



Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечников
Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им.И.И.Мечникова Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе

/ С.А. Артюшкин /

« 25 » января 2019 г.



ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры
по специальности 31.08.22 Психотерапия

Трудоемкость: 3 зе

Санкт-Петербург
2019 г.

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.22 Психотерапия (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.22 Психотерапия (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.22 Психотерапия (далее – ФГОС ВО). ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

2. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК):

- профилактическая деятельность;
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
- диагностическая деятельность:
- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- лечебная деятельность:
- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в психотерапевтической медицинской помощи (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- реабилитационная деятельность:
- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);
- психолого-педагогическая деятельность:
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- организационно-управленческая деятельность:
- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

3. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 зе), из которых 6 часов - государственный экзамен, 48 часов - консультации и 54 часа - самостоятельная работа.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в устной форме с использованием экзаменационных билетов.

Продолжительность подготовки обучающегося к ответу составляет не более 45 минут.

Продолжительность сдачи государственного экзамена обучающимся составляет не более 15 минут.

Уровень знаний обучающегося оценивается на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

– демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

– имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается на «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

4. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Результаты ГИА объявляются в день ее проведения.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

5. Программа государственного экзамена

5.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену.

Подготовка к государственному экзамену осуществляется в соответствии с программой по вопросам, выносимым на государственный экзамен. Формулировка вопросов экзаменационного билета совпадает с формулировкой перечня рекомендованных для подготовки вопросов государственной аттестации, доведенного до сведения ординаторов накануне экзаменационной сессии.

В процессе подготовки к экзамену ординаторы опираются на рекомендованную научную и учебную литературу. Для этого на кафедре имеется необходимое количество научной и учебно-методической литературы, лекционных материалов, фонды оценочных средств, компьютеры с выходом в интернет. Библиотечный фонд Университета также обеспечен всей необходимой основной и дополнительной литературой.

Для систематизации знаний в процессе подготовки к государственному экзамену для ординаторов согласно расписанию организуются консультации профессорско-

преподавательского состава кафедры. На клинических базах организованы консультации для отработки практических навыков.

В процесс подготовки ординаторам рекомендуется составить расширенный план ответа по каждому вопросу. Материал по раскрываемому вопросу необходимо излагать структурировано и логично. По своей форме ответ должен быть уверенным и четким. Необходимо следить за культурой речи, не допускать ошибок в произношении терминов.

Содержание ответов ординатора на государственном экзамене должно соответствовать требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.22 «Психотерапия». Ординаторы должны продемонстрировать уровень сформированности необходимых универсальных и профессиональных компетенций, необходимых для самостоятельного решения профессиональных задач различной степени сложности.

5.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. Общие факторы в психотерапии. Факторы лечебного действия психотерапии.
2. Понятие направлений в психотерапии. Составные части направления.
3. Динамическое (психодинамическое, психоаналитическое) направление психотерапии.
4. Гуманистическое (экзистенциально-гуманистическое, опытное, феноменологическое) направление психотерапии. Основные подходы (философский, соматический, духовный) и их представители.
5. Семейная психотерапия.
6. Понятия эклектической и интегративной психотерапии.
7. Концепции патологии и терапии в психодинамической психотерапии.
8. Понятие переноса. История понятия. Прямое и косвенное выражение переноса. Использование в психотерапии.
9. Триада оптимального психотерапевтического контакта К. Роджерса.
10. Иерархия, уровни иерархии в семейной психотерапии.
11. Особенности реализации прав пациентов в психотерапии. Право на получение информации о своем здоровье в психотерапии.
12. Понятие альтернативной психотерапии. Характеристики альтернативного целителя и пациента альтернативного целителя. Причины распространения. Тактика врача-психотерапевта.
13. Понятие контрпереноса. История понятия. Источники контрпереноса (по М. Кану). Использование в психотерапии.
14. Проблема интегрированного лечения. Преимущества и недостатки психотерапии и психофармакотерапии. Принципы, при сочетанном применении психотерапии и психофармакотерапии.
15. Формы психосоциальной работы. Классификация (по С.М. Бабиню). Отличия психосоциальной работы от психотерапии.
16. Основные стандарты работы врача-психотерапевта.
17. Области применения антипсихотиков (нейролептиков) в психотерапии.
18. Области применения антидепрессантов в психотерапии.
19. Общие характеристики «автоматических когний».
20. Отграничение невротических расстройств от личностных расстройств (психопатий, «невроза характера», развитий личности т.п.) и шизотипического расстройства.
21. Пограничные психические расстройства в отечественной классификации. Понятие «малая» психиатрия. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (МКБ-10).
22. Определение невроза по Б.Д. Карвасарскому. Невротические синдромы.
23. Основные структурные подразделения психотерапевтической и психосоциальной направленности психиатрического ЛПУ (приказ Минздравсоцразвития России от 17 мая

- 2012 г. N 566 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения»).
24. Формулировка целей и задач психотерапии при психозах. Взаимоотношения задач психотерапии и психотерапевтических методик.
 25. Общие принципы психотерапии при психозах. Сферы приложения психотерапии при психозах. Показания и противопоказания.
 26. Оценка качества психиатрической помощи с позиции её пользователей. Общественные организации пациентов и их родственников. Значение групп само и взаимопомощи.
 27. Биопсихосоциальная модель в современной психиатрии. Общественно ориентированные формы психиатрической помощи. Основные принципы организации психиатрической помощи с опорой на сообщество (по И.Я. Гуровичу).
 28. Контур базисных служб системы психиатрической помощи (по Торникрофт Г., Танселла М.). Базисные компоненты и варианты. Существующие модели в отечественной психиатрии и психотерапии.
 29. Понятие интрапсихического (внутриличностного) конфликта. Типология интрапсихических конфликтов (по В.Н. Мясищеву).
 30. Три уровня личностной организации: невротический, пограничный, психотический. Критерии диагностики типа личностной организации.
 31. Модели взаимодействия психотерапии и психофармакотерапии. Пять моделей.
 32. Определения психотерапии. Отличия от психологической коррекции и психологической помощи.
 33. Классификация в психотерапии. Восемь осей классификации.
 34. Варианты проведения когнитивно-поведенческой психотерапии. Рационально-эмоциональная когнитивно-поведенческая терапия А. Эллиса, когнитивно-поведенческая терапия А. Бека, мультимодальная терапия А. Лазарауса и др.
 35. Организационные модули психосоциального лечения и реабилитации. Полипрофессиональное бригадное обслуживание. Отделения первого психотического эпизода. «Защищённое» жилье. Настойчивое лечение в сообществе. Реабилитационные и медико-реабилитационные отделения.
 36. Понятия эксплоративной (раскрывающей) и суппортивной (поддерживающей) психотерапии.
 37. Какое влияние оказывает больной неврозом на своего супруга и лиц из ближайшего окружения?
 38. Что в гештальт-психотерапии подразумевается под понятиями «фигура» и «фон»?
 39. Экспрессивные методы психотерапии.
 40. Этические проблемы альтернативной психотерапии. Массовые «психотерапевтические» сеансы. Проблемы развития психотерапии в России в современных условиях.
 41. Персонал психиатрических учреждений, участвующий в психосоциальной реабилитации. Функциональные профессионалы.
 42. Критерии диагностики неврозов. Негативная и позитивная диагностика невроза. Клинико-патогенетический анализ.
 43. Диагностический этап в поведенческой терапии. Основные задачи. Критерии выбора мишени терапии.
 44. Поведенческий анализ как этап поведенческой терапии. Основные задачи.
 45. Систематическая десенсибилизация (основные этапы).
 46. Структура семейных отношений: сплоченность, иерархия, граница.
 47. Жизненный цикл семьи. Стадии диагностического интервью и заключения терапевтического контракта.
 48. Система законодательства, регулирующая область психотерапии. Формы организации психотерапевтической помощи. Основные нормативные документы.
 49. Границы, виды семейных границ.
 50. Основные положения системного подхода в семейной психотерапии.

51. Охарактеризуйте основные области и связанные с ними задачи практического применения арт-терапии.
52. Охарактеризуйте основные организационные формы групповой арт-терапии (динамическая, студийная, тематическая группы), их процессуально-технологические особенности и показания к применению.
53. Что такое системная клиническая арт-терапия? На каких теоретических положениях и принципах она основана?
54. Какие основные концептуальные положения и принципы составляют основу теории и методологии «классической» арт-терапии (психодинамическая модель)?
55. Поведенческие процедуры в когнитивно-поведенческой психотерапии.
56. Каковы абсолютные противопоказания к проведению гипносуггестивной терапии?
57. Методика Джекобсона (варианты активной и пассивной прогрессивной мышечной релаксации).
58. Методы психотерапевтической и фармакологической помощи при нехимических аддикциях.
59. Импульсивные техники (наводнение, имплозия, парадоксальная интенция, методика вызванного гнева).
60. Основные мишени воздействия при проведении когнитивно-поведенческой терапии при панических расстройствах и агорофобии.
61. Дисфункциональные типы семейных структур.
62. Интероцептивная экспозиция. Основные приемы реализации при паническом расстройстве и агорофобии.
63. Поверхностные и центральные установки. Методика выявления установок.
64. Экзистенциальный анализ. Основные представители и их психотерапевтические подходы.
65. Опишите фазы групповой психотерапии, ориентированной на динамику группы.
66. Основные процедуры в психоанализе. Источники интерпретаций.
67. Нарушения внутрисемейных взаимодействий как фактор риска обострения.
68. Место и задачи семейной психотерапии в наркологии.
69. Основная схема когнитивно-поведенческой психотерапии.
70. Показания и противопоказания для проведения семейной психотерапии.
71. Какие разновидности каталепсии вы знаете?
72. Чем «открытое» внушение отличается от «прямого»?
73. Каковы основные причины супружеских дисгармоний в семьях больных неврозом?
74. Структура, состав и размер психотерапевтической группы. Групповые нормы.
75. Опишите план гипнотерапевтической сессии. На каком ее этапе начинается «наведение»?
76. Структура, состав и размер психотерапевтической группы. Групповые нормы.
77. Патоморфоз неврозов. Типы. Общие тенденции. Современное состояние. Динамика внутриличностных конфликтов.
78. Современный этап реформы системы психиатрической помощи. Пути преодоления кризиса. Примеры реформирования в отечественной психиатрии и психотерапии.
79. Опишите план гипнотерапевтической сессии. На каком ее этапе начинается «наведение»?
80. Какие разновидности каталепсии вы знаете?
81. Чем отличается гипноз от медитации и аутогенной тренировки?
82. Принципы, цели, организационные формы терапевтического сообщества. Показания, противопоказания.
83. Как определить иррациональные убеждения. Этап опровержения иррациональных установок. Классификация техник этого этапа (жесткие, легкие, объективные, интегративные).
84. Опишите план гипнотерапевтической сессии. На каком ее этапе начинается «наведение»?
85. Современный этап реформы системы психиатрической помощи. Пути преодоления кризиса. Примеры реформирования в отечественной психиатрии и психотерапии.

86. Классификация методов групповой психокоррекции/психотерапии. Формы групповой психокоррекции/психотерапии.
87. Патоморфоз неврозов. Типы. Общие тенденции. Современное состояние. Динамика внутриличностных конфликтов.
88. Топографическая и структурная модели психики в психоанализе. Движущие силы личности. Концепция психосексуального развития в психоанализе.
89. Классификация невротических расстройств по длительности. Варианты затяжного неврастенического, истерического и обсессивно-фобического расстройства.
90. Интернет – зависимость. Типология, диагностика, значение АСЕ-модели К. Янг.
91. Факторы выбора терапевтического лекарственного воздействия (по В.Н. Краснову и И.Я. Гуровичу).
92. Области применения антипсихотиков (нейролептиков) в психотерапии.
93. Области применения антидепрессантов в психотерапии.
94. Области применения транквилизаторов и снотворных в психотерапии.
95. Области применения ноотропов в психотерапии.
96. Этические принципы психотерапевта.
97. Врачебная тайна в психотерапии.
98. Особенности реализации прав пациентов в психотерапии.
99. Право на получение информации о своем здоровье в психотерапии.
100. Основные стандарты работы врача-психотерапевта.
101. Общие принципы психотерапии при психозах. Сферы приложения психотерапии при психозах. Показания и противопоказания.
102. Формулировка целей и задач психотерапии при психозах. Взаимоотношения задач психотерапии и психотерапевтических методик.
103. Психотерапия при психозах. Первичный осмотр врача-психотерапевта. Принципы психотерапии. Организация работы. Взаимодействие специалистов в полипрофессиональной бригаде (команде).

5.3 Ситуационные задачи, используемые для проведения государственного экзамена.

1. Больной мужчина 53 года. Анамнез: наследственность психопатологически не отягощена. Средний из трёх детей. Воспитывался в полной семье. Мать по характеру властная, была в семье лидером, отец терпеливый, спокойный, уравновешенный, несколько тревожный. Раннее развитие без особенностей. До 10-летнего возраста страдал ночным недержанием мочи, к врачам не обращался. В детстве переболел паротитом без осложнений, в 12 - летнем возрасте - аппендэктомия. В школу пошёл с 7 лет, учился неплохо, в основном на «хорошо». После окончания 7 классов поступил в железнодорожный техникум, проучившись год, оставил учёбу, образование продолжил в вечерней школе, окончил 11 классов. В 1966-1969 годы проходил срочную службу в танковых войсках, отмечает некоторые трудности первые 6 мес. установления контактов в силу своей тревожности, но в дальнейшем проблем по службе не возникало. После армии работал около 5 лет электриком, техником-механиком, затем вернулся на военную службу и 11 лет служил авиатехником, после чего уволился из армии в 37 летнем возрасте. Устроился работать мастером в локомотивное депо, параллельно окончил заочно железнодорожный техникум, затем вечернее отделение политехнического института и в 46 лет перешёл на работу на локомотиворемонтный завод на должность инженера-энергетика; работает по настоящее время. Женат с 23 лет, жена младше на 3 года. Жену характеризует как лидера в семье, властной женщиной, из-за чего часто возникают

внутрисемейные конфликты, отношения с ней считает «несколько напряжёнными», но речь о разводе никогда не возникала; объясняет, что образование получил поздно, в силу того, что жена требовала зарабатывать деньги, а когда «стали жить более стабильно», пошёл учиться. От брака имеет одного сына, который в настоящее время проживает отдельно.

С детства отмечает такие черты, как мнительность, тревожность, впечатлительность, подверженность колебаниям настроения, неуверенность при выполнении какой-либо деятельности, особенно связанной с высокой личной ответственностью, при этом нуждается в поддержке, всегда старается предусмотреть возможные неудачи, вследствие чего предъявляет высокие требования к себе и к окружающим. Также отмечает в характере педантизм. Если предполагает, что не справится с предлагаемой работой, старается её избегать, в то же время не всегда может отказать в просьбе, долго колеблется при выборе решения, даже приняв его, постоянно испытывает неуверенность в правильности выбора. Отмечает, что даже при незначительных неприятных событиях часто «в мыслях предвидит наиболее худшие последствия», чтобы «быть к ним готовым». Именно этим объясняет уход из техникума до армии, когда возник незначительный, по словам ретроспективной оценки пациентом, конфликт на бытовой почве с одним из преподавателей, но в силу своей тревожности, «чтобы предотвратить возможные последствия (неудачи на экзаменах) и не быть отчисленным за неуспеваемость», оставил учёбу. Считает, что проявления, отдалённо напоминающие происходящие болезненные нарушения в текущем заболевании, возникали при усиленной психической нагрузке, особенно когда приходилось совмещать сдачу сессий при заочной учёбе с работой. Всегда усиленно готовился к сдаче зачётов и экзаменов. Особенно выделяет год, когда защищал дипломный проект, мало спал, становился раздражительным, вспыльчивым, конфликтовал с женой, беспокоили головные боли стягивающего характера, нередко на высоте тревоги отмечал слабые тупые боли в области сердца. После получения диплома около месяца ощущал некоторое опустошение, упадок сил, но продолжал работать, за медпомощью не обращался.

В течение 5 лет занимал должность заместителя начальника цеха локомотиво-ремонтного завода. Отмечает, что с первых дней работы ощущал неприятие со стороны начальника. Когда пришёл на новое место работы, оценил обстановку в цехе, как запущенную, где «никому нет никакого дела, кто и как работает». Несмотря на окружающую обстановку, старался выполнять свои обязанности в полном объёме, делал реальные шаги по улучшению работы в цехе, организации дисциплины, что было замечено главным инженером завода. За 1,5 года до поступления в стационар при поддержке главного инженера был повышен в должности (стал его заместителем, курирует энергетическое обеспечение завода). Предложение о повышении воспринял с тревогой, сразу же возникла неуверенность - справится ли с новыми обязанностями, так как данное подразделение, по его оценке, находилось в крайне запущенном состоянии (предшественник был уволен по статье за прогулы и употребление алкоголя), но, обдумав предложение и обсудив его с женой (получил её поддержку, так как появлялись перспективы дальнейшего роста и повышалась заработная плата), дал согласие. На протяжении 4 месяцев активно изучал хозяйство, старался выполнение распоряжений держать под личным контролем, работал по личной инициативе сверхурочно, часто выходил на

работу в выходные дни. Сразу же столкнулся с неприятием его подхода к организации работы со стороны подчинённых, которые, по его мнению, «совсем отвыкли от работы», в силу чего возникали частые конфликтные ситуации. В своём поведении отмечал раздражительность, вспыльчивость, несдержанность, что в дальнейшем проявлялось не только на работе, но и дома. За 2 месяца до госпитализации нагрузка ещё более возросла, так как надо было сдавать отчёт о проделанной работе, а реальных сдвигов в положительном направлении не отмечалось: «почти всё, что ни делал, наталкивалось как будто на стену». Появилась неуверенность, сомнения в правильности принятия решения о согласии на новую должность. Стал раздражительным, возникло чувство опустошённости, огромной усталости, которые ещё усилились после сдачи отчёта и неудовлетворительной оценки проделанной работы со стороны начальства, после чего присоединился страх перед увольнением, понижением в должности. Представлял, что «все будут относиться как к неудачнику, не справившемуся со своими обязанностями». В течение месяца снизилось настроение, выглядел несколько подавленным. На работе стал менее активным, неожиданно раздражался на подчинённых, с последующей опустошёностью, укором себя за несдержанность. Стали беспокоить головные боли тупого диффузного стягивающего характера, бессонница. По совету жены обратился в поликлинику к психотерапевту, который направил его на стационарное лечение в отделении неврозов и психотерапии.

Психический статус: доступен контакту, полностью ориентирован в месте, времени собственной личности. В начале беседы держится неуверенно, иногда несколько сумбурно излагает данные анамнеза, при этом достаточно откровенен, неусидчив, часто меняет позу, потирает при волнении лоб, голос тихий, негромкий, речь тороплива, порою сбивчива. Предъявляет жалобы на быструю утомляемость, раздражительность, периодически беспокоящую тупую головную боль диффузного, стягивающего характера, бессонницу, слегка сниженный аппетит, рассеянность внимания, забывчивость. Эмоциональные реакции подвижные, мимика живая, выразительная. При рассказе о возникшей ситуации на работе волнение усиливается, старается оправдать свои неудачи на новой должности запущенностью хозяйства, несложившимися отношениями с подчинёнными, нехваткой времени: «...нужно только около года, чтобы ознакомиться со всеми тонкостями», беспокоится о своей дальнейшей карьере, считая, что может быть понижен в должности, так как «не справился с обязанностями». Тем не менее, замечает, что может быть «это будет и к лучшему». Настроение несколько снижено. Мышление последовательное, доступно проведение основных мыслительных операций с использованием абстрактно-логических связей. Бреда, галлюцинаций не выявляется.

Соматический статус: нормостенического телосложения. В лёгких дыхание везикулярное. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, 76 уд/мин, АД - 125/80 мм.рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отёков нет, стул и мочеиспускание не нарушены.

Неврологический статус: глазодвижения в полном объёме. OD=OS. Сухожильные рефлексы D=S. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет уверенно. Менингеальных, патологических знаков нет.

Заключение психолога: выявляется сформированный интрапсихический конфликт характеризующийся завышенными требованиями к себе, без учёта своих физиологических и психологических ресурсов. Развитию неврастенического конфликта способствовали и личностные особенности испытуемого (сочетание педантичного характера и тревожно-эмотивного темперамента). Невозможность его рационального разрешения обусловлена, помимо указанных личностных особенностей, патопротекторной структурой защитных механизмов: низкая дифференцированность Эго-защиты с ведущими – вытеснение, реактивные образования, регрессия – механизмами; слабо адаптивный вариант копинга в когнитивной сфере – относительность – в данной ситуации выступает, как дезадаптивный (патопротекторный), препятствуя активному сознательному разрешению ситуации. Психические процессы в обычном темпе, мнестико-интеллектуальные показатели в пределах нормативных.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания?

2. Больной 57 лет. Анамнез: наследственность психопатологически не отягощена. Третья из четырёх детей («единственная любимая дочь»). Роды и беременность у матери без патологии. Раннее развитие без особенностей, в соответствии с возрастом. Проживала с семьёй в селе. Особенно была любима отцом, была к нему «очень привязана». Глубоко и длительно переживала его болезнь и в последующем смерть. Мать умерла в старческом возрасте. В школу пошла с 8 лет, училась посредственно, с трудом осваивала точные науки, предпочитала «любимые» предметы - биологию, историю. Среди сверстников к лидерству не стремилась, но старалась привлечь на себя их внимание, всегда «желала быть в числе лучших», недостаточно хорошую успеваемость компенсировала активным участием в жизни школы: в художественной самодеятельности, спортивных мероприятиях. Охотно помогала сельчанам по хозяйству. После окончания 10 классов поступила в кооперативный техникум, затем 18 лет проработала товароведом. С 1986 по 2004 годы работала начальником автостанции в п. О. Замужем с 1968 года, от брака имеет двух детей. Муж умер от инфаркта миокарда в 1997 году. Климактерические явления (вегетативные расстройства, «приливы» с невыраженной тревожностью, нарушениями засыпания) с 43 летнего возраста после аборта, в течение 2 лет. В 1999 году оперирована по поводу желчно-каменной болезни. С 55 летнего возраста на пенсии, но продолжала работать заведующей автостанцией.

Началом заболевания считает 10 марта 2004 года, когда, придя на работу, неожиданно узнала о том, что автостанция продана частному предпринимателю, который предложил ей написать заявление об увольнении. Тяжело переживала случившееся: снизилось настроение, возникло «ощущение тяжёлой потери, безысходности будущего», к концу дня нарастала тревожность, плохо

спала, ела «в силу необходимости». В этот же день стала звонить начальству, выяснять законность данной ситуации. 11 марта была госпитализирована «скорой помощью» с подозрением на инфаркт миокарда. 10 дней находилась на стационарном обследовании и лечении, но диагноз инфаркта не подтвердился. За это время похудела на 4 кг, при этом ела избирательно: предпочтение отдавала сладкому чаю, либо конфетам. Плохо спала ночью, заснуть мешали постоянные мысли о случившемся, часто видела сны о работе. Продолжала, находясь в стационаре, писать жалобы в вышестоящие инстанции. Охотно общалась с навещающими её коллегами. При этом просила врача пропускать их в палату, беседовала с ними всегда лёжа в постели, обращая внимание на «выраженную слабость» в ногах. Периодически на два-три часа, особенно после составления очередной жалобы, где обращала внимание на «несправедливость» решения о закрытии автостанции, не могла ходить – «ноги отказывали». Была проконсультирована психиатром, после выписки из стационара находилась у него на амбулаторном наблюдении, получала лечение сонапаксом, реланиумом, но улучшения не чувствовала. Было рекомендовано стационарное лечение в психиатрической больнице. Направлена районным психиатром.

Психический статус: расположена к беседе. Ориентирована верно в месте, времени и собственной личности. Охотно отвечает на вопросы. Выражение лица печальное, эмоциональные реакции подвижные, выразительные, при повествовании о ситуации увольнения на глазах выступают слёзы. Настроение снижено, фиксирована на обстоятельствах увольнения: «... даже не предупредили, пришла на работу, как обычно, и сказали писать заявление на увольнение. Я отдала обустройство автостанции 18 лет, она считалась лучшей в области, вся украшена цветами, даже свадебные кортежи фотографировались на её фоне... и теперь в один миг всё рухнуло». В то же время в беседе на темы не связанные с увольнением становится более жизнерадостной, откликаема на шутки. Довольно заметно позитивное эмоциональное оживление, особенно при затрагивании темы её заслуг и похвалы за годы работы со стороны начальства. Мышление в замедленном темпе, присутствуют признаки инертности, тугоподвижности. Доступна абстрактная трактовка распространённых метафор и пословиц. Память на текущие и прошлые события не нарушена. Бредовых идей, суицидальных мыслей не высказывает, обманов восприятия не обнаруживается.

Соматический статус: кожа, слизистые чистые. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс 70 ударов в мин., ритмичный. АД- 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий при пальпации, слегка увеличен в объёме. Печень не увеличена. Стул и мочеиспускание не нарушены. Неврологический статус: зрачки равные, глазодвижения в полном объёме, реагируют на свет. Лицо симметричное. Сухожильные рефлексы одинаковые с обеих сторон. В позе Ромберга устойчива, лёгкий тремор кистей вытянутых рук. Патологических рефлексов, менингеальных знаков не выявлено. Заключение специалистов. Терапевт: ИБС, стабильная стенокардия напряжения II ФК. Атеросклеротический кардиосклероз. СНО. Невролог: начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения. Астено-депрессивный синдром. Гинеколог: органической патологии нет. Окулист: глазное дно – ангиопатия сетчатки РЭГ – пульсовое кровенаполнение незначительно снижено во всех сосудистых бассейнах. Асимметрии нет. Кривая РЭГ атеросклеротического типа с

признаками повышения тонуса, в основном микроциркуляторного русла. Венозный отток несколько затруднён во всех сосудистых бассейнах

Для полноты характеристики состояния больной представляем один из методов диагностики, используемый и с целью психотерапии «Автобиография», написанная пациенткой по заданию врача (без грамматических исправлений и корректировки).

«Автобиография Я, родилась..... 1946 года в селе О-й области. Домашний адрес Образование средне-специальное «товаровед продовольственной и промтоварной группы». Семейное положение: вдова. На пенсии по возрасту. Нахожусь в отделении с 06. 04. 04 г. первая госпитализация в данной больнице. Родственники не наблюдались у психиатра, алкоголиков нет. Беременность и роды у матери не знаю как протекали, ребенком в семье была желанным т к были до меня три сына. Мама меня кормила грудью до 3х лет. Ходить начала в 11 мес, говорить с 2х лет, пищевой аллергии не было. Признаки тревожности в отсутствии посторонних лиц были я очень боялась быть одна в доме. При отсутствии матери я всегда очень тосковала. Родители мне предовали большое значение. У меня рано в моем детстве заболел папа и я всегда переживала за него. В раннем детстве по характеру я была активной девочкой. По какому-то поводу я и беспокоилась, но и стеснялась взрослых, упрямой пугливой не была. Любила играть с другими детьми на улице в лапту, принимала активные роли. Отношения с окружающими и родными людьми были дружественными. У меня было 10 подружек, одна из них была самая близкая. Лидера в нашей компании не было, но больше как-то были и шли ко мне, коллективные игры у нас были с детства. Друзья у меня всегда были и есть характер у меня открытый менее сообразительный, любящий быть в центре внимания. Закончила я школу потом училась в кооперативном техникуме я любила торговать мне нравилось Но в связи с тем чтобы быть побольше дома и заниматься воспитанием детей я сменила свою профессию проработав 20 лет в торговле, я перешла работать на Автостанцию – 18 лет я руководитель этой организации. У меня автостанция была самая красивая в области, я вырастила там много цветов это был зимний денрарий Проезжающим пассажирам это все нравилось я, кто бы не попросил давала отростки цветов. Были редкосные цветы. Пальма выросла под потолок ей было 18 лет, когда в селе свадьбы, то приезжали фотографироваться к нам на А/ст, а теперь мой многолетний труд рухнул в бездну никому это не надо, даже не предупредили, что продадут мою а/станцию.

Детей я вырастила сын – сотрудник МВД кандидат юридических наук, работает при УВД, дочь – судебным приставом, а вот а/станцию мою продали, мое сердечко этого не выдерживает я не собиралась увольняться так как с возложенными обязанностями я справлялась просто я люблю людей а на а/ст мног проезжающих со всех концов едут, ведь она была автостанцией Межреспубликанского значения Мы обслуживали 11 автоколон и всех мы знали и встречались но в один миг все рухнуло.

Это первое обращение к Психиатру, я не стала спать ночами, в голову лезли какие-то кошмары сердце ныло и я сильно плакала и сейчас плачу, я забываю какой сегодня день, переспрашиваю у меня никогда подобных случаев не было, какой сегодня день я спрашиваю у девочек. Я не знаю никаких

методов лечения и надеюсь только на врачей, у меня лекарственная аллергия, я не знаю как мне быть только надежда на врачей, я надеюсь что меня выльчат. В политике в данный момент я ничего не соображаю, пусть как хотят.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания?

3. Пациентка 64 года. Анамнез: поступает впервые, наследственность психопатологически неотягощена, родилась семимесячной в г. А., старшая из 7 детей. Раннее развитие происходило в соответствии с возрастом. Во время Отечественной войны в 1942 г. переехала с матерью в О-ую область. Отец пропал без вести на фронте в 1941 г. В школу пошла с 7 лет, училась удовлетворительно, точные науки были трудны для усвоения, лучшая успеваемость была по литературе, русскому языку, истории. В классе была общительной, имела много подруг, которые уважительно относились к её советам. Во время ответов на уроке всегда испытывала волнение, терялась, когда учителя относились «слишком строго», «не могла собраться с мыслями». После окончания 10 классов в 1955 году пыталась поступить в педагогический институт на филологический факультет, но после неудачи на первом экзамене близкой подруги, несмотря на более удачный свой результат, забрала вместе с ней документы и с группой других близких подруг поступила в училище в г. Н., после окончания которого, через год получила специальность геодезиста, по распределению работала 1,5 года в Ч-ой области. Поступила на обучение заочно в О-ий педагогический институт, одновременно работая в родном селе учителем начальных классов. В 1962 году после замужества переехала в г. О., работала учителем в школе, к этому времени закончила педагогический институт. Работала учителем до мая 2001 года. С 2001 года вышла на пенсию.

В 1962 вышла замуж. Через год, в 1963 г., родила дочь. Муж с первого года совместной жизни стал злоупотреблять алкогольными напитками, в состоянии алкогольного опьянения был агрессивен. В 1972 году родила сына. Летом 1973 года дочь в возрасте 10 лет трагически погибла, после этого «около 10 лет не могла прийти в себя». Первый год после гибели дочери отношения с мужем стали ещё более напряжёнными, пациентка обращалась в ПНД, принимала антидепрессанты, проводились сеансы гипноза. В 1975 году после неоднократных ссор с мужем развелась с ним. Проживала с сыном. В 1992 году сын женился, обследуемая жила с ним и его женой, помогала в ведении хозяйства, занималась воспитанием внука, который родился в 1993 году.

В начале февраля 2001 года у пациентки пропал сын: «...ушёл из дома на работу и не вернулся». Розыск ни к чему не привёл. На протяжении месяца никаких известий о сыне не было. Пациентка продолжала работать. В то же время стала нарастать тревожность, более выражена к вечеру, нарушился сон, постоянно возникали мысли о возможном несчастье с сыном, успокаивала

себя мыслью о том, что он «... просто куда-то уехал и забыл предупредить». В середине марта при таянии снега был обнаружен его обезображенный труп (убийство с целью ограбления). «Стойко перенесла» процедуру опознания тела, похороны и поминки: «даже не было ни слезинки». Затем, «как-то мгновенно возникло чувство пустоты, безысходности». С этого времени снизилось настроение, пропал аппетит, практически постоянно плакала, «не находила себе места», в то же время при поддержке друзей, родственников пыталась активизировать себя работой в школе и на приусадебном участке. В мае 2001г. уволилась с работы: «поняла, что работать не смогу, не было никаких сил...смотрела на учеников и постоянно думала только о сыне», старалась больше времени уделять внимание внуку. Но, тем не менее, состояние не улучшалось, постоянно вспоминала погибшего сына, нередко воспоминания о нём сменялись яркими представлениями «картины расправы над ним, его мучениями». Нередко просыпалась среди ночи «вся в поту» с чувством, что «он зовёт и просит помощи», остро ощущала потерю смысла жизни. Состояние усугубилось уходом к другому мужчине снохи вместе с внуком, в связи с чем, возникла дополнительная тревога за благополучие внука, при этом обвиняла сноху в противодействии встречам и общению с ним. По совету родственников обратилась за консультацией и лечением в ПНД. После месячного приёма amitriptilina состояние несколько улучшилось: нормализовался аппетит, стала больше спать. Однако вместе с тем усилилась слабость, жаловалась на головокружение, быструю утомляемость. Была госпитализирована в отделение неврозов и психотерапии.

Психический статус: охотно вступает в беседу. Ориентировка полностью сохранена. В беседе активна, старается захватить инициативу: в жалобах, рассказе о своих несчастьях довольно выражена драматизация. Основные жалобы на плохое настроение, слабость, головокружения и постоянные мысли о потере сына, своём одиночестве. На фоне эмоциональной лабильности преобладает сниженное настроение. На значимых событиях (смерть дочери и более актуальные обстоятельства гибели сына) на глазах появляются слёзы, самостоятельно быстро успокаивается. Делится переживаниями по поводу существующих отношений со снохой, при этом преобладают внешне обвинительные реакции в её адрес: «...ещё и девяти дней не прошло, а она уже начала развлекаться, я сначала этого не замечала, так как была в плохом состоянии, соседи открыли глаза». Высказывает беспокойство за судьбу внука, просит пойти ей навстречу и разрешить «ненадолго ходить домой к внуку...заниматься с ним; он до сих пор переживает смерть отца». Мышление слегка в замедленном темпе, несколько обстоятельное, инертное, сохранна способность к оперированию категориальными понятиями, выполнению абстрактных операций, заметных нарушений памяти не выявляется. Суицидальные мысли отрицает: «считаю это грехом», бреда галлюцинаций не обнаруживает.

Для полноты характеристики состояния больной представляем один из методов диагностики, используемый и с целью психотерапии «Письмо к сыну», написанное пациенткой по заданию врача:

«Сынок, здравствуй!

Вот уже шестой месяц как ты покинул нас: маму и свою семью. Такое горе я никак не ожидала, что меня ждёт в конце моей жизни и никак не могу свыкнуться с этой мыслью, что тебя нет и никогда более не придешь ко мне вечером: как ты приходил каждый день в 9 часов вечера и я продолжаю

тебя ждать и прислушиваюсь к шороху в дверях и мне кажется, что сейчас откроется дверь и ты войдёшь.

Как я тебя, люблю, скучаю и жду. И нет дня, чтобы я не плакала. Сейчас вот лечусь от этого страшного стресса, и сплю только выпив снотворное лекарство. Жизнь моя стала для меня никчёмной, нет никакой радости и желания что-нибудь делать и жду когда пройдет день и уснуть и забыться часов на 6 во время сна.

Какая не справедливая жизнь; какая была она прекрасной и счастливой до твоей кончины.

Ежедневно разговариваю с тобой и спрашиваю: есть ли моя вина в твоей смерти: в предпоследний день я даже не спросила о том как ты чувствуешь себя, ты глядел на меня и молчал. Хоть увидеть бы тебя во сне и ты бы со мной поговорил. О боже, как стать прежней и утешить себя, я не знаю. Все пытаются мне помочь, но увы «нож» из сердца матери не вынешь никогда; пока не закроются мои глаза: я буду жить и мучаться и страдать. Всё не могу более писать (вся изрыдалась). Я тебя люблю, люблю: мой самый прекрасный, умный и красивый сынок; за что меня бог покарал так жестоко, не могу найти ответа. Целую жду твоя мама Л...»

Соматический статус: кожа, слизистые чистые. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс - 64 удара в мин. Ритмичный, АД 140/85 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не увеличена. Стул и мочеиспускание не нарушены. Неврологический статус: зрачки равные, глазодвижения в полном объёме, реагируют на свет. Лицо симметричное. Сухожильные рефлексы одинаковые с двух сторон. В позе Ромберга пошатывание, лёгкий тремор кистей вытянутых рук. Патологических рефлексов, менингеальных знаков не выявлено. Заключение специалистов: терапевт: хронический холецистопанкреатит, хр. гастрит, хр. пиелонефрит, ремиссия. ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, атеросклероз аорты. СНО, гипертоническая болезнь 2 ст.; невролог: хр. атеросклеротическая дисциркуляторная энцефалопатия 1 ст., кохлео-вестибулярный синдром; гинеколог: органической патологии нет; окулист: без патологии; РЭГ: пульсовое кровенаполнение достаточное во всех бассейнах, симметричное. Несколько повышен тонус в сосудах мелкого калибра. Венозный отток не нарушен.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования: психические процессы с лёгкой склонностью к замедленности темпа, с отдельными признаками инертности, тугоподвижности и невыраженной гиперстенической истощаемости. Мышление с сохранностью способностей к образзации категориальных понятий, выполнению абстрактно-логических операций, при некоторой тенденции к конкретно-функциональным построениям в усложнённых заданиях. Показатели памяти в нормативных пределах. В структуре личности (демонстративный тип акцентуации характера с эмотивным темпераментом) - стремление привлечь внимание к своим проблемам, с гиперболизацией имеющихся нарушений и тенденцией их соматизации, что также обусловлено нереализованной выраженной аффилиативной потребностью, а также патопротекторной низко дифференцированной структурой Эго-защиты (ведущие МПЗ - реактивные образования, проекция, подавление, регрессия) и дезадаптивными копинг-механизмами в поведенческой (отступление), когнитивной (растерянность) и эмоциональной (покорность) сферах.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания?

4. Больной 54 года, домашняя хозяйка. Анамнез: мать умерла от болезни сердца, отец жив, ему сейчас 80 лет, здоров. Психически больных в семье не было. В школу пошла в 7 лет, училась хорошо, но в связи с материальными трудностями в семье после окончания 9-ти классов начала работать, сначала ученицей в швейной мастерской, потом швеей, последние 10 лет не работает, занимается домашним хозяйством. В молодости болела дизентерией, была оперирована по поводу аппендицита. По характеру мнительная, склонна к тревоге по любому поводу; особенно ее волновали заботы о близких, об их здоровье, материальном благополучии. Отличалась правдивостью, педантизмом, обидчивостью, сентиментальностью. Вышла замуж в 20 лет, родила 2-х детей. Семейные отношения были хорошими. В 50 лет у больной наступил климакс, были ощущения «приливов», потливость. Когда больной было 52 года, в автокатастрофе погиб муж. Переживала его смерть, много плакала, не могла находиться одна дома и перешла жить в семью сына, заботилась о внуках, к которым очень привязана, выполняла домашнюю работу. Почти постоянно было пониженное настроение, грусть, отмечала вялость, жаловалась на недомогания. В дальнейшем появилась тревога, которая постепенно нарастала, всевозможные опасения, предчувствия беды, ожидания нехороших событий, нарушился сон, а последние 7 месяцев постепенно нарастает тоска, страх, с трудом справляется с привычными делами, пропал аппетит. Возникали мысли о самоубийстве. Психический статус: У больной тоскливое, напряженное выражение лица, не может сидеть в одной позе, кисти рук в постоянном движении. Испытывает страх и тревогу за семью, кажется, что с нею и с родными может что-то случиться, во всем видит дурное предзнаменование, ничем не может заняться, все «валится из рук, нет ни к чему интереса, все потеряло смысл; у сына болезнь печени, он может умереть, тогда они останутся без средств, т. к. она не может работать в таком состоянии». Не верит, что она поправится, без конца просит врачей подтвердить, что она будет здорова, что они не скрывают от нее неизлечимой болезни. Видела, пришедших навестить ее внуков в окне, они показались ей бледными, худыми, решила, что им нечего есть, что они больны туберкулезом. Когда сын не пришел, а прислал невестку, у нее появилось убеждение, что он не встает с постели от слабости, что он тяжело болен. Заявила, что люди будут проклинать ее за эгоизм, думать, что она уморила сына своей жадностью, «экономией», уверяет врача, что это не так. В отделении беспокойна, стонет, заламывает руки, ходит из угла в угол, не находя себе места. Глаза сухие, говорит, что слез у нее нет, хотела бы плакать, но не может. Отказывается от еды, говорит, что лучше ей не есть, от этого она скорее умрет. Ориентирована правильно, корректна, опрятна, сообщает необходимые сведения о прошлой жизни, хорошо их помнит. На предъявленные ей

вопросы отвечает по существу, информативно, суждения, не касающиеся ее болезни, не нарушены.

Заключение психолога: на первый план выступает эмоциональная неустойчивость, повышенная ранимость, тревожность (личностная и ситуационная), трудности социальной адаптации; во всех сферах психической деятельности использует неадаптивные стратегии поведения. Психические процессы достаточно устойчивые, равномерные. К концу исследования проявляется утомление. Аттензивно-мнестические функции снижены. Мыслительные операции проводит преимущественно на категориальном уровне, отмечаются отдельные соскальзывания при обобщении на конкретно-ситуационные и несущественные признаки. Преобладает абстрактный уровень мышления.

Продуктивность деятельности снижена. Направляющую и организующую помощь экспериментатора практически не принимает. Критика к результатам собственной деятельности частично сохранена.

Соматическое состояние: истощена, запах ацетона изо рта. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Неврологическое состояние без отклонений.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания? 8) Как вы оцениваете такой симптом, как запах ацетона изо рта? 9) Какие меры необходимы для того, чтобы установить причину, выявившую этот симптом? Как питать больную? 10) Какие указания о наблюдении за больной должны быть сделаны персоналу отделения?

5. Больной мужчина 50 лет. Анамнез: поступает впервые. Мать и сестра наблюдаются у невролога по поводу сосудистого заболевания. Родился в семье служащих, младшим из 2-х детей. Семья жила в К-не. Отец являлся инвалидом 2 гр. после огнестрельного ранения в голову во время Отечественной войны. Дети были «приучены» ухаживать за больным отцом, помогать ему, воспитывались в ситуации гипернормативности. В школу пошел с 7 лет, закончил 8 классов, учился посредственно, предпочитал гуманитарные науки, в свободное время много читал, сильно переживал из-за своей внешности, так как был «толстым мальчиком» и носил очки. По характеру был спокойным, дисциплинированным, впечатлительным, педантичным, мягким. До 14 летнего возраста часто подвергался обидам со стороны сверстников, поэтому старался походить в поведении на них: рано испробовал курить, участвовал в драках, чем постепенно завоевал авторитет. После школы закончил железнодорожный техникум. Служил в армии в 1974-76гг. связистом, где сумел завоевать авторитет исполнительностью, организаторскими способностями, стойко переносил трудности службы, получил звание сержанта. После армии поступил в мединститут. Женился на 1 курсе, в 21 год, на одногруппнице. Это была первая девушка, с которой он предпочитал проводить досуг, она же явилась инициатором брака. Чтобы содержать семью бросил институт. Имеет 2-х детей, со старшим мальчиком отношения были всегда более близки: считал, что тому не хватало любви матери.

Вначале работал на стройках в различных должностях среднего уровня, после заочного окончания политехнического института преподавал в техникуме связи. Развелся с женой после 10 лет совместной жизни по её инициативе. Развод сильно и длительно переживал, винил себя в недостаточной способности к семейной жизни. Десятилетний сын остался жить с отцом по собственному желанию, дочь осталась с матерью. Пациент охладел к дочери, которой тогда исполнилось 3 года, так как «она воспитывалась другим мужчиной по другим принципам». С тех пор и до настоящего времени старается избегать каких-либо контактов с бывшей женой и дочерью. Испытывал чувство стыда из-за того, что его «бросили», боялся, что его будут обсуждать соседи и сослуживцы. По этой причине сразу же после развода поменял место жительства и перешел на другую работу - инструктором по технике безопасности в строительной организации и до настоящего времени старается избегать близких отношений с женщинами. Много времени уделял воспитанию сына. Так, например, чтобы заинтересовать его спортом, сам записался в секцию «каратэ», где достиг определенных положительных результатов и стал водить сына с собой на занятия. Из соматических заболеваний - гепатит В, хронический бронхит, хронический пиелонефрит, хронический колит, хронический холецистит, перелом лучевой кости правой руки, в 1988 разрыв ахиллового сухожилия левой ноги, с 1988 - язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

В связи с обострившимися национальными отношениями в Казахстане был вынужден в возрасте 45 лет в 1999 году переехать с сыном и родителями в г. О. В результате переезда резко ухудшились жилищные условия, был вынужден продать «за бесценок благоустроенную квартиру» и купил старое неблагоустроенное строение малой площади на окраине О. - по типу «землянки». Сына же поселил с родителями (отец как инвалид и участник Великой Отечественной войны вскоре получил однокомнатную квартиру). В О. в течение года пациент не мог найти работу. Его тяготила полная материальная зависимость от родителей. После трудоустройства преподавателем в аграрный колледж получал малую зарплату, однако «прилежным трудолюбием» добился должности заведующего отделением. Новая должность принесла значительно большую нагрузку при несравненно малом улучшении материального благополучия. Постоянно опасался, что не справится со своими обязанностями, вынужден был часто перепроверять свою работу, документы, был обеспокоен тем грузом ответственности, которая была возложена на него, принимал «близко к сердцу» неприятности на работе. Личная жизнь также не приносила удовлетворения: узкий круг общения, отсутствие сексуального партнера, низкий материальный уровень, часто возникающие конфликты с сыном «из-за взглядов на жизнь» и материальных проблем заставляли себя чувствовать «беспомощным, беспринципным, ничтожным неудачником». На фоне таких неблагоприятных обстоятельств с 2000 года стали возникать сильные головные боли, снизилась работоспособность, ухудшилась, с точки зрения пациента, память, внимание, стали беспокоить выраженная утомляемость, раздражительность.

Смерть отца в 2000 г. еще больше ухудшила состояние: чувствовал себя виновным в том, что мало уделял ему внимания, не «оберегал» его. Отец умер внезапно в тот день, когда пациент сопровождал его в инстанцию для окончательного решения вопроса о предоставлении ему (отцу)

большой по площади квартиры как ветерану войны. Смерть отца привела к невозможности решения этого вопроса. С этого времени головные боли стали «постоянными», что препятствовало полноценной работоспособности. Особенно интенсивные головные боли возникали на работе. Неоднократно обследовался амбулаторно и стационарно. Вернулся к работе на должность преподавателя, но со своими обязанностями не справлялся, усилилась забывчивость, утомляемость. Снова был вынужден взять больничный лист. Проводимая терапия состояния не улучшала. Был направлен в отделение неврозов и психотерапии для обследования и лечения.

Психический статус: к общению не стремится. Во время беседы предъявляет многочисленные жалобы: упорные головные боли, слабость, вялость, быструю утомляемость, снижение работоспособности: «чуть-чуть поработаю и как будто пелена перед глазами, всё плывёт...». Особо подчёркивает невозможность справляться с работой, объясняя это снижением памяти, трудностями сосредоточения внимания. Физической (соматической) неполноценностью и ущербностью объясняет собственную несостоятельность как в профессиональной, так и личной жизни. Ригидно отстаивает мысли о собственной беспомощности, отменяя любые положительные перспективы и возможности изменения настоящего положения вещей. Периодически даёт отказные реакции, особенно при затрагивании значимых тем: «... я перестал вас понимать», при этом обхватывает голову руками, изображая боль и напряжение. Ухудшение здоровья соотносит со временем переезда из К-на, который привёл к значительному ухудшению материального благополучия, неопределённости социального статуса, несмотря на относительную стабилизацию этих обстоятельств в последнее время (получил работу, хотя и здесь отмечается некоторая неудовлетворённость: «... всё равно не то, что было прежде»). Отмечает также сниженный фон настроения, постоянно проводит связь изменения в состоянии здоровья с переездом: «произошло крушение всей жизни, нужно приспособливаться, бороться за выживание, а возраст уже не тот, нет никакой материальной базы... жильё подвального типа...а была благоустроенная квартира...» Постепенно тема финансовой и вторичной социальной несостоятельности выходит на первый план. При ретроспекции своей жизни фиксирует внимание только на отрицательных фактах, переоценивая их перспективную значимость. Драматично старается «объективизировать» своё болезненное состояние «роком», привлекая, с его точки зрения, сведения о «наследственных болезнях» в семье. Заявляет, что уже больше 10 лет «живёт в долг», т.к., якобы, продолжительность своей жизни ограничивал 40 годами. Обесценивает собственные достижения и успехи, в том числе в социальной сфере, которые противоречат «концепции неудачника». Фактически обвиняет себя в смерти отца, в неудачах семейной жизни, отношений с сыном. Себя характеризует общительным, тревожным, мнительным, педантичным и требовательным, особенно в отношении к себе, отмечает трудности при общении с противоположным полом, при этом ссылается на «неудачную личную жизнь... проблемы с женой...», после развода с которой «поставил крест на женщинах». Во время повествования пациентом о трагической смерти отца возник приступ интенсивной головной боли, пациент попросил прервать беседу, и затем, после выхода из кабинета, у него возникла рвота («едва добежал до туалета»). За время пребывания в отделении несколько улучшилось настроение, уменьшилась тревога,

нормализовался сон. Сохранились жалобы на головные боли, хотя частота «приступов» уменьшилась. Несмотря на проводимое психотерапевтическое лечение, продолжал ригидно настаивать на своей несостоятельности как физической, так и социальной, не допуская возможности положительной динамики его состояния.

Неврологический статус: лёгкий экзофтальм с 2-х сторон, больше справа. Нистагmoid. Ослаблена конвергенция, лёгкая асимметрия носогубных складок. Рефлексы равные, симметричные. Чувствительность не нарушена. Тазовых нарушений нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Соматический статус: повышенного питания, кожный покров обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены ритмичные. Пульс 82 уд/мин, АД 130/90 мм рт.ст. Живот увеличен в объёме за счёт подкожно-жировой клетчатки, печень по краю реберной дуги. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Заключения специалистов: конс. терапевта: гипоталамический с-м, с нарушением углеводного и липидного обмена. Ожирение 3 ст. Вегетативнососудистая дистония по гипертоническому типу. Хронический персистирующий гепатит, хронический холецистит, ремиссия. Язвенная болезнь. Язва луковицы 12-перстной кишки. Ремиссия; конс. невролога: синдром вегетативно-сосудистой дистонии по гипертоническому типу с упорной цефалгией; конс. окулиста: OU глазное дно – диск зрительного нерва с чёткими контурами, миопический конус, сосуды сужены. Миопия средней степени обоих глаз; РЭГ: снижено пульсовое кровенаполнение сосудов с повышением артериального тонуса. Лёгкая физиологическая асимметрия кровенаполнения, венозный отток умеренно нарушен.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования: выявляется затяжной истерический внутриличностный конфликт между высоким уровнем притязаний и невозможностью их реализации с игнорированием реальных обстоятельств. Мнестико-интеллектуальные расстройства отсутствуют. Психические процессы несколько неравномерны с наличием невыраженных признаков истощаемости по гиперстеническому типу. В структуре личности дисгармоничное сочетание акцентуированных педантично-тревожных черт характера и эмотивного темперамента. Достаточно выраженной социальной дезадаптации способствует низко дифференцированная патопротекторная структура Эго-защиты (ведущие МПЗ – отрицание, регрессия, реактивные образования, проекция), а также дезадаптивная структура копинг-механизмов в поведенческой (отступление), когнитивной (растерянность) и эмоциональной (покорность) сферах.

Применялся как с целью диагностики, так и психотерапии метод «Написание сказки»

«Была солнечная долина, высокая зеленая трава, ручеек хрустальной воды. Жизнерадостные твари весело сновали взад-вперед, и никому не было дела, никому не мешало, семейство добродушных пушистых зверьков. Но изменились времена и нравы обитателей долины. Начались Великие Перемены, пошла Великая травля. Семейство было вынуждено откочевать на север в глухие, мрачные, непроходимые дебри высохших лесов, спасаясь от, вдруг ставших агрессивными и опасными, тварей. И во время этого, почти панического бегства, семья распалась, растерялась по диким непроходимым чащам. И беззащитный зверек уже сам не понимал, как это получилось, что он абсолютно один, абсолютно беззащитный и никому не нужный оказался в норе под корнями

полусгнившего пня. Он сам не осознавал, как это он ещё живой – находясь в постоянной опасности от близости свирепых соседей и питаясь, только по ночам, без шумно выползая из своей норы безвкусными и вызывающими отвращение корешками и листьями трав, ограниченный, запуганный, забитый, сидя в норе и вздрагивая от пугающих звуков и шорохов жил одной надеждой, что Создатель скоро призовет его себе и не будет суров к его грехам и прегрешениям, ибо понимая, что милосердие Создателя простирается далеко за пределы разума его созданий. И раз, ещё, он не покинул свою телесную оболочку, значит некая миссия возложенная на него не до конца выполнена.

Живя в основном воспоминаниями, иногда в его ослабленном тельце всё же проскальзывала искорка жизни. Иногда он исподтишка подсматривал за жизнью случайных обитателей леса попавших в его зону обзора, но понимал, что им он если и будет нужен, то лишь как предмет для питания пища или как ненужная временная игрушка.

Не удержавшись, он попытался однажды подружиться с существом привлекательным и мягким, на его взгляд. И, несмотря на то, что не был отвергнут, он очень отчетливо понял свою ненужность и никчемность. А, тем не менее, чувство благодарности к не оттолкнувшему его, согревало до конца дней, пока мохнатая лапа со стальными когтями не извлекла его из норы и не отравила в смрадную вонючую пасть».

Как следует из анамнеза у данного пациента расстройства начались после вынужденной миграции из К-на, где он был достаточно материально устроен: имел хорошую работу, жильё и т.п.: «...Была солнечная долина, высокая зеленая трава, ручеек хрустальной воды. Жизнерадостные твари весело сновали взад-вперед, и никому не было дела, никому не мешало, семейство добродушных пушистых зверьков».

В результате смены политического устройства в К-не с негативной национальной политикой в отношении русскоязычного населения пациент был вынужден, «бросив всё», покинуть страну и эмигрировать в Р-ию, в результате потеряв часть семьи (дочь и жену): «Начались Великие Перемены, пошла Великая травля... И во время этого, почти панического бегства, семья распалась, растерялась по диким непроходимым чащам».

И далее вся жизнь в аллегорически-эпатажной форме излагается только с негативных позиций: не приносящая удовлетворения (прежде всего материального) работа, жильё – землянка полуподвального типа на окраине города, отсутствие близких или людей, которые разделили бы с ним все трудности, описываются психологические защиты (отрицание, регрессия, проекция) и копинг-поведение (отступление, растерянность, покорность), выполняющие у данного пациента патопротекторную функцию, способствующую закреплению симптомов.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить

больного? 7) Каков прогноз заболевания?

6. Больной 23 года, студентка педагогического института. Анамнез: отец умер молодым во время несчастного случая, мать умерла в 55 лет от рака желудка. Больная раньше ничем не болела, хорошо училась в школе, поступила в институт. По характеру очень застенчивая, обидчивая, склонна к слезам, любит уединение, много читает, пишет стихи; друзей не имеет, замкнутая. Обучение в институте успешное, старательна, много занимается, живет на частной квартире.

Несколько месяцев тому назад перенесла грипп с высокой температурой и три дня лежала в постели. После этого долго не проходила слабость, утомляемость. В течение последних 2-х месяцев испытывает неприятные переживания: хозяйка обвинила ее в краже денег, чем была оскорблена, хотела уйти от хозяйки, но побоялась, что та примет это за бегство и признание в воровстве; отношения усложнились, не разговаривала с хозяйкой. В то же время приходилось много заниматься в связи с экзаменами, не досыпала, плохо питалась. Накануне последнего экзамена совсем не спала, пошла сдавать экзамены с сильной головной болью. Взяв билет, решила, что ничего не знает, отвечать отказалась. Ей предложили прийти на следующий день. Назавтра перед дверью экзаменационной комнаты у нее возник страх, сердцебиение, мысли, что она может умереть, боялась двигаться, не могла переступить порог. Держась за сердце, ушла домой. Дома испытывала общее недомогание, усталость. Не давали покоя мысли о тяжелой болезни сердца, щупала пульс, казалось, что сердце останавливается. Несколько дней лежала в постели, не было сна, думала о болезни. Щадила себя, не выходила на улицу, просила соседку вызвать врача, но врачи не находили у нее болезни сердца. Врачом направлена в психотерапевтический центр.

Психический статус: Больная правильно ориентирована, охотно говорит о своей болезни и подробно ее описывает. Расстроена тем, что не сдала экзамены, боится, что не сможет дальше учиться, говорит об этом плача. При чтении книг не может сосредоточиться, перечитывает страницы по 2 – 3 раза, не может переносить яркого света в комнате, звуков радиоприемника, устает. Все время говорит о болезни сердца, думает, что врачи недостаточно внимательны, щупает у себя пульс, почти не спит. С окружающими охотно общается, беседы с ними ее развлекают – она отвлекается от мыслей о своем сердце.

Заключение психолога: выявляется замедленность, тугоподвижность психических процессов, выраженная истощаемость по гиперстеническому типу, трудность концентрации, распределения и переключения внимания, снижение показателей мнестической функции, выявленное при механическом и опосредованном запоминании, сниженный фон настроения, пессимистическую оценку своих перспектив, низкую самооценку, недоверчивость, ригидность установок.

В соматическом и неврологическом статусах отклонений не выявлено. В процессе лечения транквилизаторами и в результате психотерапии состояние заметно улучшилось, стала спокойнее, ночами спит без пробуждений, меньше думает о болезни, читает, ходит на прогулки, собирается заниматься по специальным предметам.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь

следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания?

7. Больная женщина 48 лет. Анамнез: поступает впервые. Родилась в пос. А-к О-ой области от нормально протекавшей беременности, первых срочных родов. Сведений об отце не имеет, так как мать развелась с ним практически сразу после ее рождения (якобы он злоупотреблял алкоголем). Затем мать повторно вышла замуж и отдала пациентку на воспитание бабушкой и дедушкой, к которым была очень привязана. В школу пошла с 7 лет. Учеба в школе давалась легко. Была «любопытной, шустрой, энергичной, общительной», вместе с тем отмечает в дальнейшем черты тревожной мнительности, неуверенности в выборе окончательного решения, неумение настоять на своей точке зрения. В школьные годы занималась спортом, посещала кружки. После окончания школы поступила по желанию деда в О-ий медицинский институт, училась хорошо. По окончании института работала в А-ой ЦРБ вначале врачом-ординатором, затем - заведующей терапевтическим отделением и заместителем главного врача по лечебной работе в течение 18 лет. В 22 года вышла замуж, родила дочь, в этом браке прожила 5 лет, в связи с алкоголизацией мужа по инициативе пациентки брак был расторгнут. Вышла замуж повторно и через 2 года с семьёй переехала на постоянное место жительства в О., где работала участковым терапевтом, затем терапевтом в студенческой поликлинике. Муж старше пациентки на 18 лет, по характеру властный, «суровый», порою деспотичный. К моменту достижения дочерью 17-летнего возраста значительно повысил требования к ней: был очень строг, наказывал по мелочам, «морально унижал». Однажды применил к дочери физическое наказание, чему пациентка попыталась противодействовать, тогда муж ответил ей угрозами и впервые ударил её. После этой ссоры дочь сняла квартиру и ушла из дома. В день ухода дочери у пациентки впервые развился приступ с ощущением удушья, прилива жара к голове, с онемением конечностей, сердцебиением. Отношения мужа с дочерью не восстанавливались, а попытки больной указывать ему на несправедливое отношение к дочери заканчивались очередным скандалом. Обследуемая помогала дочери, не решалась на развод, так как зависела от мужа материально и «боялась одиночества», ежедневно после работы тайно от мужа навещала дочь, приносила ей продукты, оплачивала коммунальные услуги. На фоне эмоционального напряжения и после безрезультатных попыток примирить мужа и дочь вновь стали возникать приступы удушья, к которым присоединилась выраженная тревога за состояние своего здоровья, со страхом смерти, либо паралича вследствие инсульта; боялась развития приступа на улице, в транспорте. Продолжала работать, со своими профессиональными обязанностями справлялась. Однажды дочь из-за финансовых затруднений обратилась к матери с просьбой о возвращении в ее квартиру, на что муж отреагировал негативно, поставив выбор между ним и дочерью. С этого времени у пациентки приступы участились и возникали уже практически ежедневно. По совету знакомого врача принимала феназепам, стала нарастать утомляемость, на фоне переживаний за дочь нарушился сон,

снизились аппетит, была вынуждена сократить продолжительность рабочего дня. Несмотря на то, что дочь нашла выход из создавшейся ситуации (она приняла предложение о замужестве), приступы не прекратились. Кроме того, после вступления в брак дочь сообщила о решении переехать в С-рг на постоянное место жительства мужа и предложила матери уехать с ней. С этого момента ещё в большей степени выросла частота приступов до трёх-четырёх раз в сутки. Неоднократно после работы возвращалась домой в сопровождении дочери. После консультации психотерапевта поликлиники госпитализирована в отделение неврозов и психотерапии.

Психический статус: вступает в беседу с заметным волнением. Довольно подробно рассказывает о своих переживаниях, при затрагивании темы семейных отношений, обстоятельств возникновения приступов на глазах появляются слезы, которые пытается сдерживать, успокаивается самостоятельно. Эмоциональные реакции подвижны, с оттенком лабильности. Настроение снижено, отмечает приступы дискомфорта при общении с коллегами и с мужем, приступы «паники с потерей ориентировки в местах скопления народа», избегает поездок в общественном транспорте, большую часть пути на работу проходит пешком. Довольно чётко проводит параллели между возникновением приступов и конфликтами с мужем. Обращает внимание на то, что не может смириться с тем, что «самый близкий человек (дочь) собирается уехать от неё». В то же время замечает, что «муж даже слышать не хочет о переезде: так и сказал – либо я, либо дочь». Замечает, что стала реже выходить из дома: «только по необходимости», передвигается по улице либо в сопровождении мужа, либо дочери. Мышление в обычном темпе, последовательное, способна к выполнению абстрактно-логических операций, разграничениям и обобщениям на основе категориальных признаков. Память не нарушена. Бреда и галлюцинаций не обнаруживает.

Соматический статус: Гиперстенического телосложения. Кожный покров и видимые слизистые чистые. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс - 79 уд/мин., АД - 110/70 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот округлой формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Неврологический статус: глазные щели равные, нистагмоз, ослаблена конвергенция. Рефлексы симметричные. Чувствительность не нарушена. Координаторные пробы удовлетворительные, тремор век. Тазовых нарушений нет. Заключение специалистов: терапевт: синдром вегетативной дистонии по смешанному типу; невролог: синдром вегетативной дистонии по смешанному типу с склонностью к синкопальным состояниям; окулист: миопия слабой степени обоих глаз, сосуды глазного дна не изменены; гинеколог: миома матки, эндометриоз матки.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования: выявляется актуализированный внутриличностный конфликт с проблемой выбора между желаниями и чувством долга, моральной ответственностью. Актуализации данного конфликта способствовала стрессогенная ситуация, а также дисгармоничное сочетание в структуре личности черт демонстративного и психастенического радикала. Также имеет место патопротекторная структура антистрессовых механизмов (Эго-защиты: слабо дифференцирована, преобладает её регрессивная направленность, ведущие МПЗ - регрессия, реактивные образования, отрицание, подавление; копинги дезадаптивный

в эмоциональной сфере (подавление эмоций) и относительно адаптивный – проблемный анализ – в поведенческой сфере). Психические процессы в обычном темпе. Мнестико-интеллектуальных нарушений не выявлено.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания?

8. Больная женщина 50 лет. Анамнез: наследственность психопатологически не отягощена. Отец умер в возрасте 65 лет от инсульта, мама в возрасте 72 лет проживает в сельской местности, больна сахарным диабетом инсулин независимым. Родилась в О., раннее развитие без особенностей, в школу пошла с 7 лет, училась посредственно, среди сверстников особенно ничем не выделялась, была общительной, «компанейской», но отмечает, что все же «всегда стремилась немножко выделиться, к мнению прислушивались», с частью школьных подруг до сих пор поддерживает отношения, также отмечает исполнительность, скрупулёзность, педантизм, особенно проявившиеся в дальнейшей работе. Окончила 10 классов, затем работала год на заводе РТИ, поступила в техникум, который закончила и получила специальность бухгалтера. В 19 лет вышла замуж, брак по любви, имеет двух сыновей, взаимоотношения с мужем складывались не всегда гладко из-за его алкоголизации. По распределению мужа поехала с ним в Т-ий район и 4 года работала в аптеке бухгалтером. После возвращения в город О. работала по специальности в «Рембыттехнике», где довольно успешно продвигалась по служебной лестнице (с рядового бухгалтера до заместителя главного бухгалтера). Затем за главным бухгалтером ушла в трест по благоустройству, проработала на этом месте, а затем работала главным бухгалтером в частных структурах; в настоящее время - в ЗАО «Ор-аз». В 49 лет на фоне повышенной нагрузки на работе, связанной с реструктуризацией производства (приватизация и передача в частные руки), противоречивой ситуацией («оказалась как бы между двух огней, между двумя начальниками»), впервые стали беспокоить упорные головные боли, усилилась тревожность, педантичность в работе, особенно в отношении отчётной документации, часто брала работу на дом, нередко работала по ночам. В течение года в 50-летнем возрасте на фоне повышенной нагрузки на работе стала плаксивой, раздражительной, нарушился сон, периодически снижалось настроение, возникли вегетативные расстройства: учащалось сердцебиение, появились колебания артериального давления. В этом же году был диагностирован сахарный диабет (инсулиннезависимый). Кроме того, на протяжении 3 последних лет «не была в отпуске и не брала больничные, так как много работы, а если заговоришь об отпуске, могут просто заменить на более молодых». После обследования и лечения в Областной клинической больнице по поводу сахарного диабета, где была консультирована психотерапевтом, обратилась в отделение неврозов и психотерапии и была госпитализирована. Психический статус: вступает в беседу с заметным

напряжением и плохо скрываемым волнением. Полностью ориентирована в месте, времени и собственной личности. С первых минут беседы интересуется возможностью лечения в режиме дневного стационара, так как «на работе сказала, что буду лечиться и делать отчёт – с этим условием и отпустили». Предъявляет жалобы на головные боли («...сдавливает всю голову... словно обручем»), плаксивость, раздражительность, тревожный сон с нарушениями засыпания: «постоянно в голове цифры, которые не дают заснуть, и сны про то, что я сдаю отчёт, и он не получается». Охотно делится переживаниями, фиксирована на производственных проблемах, при затрагивании темы взаимоотношений с мужем проявляется эмоциональная лабильность, которая достаточно быстро проходит: «он зарабатывает мало, ещё и выпивает, приходится мне тянуть и его, и детей». Мышление в обычном темпе, последовательное, с доступностью проведения абстрактно-логических операций, память не нарушена. Расстройств восприятия, нарушений логической структуры мышления не выявлено. Соматический статус: больная с избыточным весом. Кожный покров и видимые слизистые чистые. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс - 79 уд/мин., АД - 130/80 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не пальпируется. Стул и мочеиспускание не нарушены. Неврологический статус: глазные щели равные, нистагмоз, ослаблена конвергенция. Рефлексы симметричные. Чувствительность не нарушена. Координаторные пробы удовлетворительные, тремор век. Тазовых нарушений нет. Заключение специалистов: терапевт: сахарный диабет 2 типа, ИН, ср. ст. тяжести; невролог: синдром вегетативнососудистой дистонии по гипертоническому типу; окулист: ОУ глазное дно – диск зрительного нерва с чёткими контурами, сосуды не изменены; гинеколог: фиброма матки.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования: выявляется аутопсихический конфликт, характеризующийся завышенными требованиями к себе без учёта своих физиологических и психологических ресурсов (астенический тип). Развитию данного конфликта способствовала и дисгармоничная акцентуированная личностная структура – сочетание педантичного и демонстративного характера с эмотивно-тревожным темпераментом, а также патопротекторная система Эго-защиты (ведущие психологические защиты – реактивные образования, регрессия; неадаптивный копинг-механизм в когнитивной сфере – растерянность). Психические процессы равномерные в обычном темпе. В мыслительной деятельности высокий уровень категориальных решений и формирования абстрактно-логических связей. Расстройств памяти не выявлено.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания?

9. Ситуация у пациента, связанная со столкновением между сильными перверзными сексуальными побуждениями и невозможностью их удовлетворения. Какой конфликт это характеризует в рамках

психодинамической концепции неврозов?

10. Какие способы совладания (копинга) с болезнью (шизофренией и аффективными расстройствами) характерны для женщин с менее маскулинным поведением (по сравнению с женщинами с более маскулинным поведением)?

11. На приёме у сексолога на незначительное замечание о постоянных опозданиях пациент раздражается рыданиями и многочисленными упрёками в адрес врача. Чем вызвана данная реакция пациента?

12. Ситуация, при которой женщина в равной мере ориентирована и на профессиональный рост, и на свою семью, и на профессиональную и семейную самореализацию. Какой конфликт это может вызвать? Какие нарушения сексуальной сферы эта ситуация может повлечь?

13. У пациента с ранним соматополовым и психосексуальным развитием, а также с сильным типом половой конституции акцентуации каких черт характера стоит ожидать?

14. Какой тип сексуальной мотивации чаще всего отмечается у лиц интеллектуально сниженных, для которых проявление эрекции служит сигналом к поиску совершить половой акт, мотивом которого является получение оргазма?

15. Какой тип привязанности формируется у ребенка, если мать либо проводит незначительное количество времени рядом с ним, либо если она формально присутствует, но проявляет безразличное, эмоционально уплощенное, дистантное отношение, не удовлетворяя его потребность в тепле и заботе?

16. Пациент 36 лет пришел на прием к невропатологу с жалобами на нарушения сна, головные боли напряжения, утомляемость, трудности сосредоточения, проблемы с усвоением новой информации снижением работоспособности, которые развились в течении последних 3 мес, после того как пациента повысили по службе. Из анамнеза известно, что всегда был ответственным, целеустремленным, ориентированным на карьерный рост, на работе брал на себя основную нагрузку, считая, что коллеги могут допустить ошибки. Работает в офисе, должен быстро реагировать на изменение рабочей ситуации, удерживать в поле внимания большое количество меняющейся информации. До начала заболевания были эпизоды бессонницы и головных болей, когда нервничал в период сдачи экзаменов, в остальном считает себя здоровым, женат, профессионально успешен, имеет широкий круг друзей

1. Установите диагноз заболевания
2. Какие признаки указывают на данное расстройство
3. Определите лечебную тактику

17. Пациентка 43г., была направлена к психотерапевту кардиологом. Обратилась с жалобами на тревогу, страх смерти, приступы паники, сопровождающиеся сердцебиением, головокружением, кратковременным подъемом АД до 160/100 мм. рт. ст., приливами жара, нарушением дыхания с ощущением «кома в горле», полиурией. Впервые приступ паники возник накануне очередной командировки мужа, внезапно, стало трудно дышать, поднялось давление, возник острый страх смерти от сердечного приступа, вызвала скорую. Врач скорой помощи зафиксировал синусовую тахикардию, увидев врача, пациентка успокоилась, почувствовала облегчение. В дальнейшем из-за опасения развития приступа стала бояться выходить одна из дома, ночевать одной в квартире.

Предъявляет жалобы в демонстративной манере, склонна преувеличивать тяжесть своего состояния, инфантильна, незрела в суждениях, отношения с мужем описывает как идеальные.

1. Установите диагноз заболевания
2. Какие признаки указывают на данное расстройство

3. Определите лечебную тактику

18. Пациентка 43г., была направлена к психотерапевту кардиологом. Обратилась с жалобами на тревогу, страх смерти, приступы паники, сопровождающиеся сердцебиением, головокружением, кратковременным подъемом АД до 160/100 мм. рт. ст., приливами жара, нарушением дыхания с ощущением «кома в горле», полиурией. Впервые приступ паники возник накануне очередной командировки мужа, внезапно, стало трудно дышать, поднялось давление, возник острый страх смерти от сердечного приступа, вызвала скорую. Врач скорой помощи зафиксировал синусовую тахикардию, увидев врача, пациентка успокоилась, почувствовала облегчение. В дальнейшем из-за опасения развития приступа стала бояться выходить одна из дома, ночевать одной в квартире. Предъявляет жалобы в демонстративной манере, склонна преувеличивать тяжесть своего состояния, инфантильна, незрела в суждениях, отношения с мужем описывает как идеальные.

4. Установите диагноз заболевания

5. Какие признаки указывают на данное расстройство

6. Определите лечебную тактику

19. Пациентка Н., 29 лет, домохозяйка, обратилась с жалобами на страх перед авиа-перелетами, учащенное сердцебиение, ощущение удушья даже при мысли о том, что она должна сесть в самолет. Жалобы появились два года назад, когда во время «воздушной ямы» сидящий впереди ребенок вдруг завыл. При этом, так как муж – хоккеист, работающий в другом городе, ей приходится с ребенком, сыном 4 лет, часто совершать авиа-перелеты. При обращении – напряжена, но о себе говорит охотно, стремится показать себя только с лучшей стороны. Имеет высшее юридическое образование, но не работает, так как «посвятила себя семье».

Вопрос: проведите анализ ситуации – укажите расстройство, выберите тактику психодиагностики и психотерапии.

20. Пациент Ф., 43 лет, строитель, обратился с жалобами на бессонницу, раздражительность, периодические боли за грудиной. Связывает появление симптомов с поведением жены, которая с самого начала совместной жизни, в течение 10 лет, постоянно «пилит его по мелочам». В конфликте старается молчать, но отмечает, что все равно не выдерживает, кричит при этом, может оскорбить жену. Говорит, что винит себя за это. Обращался три года назад к терапевту, который, исключив кардиологическую патологию, рекомендовал обратиться к психологу или психотерапевту. Однако, посчитав, что он сможет справиться сам, откладывал все время визит к специалисту.

Вопрос: проведите анализ ситуации – укажите расстройство, выберите тактику психодиагностики и психотерапии.

21. Пациентка А., 32 лет, после развода обратилась с жалобами на постоянный плач, бессонницу, постоянные головные боли. Муж ушел от нее, узнав об измене. Сейчас живет один. На попытку помириться с ним – не реагировал, сказал, что уйдет в монастырь. Пыталась покончить жизнь самоубийством месяц назад, проглотив 20 таблеток феназепамы, но мать вовремя заметила сонливость, вызвала скорую помощь. Врачи, оказав помощь, и взяв подпись об отказе от госпитализации, уехали, так как больная «клятвенно» заверила врачей, что раскаивается, и больше такого не повторится. В психическом статусе - гипомимична, постоянно плачет, сидит ссутулившись. В настоящий момент мысли о самоубийстве категорически отрицает.

Вопрос: Проведите анализ ситуации – укажите расстройство, выберите тактику психодиагностики и психотерапии.

22. Пациентка С., 32 года, обратилась за помощью по поводу нейродермита, которым страдает 8 лет. Рекомендовал консультацию дерматолог. Особых психогенных моментов, предшествующих появлению нейродермита, не смогла назвать, однако отмечает, что обострения связаны с эмоциональными переживаниями. Живет одна, в профессии успешна, работает налоговым инспектором, работой довольна. В семнадцать лет была влюблена в сверстника, он ответил взаимностью, однако, после года интимных отношений, почувствовала, что он стал ей неинтересен. После этого были кратковременные отношения с мужчинами, которые не приносили ей ощущений удовлетворения. Сейчас признается, что уже не строит планов создать семью, вся энергия

уходит на работу. Телосложение маскулинное, пониженного питания. Напряжена, сидит в закрытой позе, в самом начале консультации сказал, что не доверяет психологам и психотерапевтам из-за «возможного подсознательного воздействия».

Вопрос: Проведите анализ ситуации – укажите расстройство, выберите тактику психодиагностики и психотерапии.

23. Пациент К., 29 лет, нигде не работающий, обратился по поводу постоянного кашля. Уже в течении двух лет проходит обследования у врачей – интернистов по этому поводу, и, по их настоятельной рекомендации, и по настоянию матери, решил проконсультироваться у психотерапевта. Воспитывался гипернормативной, доминантной матерью, сейчас проживает с семьей родителей, большей частью просто лежит на диване (со слов матери). Имеет экономическое образование, хочет работать только в банке, однако везде при собеседовании получает отказ. От работы вместе с отцом – строителем на стройке – отказывается. Четыре года назад впервые вступил в интимные отношения с девушкой, но, почувствовав «проявления СПИДа» после этого, порвал с ней отношения, обвинив её в том, что «она его заразила». В течении двух последующих лет регулярно обследовался на наличие СПИДа, и всегда получал отрицательные результаты. Считает, что напрасно пришел к психотерапевту, так как у него – соматическое, а не психическое заболевание, и что это он сделал только по настоянию матери.

Вопрос: Проведите анализ ситуации – укажите расстройство, выберите тактику психодиагностики и психотерапии.

24. Пациентка В., 27 лет, психолог, обратилась по поводу постоянных конфликтов с мужем, в результате которых у неё развивается крик, продолжительностью 1-2 минуты, который она не может сдерживать. Понимает, как специалист, что сама провоцирует конфликты, так как при общении с мужем растет беспричинная раздражительность на него, и она также не может себя контролировать. Подобное поведение было и в первом браке, которое и привело его к разрыву. Сейчас боится, что распадется и второй брак.

Вопрос: Проведите анализ ситуации, выберите тактику психодиагностики и психотерапии.

25. Пациентка Ю., 23 лет, студентка заочного факультета, офисный работник, страдает приступами ложных позывов на дефекацию в течение двух последних лет. Приступы имеют четкую связь с эмоциональным напряжением, которое она испытывает очень часто на работе, даже при незначительных инцидентах. Началось все постепенно, имеет тенденцию к учащению, при этом она не может вспомнить точно, после какой ситуации это возникло. Робкая, неуверенная в себе, голос тихий, в коллективах – всегда стремилась быть на периферии. Росла в семье, где оба родителя – инвалиды, страдающие ДЦП. В семье есть младший брат, 19 лет, с которым она проживает в одной комнате, отношения характеризует как сложные, часто с ним ссорится, живут в одной комнате. С родителями отношения формальные: «мама со мной никогда не разговаривала на такие темы». Мечтает выйти замуж, страдает оттого, что мало кто обращает на нее внимание.

Вопрос: Проведите анализ ситуации – укажите расстройство, выберите тактику психодиагностики и психотерапии.

26. Пациент А., 45 лет, бывший военнослужащий, бизнесмен. Обратился по рекомендации гастроэнтеролога, по поводу язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Болен в течении 15 лет, после инцидента на службе. Отмечает, что обострения связаны с психоэмоциональным перенапряжением, как на работе, так и дома. Женат, имеет двух дочерей. Жена относится с пониманием к болезни, однако периодически, вскользь упоминает о постоянной нехватке денег. Сам переживает это, так как бизнес идет с трудом, сейчас испытывает большие затруднения в работе. О себе говорит скупой, считает проявлением слабости обращение к психотерапевту.

Вопрос: Проведите анализ ситуации – укажите расстройство, выберите тактику психодиагностики и психотерапии.

27. Пациентка Р. 25 лет, страдает приступами головокружения, тошноты, учащенного сердцебиения при эмоциональном напряжении. При обследовании у терапевта – патологии не выявлено. Данные симптомы беспокоят в течении последних двух лет, связывает их с отношениями с любимым человеком - В., проживающим в Англии. Сама замужем, муж знает об этих отношениях, но все прощает жене, лишь бы она от него не ушла. Она за это презирует его, говорит, что он не мужчина, однако не может жить самостоятельно, так как нигде не работает, «не позволяет здоровье». Имеет два высших неоконченных образования (геологический факультет, театральный ВУЗ). Воспитывалась в основном папой, который во всем потакал дочери. Регулярно, каждую неделю, общается с В. по скайпу. Однако понимает, что она у него не одна, но уверена, что если она к нему приедет, все будет по-другому. Сообщила вскользь, что он употребляет наркотики, но при вопросах об этом – отводит

глаза, переходит на другую тему. Характеризует себя только с положительной стороны, однако периодически в беседе звучат мысли о собственной неполноценности, необходимости что-то менять. При этом любит говорить о своей исключительности и стремлении к совершенству, хотя понимает, что это не совсем правильно. Имеет красивую, грамотную речь, обаятельна. Мечтает написать книгу о своих переживаниях к В., и приехать к нему.

Вопрос: Проведите анализ ситуации – укажите расстройство, выберите тактику психодиагностики и психотерапии.

28. Пациентка М., 48 лет, риэлтор, обратилась с жалобами на боязнь заболеть раком. Страх возник около пяти лет назад, после того, когда обнаружили небольшую доброкачественную опухоль матки. Для того, чтобы избежать инсоляции, стремиться всегда быть в тени, из-за этого летом даже на даче не выходит из дома, не работает на участке, со всем справляется муж. Практически каждый месяц делает обследование – УЗИ органов брюшной полости, чтобы быть уверенной, что озлокачествления фибромы не произошло. Отношения с мужем напряженные: «напивается каждую субботу», это обозначает как причину отсутствия интимных отношений с мужем. Говорит о нем раздраженно, считает, что замуж вышла за него зря, из-за возникшей беременности. Всю жизнь хотела с ним развестись, не сделала этого из-за дочери: «сначала - как останется без отца, потом – как будет выходить замуж, сейчас - как внук останется без деда». Выглядит моложе своих лет, ухоженная, привлекательная, постоянно вскользь упоминает о связях «с сильными мира сего».

Вопрос: Проведите анализ ситуации – укажите расстройство, выберите тактику психодиагностики и психотерапии.

29. Пациентка Д., 49 лет, врач, недавно перенесла развод, после которого возник реактивный панкреатит. Обратилась, чтобы «просто выговориться», при этом считает, что проблема только в том, что муж – «сволочь, какую поискать», ушел от нее к «молодой и наглой». Выглядит моложе своих лет, яркая, демонстративная, постоянно озвучивает мысль о том, что «бывшего» ждет крах в личной жизни. Настроение при этом сниженное, старается преуменьшить уровень собственных переживаний. Старается избегать тем, касающихся интимной жизни, при этом анализ проективных методик свидетельствует о проблемах в этом.

Вопрос: Проведите анализ ситуации – укажите расстройство, выберите тактику психодиагностики и психотерапии.

30. Пациентка А., 32 года, экономист. Обратилась по поводу затруднений в разговоре по телефону: «появляется спазм в горле, из-за этого начинается заикание, когда начинаю даже имя-отчество произносить». Эти симптомы появились год назад, когда устроилась по специальности на работу к мужу. Воспитывалась строгой матерью, в детстве старалась быть только отличницей. Были проблемы с речью в 12-14 лет (заикание перед доской). После университета сразу вышла замуж, на работу не выходила, воспитывала двух дочерей. Муж старше на 18 лет, «олигарх». Себя с ним чувствует как «в золотой клетке - не разрешает никуда ходить, отвалил всех подруг». Всегда конфликты по поводу его ревности. Год назад уговорила его, чтобы разрешил работать, но только под его началом. Работу свою не любит, так как изначально хотела поступать в институт культуры, но мать настояла на экономическом факультете. Выглядит гораздо моложе своих лет, в проективной методике – «возраст» - 16-18 лет.

Вопрос: Проведите анализ ситуации – укажите расстройство, выберите тактику психодиагностики и психотерапии.

31. Пациент Г., 61 год, обратился по поводу постоянных головных болей, бессонницы. Страдает давно, около 10 лет, отрицает наличие эмоционально-значимых событий в это период. Обследовался у невролога – поставлен диагноз – дисциркуляторная энцефалопатия, но терапия, назначенная неврологом, не помогла. Женат, отношения с женой называет нормальными, старается уйти от этой темы. Однако в речи – стигмы неудовлетворенности интимной жизнью («идеально все равно никогда не будет»). Работает преподавателем в техническом университете, себя считает излишне ответственным, сетует, что «ничего уже не поделаешь».

Вопрос: Проведите анализ ситуации – укажите расстройство, выберите тактику психодиагностики и психотерапии.

32. Пациентка С., 55 лет, экономист. Жалуется на боли в области сердца, ощущение «перебоев, как будто сердце остановилось». Кардиолог исключил органический характер симптомов. Жалобы появились вскоре после того как узнала, что у мужа нетрадиционная сексуальная ориентация, около года назад. Сказала ей об этом взрослая дочь, которая обнаружила случайно переписку отца в интернете с любимым, подвела мать к компьютеру и сказала - «вот до чего твоя работа довела». В течение года пациентка пыталась восстановить интимную жизнь с мужем, которой не было уже

около 15 лет, при этом отмечает, что никогда не испытывала потребности в этом. Однако её усилия привели только к ухудшению отношений. Сейчас собирается развестись с мужем, он категорически против этого, объясняя, что все-таки ощущает психологическую потребность в семье, в дочери, в сохранении социальных связей с друзьями семьи. Мужу 55 лет, занимает «хорошую должность», тщательно скрывает свою личную жизнь от посторонних, в течении 8 лет – в близких отношениях с женщиной младше его на 12 лет. На консультации настоял муж, так как хочет сохранить семью. Вопрос: Проведите анализ ситуации – укажите расстройство, выберите тактику психодиагностики и психотерапии.

33. Пациент Н., 42 года, бизнесмен, чувствует острые боли в области сердца, в течение последних 3х дней. Начались остро, приехавшая скорая помощь исключила ИБС, направили на консультацию к неврологу. Невролог также исключил органический характер болей, направил к психологу и к психотерапевту. Пациент подавлен, сидит ссутулившись, в глаза не смотрит, делает большие паузы перед ответом, голос тихий, монотонный, после некоторого замешательства выдохнул – «с женой проблемы» - заплакал, закрыв лицо руками. Постепенно рассказал, что неделю назад узнал об измене жены, 35 лет, со своим охранником. Суицидальные мысли не высказывает, однако при вопросе об этом возникла длительная пауза, после которой тихо сказал «нет».

Вопрос: Проведите анализ ситуации – укажите расстройство, выберите тактику психодиагностики и психотерапии.

34. Пациентка Т., 25 лет, повар. Направлена гастроэнтерологом по поводу «растянутого желудка и кишечника». Ощущает это в течение последних двух лет, неоднократно проходила обследование по этому поводу. Считает, что из-за этого ей приходится много есть, так как «природа не терпит пустоты». Живет с матерью в однокомнатной квартире, никогда «это» (отношения с мужчинами) не интересовало, считает это – «проделки дьявола». Отца «не было» с раннего детства, кто отец - не знает, из-за этого не переживает. Обладает повышенным весом, однако толстой себя не считает, причина - «растянутый ЖКТ». Шепотом сообщила, что это «тоже проделки дьявола». Обучалась в массовой школе, друзей никогда не было. Наблюдение у психиатра отрицает. Внешний вид слегка неряшливый, волосы липкие, одета в старомодные, не по возрасту, вещи. Лицо гипомимичное, речь монотонная, односложными предложениями. Двигательно скована.

Вопрос: Проведите анализ ситуации – укажите расстройство, выберите тактику психодиагностики и психотерапии.

35. Пациентка Д., 25 лет, русскоязычная итальянка, не работает, имеет музыкально-вокальное образование. Обратилась по скайпу по поводу ссор с мужем. Три месяца назад уехала из России, выйдя замуж за итальянца. В беседе выяснилось, что питается избирательно, в основной – обезжиренными йогуртами, периодически – «ест лишнее – тарелку пасты, например», после чего искусственно вызывает у себя рвоту. Особо этому не придает значение, так как всегда старалась выглядеть хорошо, считает это основной целью настоящей женщины. Презирает полных женщин: «нельзя себя так распускать!». Основной проблемой называет скупость мужа – из-за которой у них постоянные конфликты, при этом она может наброситься на него и ударить. Постоянно выкладывает в интернете свои фотографии в купальниках, где видно какекичное тело, однако этого не замечает. Лицо - с ярким макияжем, подчеркивающим и без того красивую, привлекательную внешность.

Вопрос: Проведите анализ ситуации – укажите расстройство, выберите тактику психодиагностики и психотерапии.

36. Пациентка К., 26 лет, официантка, в настоящий момент не работает. Страдает неспецифическим язвенным колитом, в настоящий момент - стадия реконвалесценции. Выписалась из гастроэнтерологического стационара две недели назад, находится на гормональной терапии. Жалобы предъявляет на сниженное настроение, нежелание ничего делать, «не могу встать утром, очень тяжело». Рассказывая, периодически отворачивается, чтобы вытереть слезы. Перенесла год назад развод с мужем, которого очень любила, он часто её избивал, причину даже назвать не может. из-за чего. В настоящий момент он находится в МЛС. Месяцев шесть после развода ей казалось, что он её ждет, стоит за дверьми бара, где она работала, боялась выходить из него из-за этого. За помощью к специалистам не обращалась. Внезапно страх прошел, зато началось кишечное кровотечение, из-за которого она оказалась в реанимации.

Вопрос: Проведите анализ ситуации – укажите расстройство, выберите тактику психодиагностики и психотерапии.

37. Пациент Д., 19 лет, студент, обратился по поводу избыточной массы тела. Сколько себя помнит, всегда был полным. В начальной школе очень страдал из-за насмешек, обидной клички «жирик», однако постепенно научился не замечать этого, и к концу школы уже приобрел авторитет среди

сверстников. Имеет высокий уровень интеллекта, постоянно шутит, считается острословом. В семье – как мать, так и отец – страдают ожирением, любят вечером вместе плотно на ночь покушать, его с детства к этому приучили, за что он очень обижен на своих родителей. Постоянно замечает за собой, что автоматически идет на кухню, когда за что-то переживает. Эндокринолог ничего, кроме ожирения, не выявил.

Вопрос: Проведите анализ ситуации – укажите расстройство, выберите тактику психодиагностики и психотерапии.

38. Пациент С., 30 лет, водитель, обратился из-за постоянного страха за свое здоровье, боязни умереть от «сердечной недостаточности». Появилась данная симптоматика год назад, после смерти отца от инфаркта миокарда, с которым в течении всей жизни были постоянные конфликты. Начал обследовать сердце, чтобы «застать болезнь на начальной стадии, когда можно что-то ещё сделать». Очередным отрицательным результатам обследования не верил, шел на обследования в другую больницу. Из-за постоянных переживаний стал плохо спать, снизилась потенция. Кроме того, отпрашиваясь с работы на обследования, стал меньше зарабатывать. В результате всего этого отмечает, что дома постоянные конфликты с женой, семья на грани развода. Однако ничего не может с этим сделать, аргументированные доводы не помогают. Вопрос: Проведите анализ ситуации – укажите расстройство, выберите тактику психодиагностики и психотерапии.

39. Пациентка 37-ми лет жалуется на сильные головные боли, возникающие в определенных ситуациях и описываемые ею как ощущение «вколачивания гвоздя». Каков наиболее вероятный диагноз: 1. Энцефалит 2. Опухоль головного мозга 3. Конверсионное расстройство 4. Депрессия

40. Женщина 29 лет обратилась в связи с тяжелой экземой кистей рук, впервые появившейся 8 лет назад, когда у нее от не планированной беременности родилась дочь. Это было на Крайнем Севере, куда был направлен служить ее муж. Ее лечили от аллергии, запретили пользоваться стиральными порошками и большинством сортов мыла, но полностью экзема прошла лишь через месяц после того, как полуторагодовалую дочь, отстававшую в развитии, отправили домой к бабушке, где были возможности лечить ее. Еще через полтора года у них родилась вторая дочь. Пациентка ухаживала за ней, пользовалась всеми моющими средствами — экзема не возобновлялась. Муж пациентки был демобилизован за год до обращения, они вернулись в свой город и стали жить всей семьей — вместе с первой дочерью, у которой была умственная отсталость в степени дебильности. Почти сразу последовало обострение экземы, по поводу которой пациентка без видимого успеха лечилась у нескольких дерматологов и обратилась к психотерапевту, полагая, что ей поможет гипноз.

Происходящее с пациенткой с наибольшей вероятностью является:

1. Навязчивым состоянием
2. Психосоматическим расстройством
3. Конверсионной реакцией
4. Симуляцией

41. Больные не жалуются на сниженное настроение, заявляя, что они вообще не чувствуют никакого настроения, что настроение полностью отсутствует. Мимика скорее отсутствующая, чем печальная, обычна гипомимия, глаза блестящие, малоподвижные, слегка экзофтальмированные. Во время беседы больные могут улыбаться вежливой, привычной, ничего не выражающей улыбкой, которая иногда вводит в заблуждение врача относительно глубины депрессии и опасности суицида. Отчетливой психомоторной заторможенности нет. Исчезает ощущение привязанности, любви, тепла по отношению к близким, особенно детям, что в еще большей степени усиливает чувство душевной боли, вызванное отсутствием эмоций – это характеристика

- А) анергетической депрессии
- Б) меланхолического синдрома
- В) тревожно-депрессивного синдрома
- Г) депрессивно - деперсонализационного синдрома

42. Значительный удельный вес тревоги, которая наряду с тоской составляет аффективный стержень синдрома. Настроение резко снижено, возможна тоска с витальным компонентом, суточные колебания настроения обычно выражены. В двигательной сфере — либо двигательное беспокойство в той или иной степени вплоть до резкой агитации, либо тревожное оцепенение вплоть до обездвиженности. Как правило, беспокойство отмечается значительно чаще. Депрессивные идеи носят двойственный характер («виновен, но страшусь наказания»), часты ипохондрические идеи. Если имеются навязчивости, то они носят характер фобий. Возможны явления ауто- и соматопсихической деперсонализации. Помимо снижения аппетита, похудения и запоров, отмечаются мышечные спазмы, болевые и неприятные ощущения, которые нередко служат базой для ипохондрических переживаний — это характеристика

- А) анергетической депрессии
- Б) меланхолического синдрома
- В) тревожно-депрессивного синдрома
- Г) депрессивно - деперсонализационного синдрома

43. Отчетливая тоска с суточными колебаниями и витальным компонентом, напряжением, хотя внешние проявления тревоги могут быть незначительными или отсутствовать, психомоторная заторможенность. Суицидные тенденции, как правило, присутствуют, возможны идеи малоценности, виновности. Обсессии встречаются редко и носят характер хульных мыслей или навязчивых мыслей о самоубийстве. Имеются деперсонализационные явления: болезненное бесчувствие, сопровождаемое душевной болью, отсутствие чувства голода, насыщения, иногда сна. Сон тяжелый, с ранними утренними пробуждениями, аппетит резко снижен, наблюдаются похудание, запоры — это характеристика:

- А) анергетической депрессии
- Б) меланхолического синдрома
- В) тревожно-депрессивного синдрома
- Г) депрессивно - деперсонализационного синдрома

44. При этом состоянии нет отчетливой тоски и тревоги, настроение нерезко снижено, но утрам несколько в большей степени, нет выраженной психомоторной заторможенности. Больные жалуются не столько на слабость, сколько на невозможность заставить себя что-либо делать, развивается своеобразная психическая инертность, снижается уровень побуждений, возникает ощущение собственного безволия, крайне затруднено принятие решений, простые вопросы становятся проблемами, интересы блекнут. Нарастает ощущение бесперспективности, потери цели, собственного бессилия, беспомощности, утрачивается способность испытывать радость. Идеи малоценности обычно возникают лишь как результат неудач, неспособности справиться с возникающими задачами, идей виновности нет, часто чувство зависти к окружающим, «даже к инвалидам, калекам» и жалость к себе — это характеристика

- А) анергетической депрессии
- Б) меланхолического синдрома
- В) тревожно-депрессивного синдрома
- Г) депрессивно - деперсонализационного синдрома

45. Симптомокомплекс психических, вегетативных, двигательных и сенсорных нарушений, часто возникает у незрелых, инфантильных, эгоцентричных личностей после психической травмы. Проявляется, прежде всего, неустойчивостью эмоциональной сферы: бурными, но быстро сменяющимися друг друга чувствами возмущения, протеста, радости, неприязни, симпатии и т.д. Мимика и движения выразительны, чрезмерно экспрессивны, театральны. Характерна образная, нередко патетически-страстная речь, в которой на первом плане находится «Я» больного и стремление любой ценой убедить собеседника в истинности того, во что верят и что хотят доказать — это характеристика

- А) астенического синдрома
- Б) обсессивного синдрома
- В) истерического синдрома
- Г) апато-абулического синдрома

46. Повышенная утомляемость, сочетающаяся со снижением продуктивности в работе, особенно заметным при интеллектуальной нагрузке. Больные жалуются на плохую сообразительность, забывчивость, неустойчивое внимание. Им трудно сосредоточиться на чем-нибудь одном. Они пытаются усилием воли заставить себя думать об определенном предмете, но вскоре замечают, что у них в голове, произвольно, появляются совсем другие мысли, не имеющие отношения к тому, чем

они занимаются. Уменьшается число представлений. Затрудняется их словесное выражение: не удается подобрать нужные слова. Сами представления теряют свою четкость. Сформулированная мысль кажется больному неточной, плохо отражающей смысл того, что он ею хотел выразить. Кратковременный отдых не улучшает их самочувствия. Утрачивается психическая уравновешенность. Настроение легко колеблется. Часто наблюдается гиперестезии, т.е. непереносимость громких звуков и яркого света. Сопутствуют вегетативные нарушения – это характеристика:

- А) астенического синдрома
- Б) обсессивного синдрома
- В) истерического синдрома
- Г) апато-абулического синдрома

47. Состояния, проявляющиеся функциональными (обратимыми) непсихотическими нарушениями. Быстрая утомляемость с чувством психологического и физического дискомфорта, сопровождающиеся тревогой, беспокойством с внутренней напряженностью. При малейших поводах они усиливаются. Такие состояния сопровождаются эмоциональной лабильностью и повышенной раздражительностью, ранней бессонницей, отвлекаемостью внимания и т.д. – это характеристика

- А) невротических и невротоподобных синдромов
- Б) аффективных синдромов
- В) бредовых и галлюцинаторных синдромов
- Г) синдромов нарушенного сознания

48. Женщина 33 лет, хорошо образована, красива, успешна в своей профессии, 7 лет встречается с мужчиной, с которым о бракосочетании только говорят, подозревает, что у него есть другая женщина. В разговорах с ним иронизирует по поводу его ночных пребывания в сети, выражает недовольство, что он делает то, о чем его просят родители.

- О какой черте характера женщины идет речь?
- Какую роль выполняет женщина в отношениях со своим мужчиной?
- Какова тактика психотерапевта?

Ответы:

- а) Склонность к контролю.
- б) Роль матери.
- в) Помощь в осознании фигуры, чье поведение она копирует.

49. Мужчина 46 лет, холост, строитель. Часто обращается к врачам по поводу различных соматических жалоб. Соматической патологии не выявлено. Направлен к психотерапевту.

На приеме излишне робок, предупредителен, услужлив, голова слегка втянута в плечи, голос громкий. Видит в женщинах причину того, что у него не складываются отношения с ними, несмотря на то, что он всегда что-то ремонтирует у них в доме, помогает им.

- О какой самооценке мужчины мы можем говорить?
- Проявлением каких чувств является его обвинение в адрес женщин?
- На кого на самом деле это обвинение направлено?

Ответы:

- Низкая самооценка.
- Агрессии и недовольства.
- На себя.

50. Женщина 27 лет, имеет высшее образование, живет отдельно от родителей, которые 17 лет в разводе, с отцом не общается из-за ссоры (отказалась работать у него), последние 5 лет не работает

Зажата, все время улыбается, на вопросы отвечает с задержкой или говорит о другом; декларирует желание найти работу, однако, не имеет вариантов; демонстрирует потребность в опеке и совете.

- Каков уровень зрелости данной пациентки?
- На что в ее поведении следует обратить внимание?
- Тактика ведения?

Ответы:

- Инфантильна.
- Не умеет слышать собеседника.
- Поддерживать любое описание ее актуального состояния, ведя разговор о том, то с ней происходит в реальности.

5.4.Рекомендуемая литература

1. Александров А.А. Интегративная психотерапия – СПб Питер, 2009. – 352 с.
2. Александров А.А. Личностно-ориентированные методы психотерапии – СПб Речь 2009 – 240 с..
3. Бек Дж.С. Когнитивная терапия – полное руководство. – М.Вильямс, 2006 – 400 с.
4. Еричев А.Н., Моргунова А.М. Современные стрессовые ситуации и возникновение чувства тревоги. Как научиться бороться – практическое руководство. – СПб изд.дом СПб МАПО, 2009 – 32 с.
5. Ирвин Ялом. Экзистенциальная психотерапия. Пер. с англ. Т.С. Драбкиной – М.РИМИС, 2008 – 608 с.
6. Карвасарский Б.Д. Психотерапия Учебник для ВУЗов. СПб Питер, 2007 -672 с.
7. Клиническая терапия в общей врачебной практике. Под ред. Н.Г.Незнанова, Б.Д. Карвасарского – СПб Питер, 2008 – 528 с.
8. Федоров А.П., Еричев А.Н. Когнитивно-поведенческая психотерапия при аффективных расстройствах. СПб изд-во СПб МАПО, 2009 г.
9. Федоров А.П., Еричев А.Н., Курпатов В.И. Работа с образами в когнитивно-поведенческой психотерапии – СПб изд-во СПб МАПО, 2009 г. – 22 с.
10. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб – 2007.