравиться себе, «противно смотреть в зеркало, глупый, бестолковый». Сон удлинен по времени, отмечает, что постоянно хочется спать, даже днем иногда ложится в кровать. Аппетит повышен, ест много, но без удовольствия. Высказывает неформальные суицидальные мысли, считает, что жить в таком состоянии тяжело и не имеет смысла, четких суицидальных намерений не обнаруживает. Острой психопатологической симптоматики не выявлено. Критика к своему состоянию частичная, считает, что его состояние – это «возрастной психологический кризис и пройдет со временем», на лечение формально соглашается.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз в соответствии с МКБ -10
2. Квалифицируйте состояние
3. Определите необходимую форму психиатрической помощи и ее правовые основания.
4. Какие виды психосоциальных и психотерапевтических вмешательств необходимо включить в программу комплексного психосоциального лечения данного пациента

## Ситуационная задача 55

### **Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

#### **Основная часть**

Пациент П., 35 лет. Наследственность не отягощена. По характеру с ранних лет был спокойным, уравновешенным, малообщительным. В школе с 7 лет, учился хорошо. С 14-летнего возраста отмечал трудности в учебе, испытывал слабость, много спал, не мог сосредоточиться, беспокоили тревога, колебания настроения. Не нравилась своя внешность, считал, что фигура «женоподобная», пытался худеть, ходил в спортзал, соблюдал диету. Из-за мнимых недостатков внешности отношения со сверстниками не складывались, казалось, что над ним смеются, шепчутся за спиной. После 11 класса поступил в Строгановский институт, так как с детства увлекался живописью. После окончания ВУЗа работал на дому – составлял дизайнерские проекты домов на заказ.

В 27 летнем возрасте состояние резко изменилось. Вернувшись с дачного отдыха, нашел под подушкой зернышки неизвестного происхождения, стал считать, что кто-то сделал это специально, что на него навели порчу, заколдовали. С тех пор стал чувствовать, что «все пошло наперекосяк», что-то изменилось внутри, стал иначе воспринимать окружающее, казалось, что «мир вокруг полон опасности», «люди представляют угрозу», все вокруг него происходит по «определенному сценарию», в котором он «является трагическим персонажем, которого обязательно убьют». Стало казаться, что «кто-то неведомый воздействует на его мысли». Испытывал тревогу, страх, возбуждение. На фоне выраженного страха, спасаясь от «преследовавших его злых сил», пытался прыгнуть из окна 2 этажа. Был госпитализирован в психиатрический стационар бригадой СМП. После лечения состояние улучшилось. Находился под наблюдением психиатра ПНД. Получал поддерживающую терапию атипичными нейролептиками. Продолжал работать на дому дизайнером интерьеров.

Около 2 лет назад стала нарастать апатия, снизилась активность, иногда выполнял разовые заказы по составлению дизайнерских проектов. С работой справлялся с трудом, не мог сосредоточиться, мысли путались, иногда отмечал в голове «полное отсутствие мыслей». Стал мало общаться с людьми, «неприятны взгляды людей», казалось, что они смотрят на него осуждающе, обсуждают за его спиной. Проживает вдвоем с отцом-пенсионером, на иждивении которого находится. В настоящее время не работает. Днем спит, по ночам играет в компьютерные игры. Бытовые обязанности выполняет под давлением отца, иногда убирает в доме, ходит в магазин за продуктами.

Психический статус: Одет неопрятно. Мимика обеднена, движения несколько замедлены. Контакт доступен формально, на вопросы отвечает односложно, интереса к беседе не проявляет. Сообщает, что люди вокруг косо смотрят, осуждают, считают его больным, «чувствует измененность внутри, как будто в организме нарушилось соотношение микросхем», «изменились биохимические процессы». Мышление аморфное, вычурное, паралогичное, малопродуктивное. Сообщает, что последнее время почти не выходит из дома, нет желания заниматься повседневными делами, мешают постоянные сомнения, нерешительность, не может долго собраться с мыслями. Амбивалентен. Эмоционально уплощен, монотонен. К состоянию критичен формально. С назначением фармакотерапии соглашается также формально, вопросов не задает. Суицидальные мысли



отрицает.

**Вопросы:**

1. Установите развернутый диагноз в соответствии с МКБ-10
2. Квалифицируйте состояние
3. Определите стратегию психиатрической помощи для данного пациента
4. Определите психотерапевтические и психосоциальные подходы для ведения данного пациента

## Ситуационная задача 66

### **Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

#### **Основная часть**

Больной П., 65 лет. Мать больного страдала деменцией. С 55 лет пациент периодами становился рассеянным, забывал текущие дела, особенно при стрессовых ситуациях. С 57 лет появились кратковременные эпизоды дезориентации в малознакомых местах. Пациент понимал, что у него возникли проблемы с психикой, легко расстраивался, часто посещали тревожные мысли, что он может потерять работу. С 59 лет появились трудности при совершении привычных действий, стал медлительным, подолгу думал, как ему поступить. С 60 лет эпизоды тревоги стали ежедневными, опасался не справиться с работой, стереотипно спрашивал жену, не выгонят ли его с работы. Путался в датах, мог в выходные собраться пойти на работу. Перестал справляться с прежним объемом работы, пытался все записывать, но часто путался в своих же записях. Меньше общался с сослуживцами, чтобы не заметили его проблем. Дома стал пассивным, раздражительным, с трудом соображал, как поступить, доводил работу до конца только при подсказке жены. С 63 лет стал выполнять самую простую работу, крайне неохотно выезжал из дома, например, к сыну, спешил вернуться домой, перестал интересоваться внуками. В 64 года уволился с работы, но периодически забывал, что он не работает, рано вставал, собирался на работу. Появились проблемы с ориентировкой даже в хорошо знакомой местности. Перемещался только в сопровождении жены. При ее отсутствии был беспокоен, в квартире ходил за ней по пятам или сидел рядом. Однажды в гостях, обвинил жену в измене, указывая на ее брата, был раздражен, не узнал его, кричал на жену. Успокоился лишь когда увел ее домой. В дальнейшем подобные эпизоды стали повторяться. Собственного сына, который приехал их навестить, начал выгонять из дома, называл «любовником» жены, обвинял ее в неверности. После ухода сына долго не мог успокоиться, плохо спал ночью, вставал, бродил по квартире.

Психический статус. Отказался заходить в кабинет к врачу, при этом высказывает недовольство, почему долго беседовали с его женой. После уговоров соглашается пройти на беседу. В дальнейшем с врачом ведет себя корректно, старается при выполнении когнитивных тестов, переживает, если что-то не получается. Сознание ясное. Активно жалоб не высказывает, считает, что у него все в порядке. При наводящих вопросах соглашается, что есть проблемы с памятью, из-за них трудно было работать. Речь в умеренном темпе, грамматический строй не нарушен, словарный запас хороший. Ориентировка во времени несколько нарушена, не помнит текущее число, день недели. Полностью ориентирован в месте. Удовлетворительно ориентирован в собственной личности и ситуации. Память на события недавнего и отдаленного времени существенно нарушена: не в состоянии вспомнить событий, происходивших накануне, несколько дней, месяцев и лет тому назад. Путается в хронологии и датах эмоционально значимых событий. При обследовании выявляются выраженные затруднения запоминания серии простых слов. После интерференции не вспоминает ни одного из этих слов. Выявляются расстройства пространственного гнозиса. Нарушено узнавание времени по реальным и «слепыми» часам. В тесте рисования часов путается при постановке стрелок. Узнавание изображений предметов нарушено частично, в сенсibilизированных пробах –

значительные ошибки. Реалистические предметы узнает правильно. Ревность к жене отрицает. MMSE – 24 балла.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Определите тип деменции
3. Предложите дополнительное обследование
4. Определите возможную схему терапии

## Ситуационная задача 77

### Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

#### Основная часть

Пациент Б., 27 лет, проходит психиатрическое освидетельствование в отделении полиции. Врач психиатр, проводящий освидетельствование, имеет сведения, что 3 года назад Б. был госпитализирован в психиатрический стационар, выписан с диагнозом: "Шизофрения", с аналогичным диагнозом Б. состоит под диспансерным наблюдением в ПНД по месту жительства. Других сведений из медицинской документации нет. Согласно рапорту полицейского, Б. внезапно выскочил из своей квартиры на лестничную клетку, когда там проходил его сосед, проживающий в квартире над ним, начал избивать соседа. В рапорте есть сведения, что Б. пытался оказать сопротивление при задержании, был возбужден, свое нападение на соседа мотивировал тем, что тот воздействует на него лучами, требовал от полицейских, чтобы они осмотрели квартиру соседа и изъяли какие-то приборы, стоящие там. Со слов сержанта полиции, неделю назад Б. обращался к ним с заявлением о том, что сосед из квартиры сверху "поставил у себя приборы и травит его лучами". Сосед разрешил осмотреть свою квартиру, никаких приборов не было найдено, сосед говорил, что Б. "ненормальный", "измучил" неадекватными заявлениями и собирался сам подать заявление в полицию из-за угроз Б. Сержант также сообщил устно, что сосед госпитализирован в больницу с переломом "руки" и подозрением на сотрясение головного мозга. Анамнестические сведения со слов Б. в связи с состоянием собрать крайне сложно. Удастся выяснить, что он после госпитализации восстановился в ВУЗе, его закончил, но в дальнейшем по специальности не работал, кратковременно подрабатывал малоквалифицированными заработками, в основном жил на содержании у родителей. Ни с кем, кроме семьи отношения не поддерживал, мало выходил из дома. В течение первого года принимал поддерживающую терапию, затем прекратил самостоятельно, диспансер практически не посещал.

В отделении полиции Б. в домашних тапочках, рубашка разорвана, волосы растрепаны. Формально ориентирован во времени, месте и собственной личности. В контакт вступает, на часть вопросов не отвечает или отвечает не плане заданного. На лице застывшее напряженное, гневное выражение, мимика и пантомимика обеднены, отмечаются стереотипии. Сидит на стуле, почти не меняя позы. Напряжен, подозрителен, периодически речь с напором, в форме монолога, коррекцию не принимает. Временами внезапно прерывается, взгляд устремлен в одну точку, не реагирует на раздражители. После этого с трудом приходит в себя, только отвечает на вопросы, тихим голосом, после пауз. Затем вновь такое состояние сменяется напряженной речью с напором по типу монолога. Спонтанно говорит о том, что сосед специально установил в своей квартире приборы несколько месяцев назад, с помощью лазерных лучей воздействовал на его мысли, то заставлял их идти быстрее, то останавливал, вызывал у него различные эмоции и физические ощущения. Убежден, что сосед ставит "эксперименты", цель которых подчинить волю, "превратить в зомби", управлять его поведением. Говорит, что возможно эксперименты ведутся по заданию спецслужб или преступных организаций, а он выбран жертвой, потому, что лечился в "психушке" и ему "никто не поверит". Требуется, чтобы полицейские и врач осмотрели квартиру соседа и сами увидели приборы. Не отрицает, что

избил соседа, сообщает, что наблюдал в глазок своей двери несколько часов, ожидая пока тот пройдет мимо. Не выказывает никакого раскаяния, уверен, что поступил абсолютно правильно, потому, что его "жизнь стала невыносима", дальше бы он стал "зомби", теперь "давление стало меньше". Периодически высказывает подозрение, что полицейские и врач связаны с соседом. Другими темами не заинтересован, только пассивно отвечает на вопросы. О состоянии 3 года назад, перед поступлением в психиатрический стационар, говорит, что тогда "переутомился, готовясь к диплому", решил, что мать "что-то добавляет в пищу". Убежден, что то состояние полностью прошло, он не нуждается ни в каком лечении. При этом сразу же дает добровольное информированное согласие на проведение освидетельствования.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз, укажите синдром, тип течения и ремиссии.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. В какой неотложной помощи нуждается пациент Б.?
4. Совершил ли пациент Б. правонарушение и нуждается ли он в связи с этим в принудительных мерах медицинского характера (ПММХ)?



## Ситуационная задача 88

### **Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

#### **Основная часть**

Пациент Т., 23 лет, в очередной раз обращается в ПНД. На руках у Т. имеется решение суда, принятое накануне, еще не вступившее в законную силу, имеющие сроки по обжалованию, о назначении ему принудительного лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа.

Бабушка Т. по линии матери страдала шизофренией, раннее развитие Т. прошло без особенностей. По характеру формировался избирательно общительным, ранимым, впечатлительным. Окончил 11 классов. Поступил в ВУЗ, учился хорошо, увлеченно.

В период обучения на 4 курсе стал замкнутым, прекратил общение с друзьями. Затем потерял интерес к учебе, прекратил посещать занятия, впоследствии был отчислен из ВУЗа. Почти не выходил из своей комнаты, наглухо занавесил окна, утверждал, что из соседнего дома за ним ведется слежка.

8 месяцев назад совершил поджог двери квартиры в соседнем доме, был привлечен к уголовной ответственности по ч.2 Статьи 167 УК РФ "Умышленное уничтожение или повреждение имущества, путем поджога". После задержания полицией вел себя неадекватно, был возбужден, дежурным психиатром по городу госпитализирован в психиатрический стационар. При поступлении был возбужден, агрессивен, малодоступен контакту, отрывочно говорил, что обладает "паранормальными способностями", может читать мысли других людей, находится под "колпаком ФСБ". На фоне лечения антипсихотическим препаратом стал более доступен контакту. Сообщил, что в течение последнего года обнаружил у себя "особый дар", начал читать мысли других людей, предвидеть события. Решил "бросить всё", посвятить себя дару, "служить людям". Однако, стал замечать, что за ним ведется слежка, перестал выходить из квартиры, при этом слежка продолжилась из окна соседнего дома. Однажды "услышал мысли" ведущих слежку, понял, что они работают на ФСБ, которое боится его особого дара, не хочет дать ему развиваться. Вскоре после этого ощутил, что на него действуют гипнозом, его способности притупляются, гипноз "тормозит мышление", "убирает мысли из головы". Пришел к выводу, что должен сопротивляться, что должен подвергнуть преследователей "очищению огнем".

Длительно, на фоне различных схем лечения оставался спокойным, упорядоченным в поведении, но убежденным в своих идеях, полагал, что его держат в стационаре "по указаниям спецслужб", собирался "развить свой дар" и "победить ФСБ". В дальнейшем стал утверждать, что утратил свой дар, в том числе и благодаря лечению, что теперь не подвергается слежке и воздействию гипнозом, т.к. "спецслужбы потеряли к нему интерес", был замкнутым, малоактивным. Был выписан из стационара после 114 койко-дней лечения с диагнозом: "Шизофрения параноидная, период наблюдения менее года", с рекомендацией приема антипсихотика в форме инъекций пролонгированного действия. В период лечения прошел АСПЭ, был спокоен и упорядочен, но отмечалась

актуальность бредовой симптоматики, установка на "борьбу", отсутствие раскаяния в содеянном, критики к состоянию. Устанавливался диагноз аналогичный стационарному, были даны рекомендации, положенные в основу судебного решения. Находился под подпиской о невыезде, судебные заседания неоднократно откладывались. Родители Т. компенсировали потерпевшим материальный ущерб. В этот период регулярно посещал ПНД, выполнял инъекции пролонга. Постепенно стала формироваться критика к состоянию, стал высказывать сожаление по поводу совершенного правонарушения, появились реальные планы на будущее, восстановился на 4-ом курсе ВУЗа, начал снова общаться с прежними товарищами.

При настоящем обращении - ориентирован, контакту доступен, речь последовательна. Актуальных психотических расстройств нет. К перенесенному состоянию критичен. Понимает необходимость длительного поддерживающего лечения. Несколько отстранен в беседе, грубых дефицитарных изменений не выявляется. Огорчен решением суда, но заявляет, "значит так нужно", "я заслужил".

**Вопросы:**

1. Квалифицируйте статус (ведущий синдром) и обоснуйте его квалификацию.
2. Представляет ли пациент Т. в настоящее время опасность и почему?
3. Какие рекомендации могут быть даны пациенту Т. и какова должна быть позиция диспансера по поводу назначения ему принудительных мер медицинского характера?
4. В случае вступления постановления суда в силу, каковы действия врача-психиатра?

## Ситуационная задача 99

### **Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

#### **Основная часть**

На прием к врачу психиатру участковому подростковому обращается мать пациента П., 17 лет. П. ранее в диспансер не обращался. В диспансере имеется выписка из психиатрического стационара, согласно которой он был госпитализирован впервые в жизни на 34 койко-дня и выписан за 10 дней до настоящего обращения матери.

Из выписки и со слов матери известно следующее. Отец П. страдает БАР, злоупотребляет алкоголем. П. родился недоношенным, в остальном ранее развитие без особенностей. По характеру формировался общительным, приветливым, доброжелательным. Учился хорошо, занимался спортом, музыкой, танцами. Когда П. было 12 лет, родители развелись, отмечался эпизод пониженного настроения, длительностью около 2-х месяцев, прошедший самопроизвольно. С начала 10 класса начал готовится к поступлению в технический ВУЗ. Затем после Нового года внезапно передумал, решил, что станет музыкантом, создаст собственную группу, начал репетировать, агитировать одноклассников к вступлению в группу. Забросил учебу, постоянно занимался репетициями и подготовкой концертов, требовал у матери денег на музыкальные инструменты и оборудование. С трудом закончил учебный год, но организовал несколько концертов на последний звонок и выпускной, его перевели в 11-й. Летом выяснялось, что девочка из параллельного класса, солистка группы, беременна от него, перед началом учебного года вступил в брак. Начал проживать в отдельной квартире с женой. Говорил без умолку, строил планы о том, как достигнет мировой известности, перестал слушать мать, она обратила внимание, что из дома пропадают дорогие вещи. После конфликта на концерте был доставлен в полицию, там вел себя возбужденно, непрерывно говорил, дежурным психиатром по городу госпитализирован. При поступлении ориентирован, вступает в контакт, подвижен, не сидит на месте, мимика крайне оживленная, речь ускоренная, громким голосом, в форме монолога, постоянно шутит, смеется, в ходе беседы исполняет песни собственного сочинения. Постоянно говорит о мегаломанических планах стать великим артистом, добиться мировой известности. Критики к поведению нет, ко всему относится облегченно. На фоне приема нормотимиков и атипичного антипсихотика настроение выровнялось, стал критически оценивать свое поведение. Выписан с диагнозом: "Маниакальный эпизод". Со слов матери сразу после выписки бросил прием поддерживающей терапии, недавно из дома пропало еще несколько дорогих вещей, мать слышала разговор П. с женой, где они собирались, пользуясь эмансипацией после вступления в брак, брать на себя кредиты для организации концерта.

Мать отмечает, что П. не хочет идти к врачу, просит научить ее, какие и как давать лекарственные препараты незаметно для него, спрашивает, можно ли отменить его эмансипацию в связи с госпитализацией в стационар.

**Вопросы:**

1. Нуждается ли пациент П. в терапии?
2. Возможно ли помочь матери в ее просьбе по поводу препаратов и почему?
3. Какой совет можно дать матери по поводу эмансипации?
4. Может ли врач-психиатр представить пациента на ВК для установления диспансерного наблюдения и почему?

## Ситуационная задача 20

### **Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

#### **Основная часть**

Племянница обращается в психоневрологический диспансер по поводу пациентки Д., 79 лет. В течение жизни психические расстройства не отмечались. Была замужем, детей не имеет. Образование высшее, в течении жизни работала, много лет на пенсии. Муж умер 9 лет назад.

Последние 10 лет отмечается прогрессирующее ухудшение памяти. Последние 3 года самостоятельно не выходила из дома, перестала себе готовить, гигиенические процедуры выполняла только под присмотром родных. За пациенткой ухаживала ее сестра. По назначению невролога принимала ривастигмин, мемантин. 2 года назад впервые осмотрена врачом ПНД на дому в присутствии сестры в связи с отсутствием сна, возбуждением к ночи, куда-то собиралась, пыталась уйти из дома. Была дезориентирована во времени, неверно называла свой возраст, сестру называла мамой, отвечала по существу только на простейшие вопросы, спонтанная речь была бессвязна. Установлен диагноз: "Деменция при болезни Альцгеймера" С тех пор систематически наблюдается врачом-психиатром, назначается седативная терапия. Год назад оформлена инвалидность первой группы, получала по ДЛО ривастигмин, мемантин, кветиапин. Установлено диспансерное наблюдение. Последний раз осмотрена на дому около месяца назад на дому, в присутствии сиделки (сестра находилась в больнице). В контакт практически не вступала, только называла свое имя, была крайне пассивна.

Племянница сообщает, что сестра пациентки умерла. Пациентка в настоящее время находится с сиделкой, но в дальнейшем племянница предполагает, что не сможет обеспечивать сиделкой, несмотря на то, что является наследницей квартиры Д. по завещанию. Интересуется может ли она "признать Д. недееспособной", порядком оформления в интернат. Со слов племянницы, двоюродная племянница из другого города может забрать ее к себе, но требует при этом, что было изменено завещание.

**Вопросы:**

1. Имеются ли основания для обращения в суд о признании пациентки Д. недееспособной?
2. Может ли племянница пациентки Д. обратиться в суд с иском о признании пациентки недееспособной и почему?
3. Какова должна быть позиция диспансера?
4. Может ли врач-психиатр осмотреть на дому пациентку Д. без ее согласия?

## Ситуационная задача 210

### Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

#### Основная часть

Двоюродная сестра обращается к врачу ПНД с пациентом С., 36 лет. С. в настоящее время не имеет регистрации в зоне обслуживания диспансера, но в архиве имеется медицинская карта амбулаторного больного (МКАБ), согласно которой он с детства наблюдался в связи с отставанием в развитии. В 7 лет установлен диагноз «Болезни Дауна». Окончил 8 классов вспомогательной школы. Являлся ребенком-инвалидом, с 18 лет инвалидом 2 группы с детства, с 23 лет бессрочно. В психиатрические стационары не госпитализировался. Проживал с родителями, после смерти матери с отцом. Никогда не работал, элементарно себя обслуживал, помогал родителям носить купленные продукты и убирать, в остальном содержался ими. В установленном законом порядке дееспособности не лишался.

Находился на диспансерном наблюдении, осматривался 1 раз в год. Статус определялся умственной отсталостью, иных расстройств не отмечалось. Отец крайне тяготился визитами психиатра, писал жалобы после них. 8 лет назад диспансерное наблюдение было снято. В дальнейшем самостоятельно за помощью не обращался. 7 лет назад МКАБ сдана в архив.

Со слов двоюродной сестры несколько лет назад по инициативе отца был заключен договор пожизненного содержания за наследование квартиры между С. и его отцом с одной стороны и родственниками их соседей. Договор первоначально исправно выполнялся. Примерно 11 месяцев назад отец С. скончался. Двоюродная сестра и другие родственники несколько раз навещали С., созванивались с ним по телефону, в квартире было убрано, продуктами, в основном полуфабрикатами, он был обеспечен. Несколько месяцев назад перестал отвечать на звонки, открывать дверь при визитах, не отвечали на телефон его рентодатели. Родственникам С. удалось выяснить, что доля в квартире С. продана, а регистрация его прекращена, якобы в связи с переездом в Кировскую область. Родные С. обращались в полицию, и три назад он сам позвонил двоюродной сестре из отделения при вокзале, где он был задержан. При себе из документов имел только паспорт, согласно которому выписан с адреса, по которому проживал в течении жизни, был истощен, санитарно запущен, повторял, что «не хочет ехать с дядей Витей в Киров». В настоящее время находится у двоюродной сестры, решается вопрос о восстановлении документов на инвалидность, родственники пытаются завести уголовное дело в отношении бывших рентодателей, которые, по-видимому, завладели долей С. в квартире на основании договора продажи, совершенного представителем по доверенности. Знает свои ФИО, бывший адрес, возраст называет на два года моложе. Не может назвать текущие дату и месяц, знает время года и год. Понимает, что находится в диспансере, помнит, что тут «делали пенсию», знает, что «в диспансере врачи и медсестры», что они делают, кроме «пенсии» сказать не может. Цель визита в диспансер определяет, как «вернуть пенсию», а также «чтобы жить дома, и тетя Маша приносила поесть». Жестикуляция и мимика огрубленные, примитивные. Речь крайне бедная по содержанию, с очень малым словарным запасом, суждения сугубо конкретного типа, упрощенные. В беседе плачет, когда рассказывает, что «папа умер», жалуется, что он «только лежал» и



«все ждали, пока тетя Маша придет». Повторяет, что «тетя Маша сказала, что надо ехать в Киров, а она потом туда приедет», очень боится «дяди Вити», при упоминании о нем дрожит, озирается, не может усидеть на месте. Самостоятельно и при опросе последовательно изложить, что произошло, не может. Пословицы и поговорки толкует сугубо конкретно, не выполняет элементарных счетных операций.

**Вопросы:**

1. Имеются ли в настоящее время основания для постановки перед судом вопроса о лишении дееспособности пациента С.?
2. Поставьте диагноз в соответствии с МКБ-10.
3. Имелись ли ранее основания для постановки перед судом этого вопроса? Как следует относиться к сделке, возможно совершенной пациентом С.?
4. В каком объеме должна быть оказана помощь пациенту С.?

## Ситуационная задача 22

### **Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

#### **Основная часть**

Мать обращается в диспансер по поводу пациента А., 39 лет. Тетка по линии отца страдала шизофренией. Раннее развитие без особенностей. По характеру формировался замкнутым, необщительным. Окончил 10 классов и 3 курса ВУЗа. В 22 года впервые госпитализирован в психиатрический стационар в связи с агрессией к родным, в статусе отмечались голоса императивного характера, бред преследования и воздействия. С тех пор находится под диспансерным наблюдением ПНД с диагнозом: «Шизофрения параноидная, эпизодический тип течения с нарастающим дефектом». 11 раз стационарировался в связи с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой. Первые годы болезни поддерживающей терапии не принимал, в дальнейшем, до последних 6 лет принимал не регулярно. Последняя госпитализация 6 лет назад, перед госпитализацией пытался продать свою квартиру, чтобы «уехать в Сибирь», там избежать «преследования» и вести здоровый образ жизни. При выписке переведен на прием поддерживающей терапии антипсихотиком в форме инъекций длительного действия, режим терапии соблюдает.

Образование не завершил, в отдаленном прошлом эпизодически работал на малоквалифицированных работах. Более 15 лет является инвалидом, первоначально третьей, а последние 12 лет второй группы, 6 лет — бессрочно. В брак не вступал. Проживает в отдельной однокомнатной квартире, полностью сам ведет домашнее хозяйство, оплачивает коммунальные услуги, Интернет. Фанатично привержен здоровому образу жизни, несколько раз в день делает гимнастику, является вегетарианцем, преувеличенно чистолюден, много часов просматривает в Интернете сайты, посвященные различным диетам и оздоровительным системам. По данным социально-бытовых обследований в квартире всегда чисто, есть вегетарианские продукты. Отношения поддерживает только с родителями, общается в чатах, посвященных здоровому образу жизни.

Последний визит в ПНД 12 дней назад, психотических расстройств нет, склонен к рассуждательству на тему здорового образа жизни, говорит о том, что правильной жить в сельской местности, чтобы 2 раза в день гулять в лесу. Сделана очередная инъекция пролонгированного препарата.

Мать А. сообщает, что он высказывает планы продать квартиру и переехать в сельскую местность, заявлял им, что уже «пообщался с риелторами» и «его вариантом сильно заинтересовались», в тоже время отмечает, что А. спокоен, нарушений поведения, которые раньше были характерны для начала психотических состояний, она не отмечает. Родители хотят обратиться в суд с исковым заявлением о лишении А. дееспособности с целью предотвратить потерю им недвижимости, мать пришла за советом врача.

**Вопросы:**

1. Имеют ли родители право подать в суд исковое заявление о признании пациента А. недееспособным, если проживают отдельно от него?
2. Какой совет можно дать матери пациента А.?
3. Каковы должны быть действия диспансера в связи с полученной информацией?
4. Как можно охарактеризовать ведущий синдром на настоящий момент?