

# Кейсы | Высшее образование | Психиатрия

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Психиатрия | Записей: 2

## Психиатрия - кейс 1

Образование: Высшее образование | Специализация: Психиатрия

### 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### 1.1. Ситуация

Женщина 24 лет самостоятельно обратилась к психиатру

#### 1.2. Жалобы

На постоянный страх причинить вред своей дочери

#### 1.3. Анамнез заболевания

До 23 лет чувствовала себя здоровой, работала тренером, старалась быть независимой от родителей, имела длительные отношения с мужчиной, но бросила его, так как он мог поднять на неё руку. Два года назад вышла замуж за полицейского, муж не хотел иметь детей, когда она забеременела, настаивал на аборте. Ушла от мужа к родителям, заявила, что подаст на развод, работать тренером не могла, осталась без средств к существованию. Была счастлива, когда родилась дочь, но очень уставала. Вскоре возникли яркие представления о том, что она выбрасывает дочь в окно. Боялась подходить к кроватке дочери, просила мать не оставлять её с дочерью наедине, часто плакала. Устроилась на работу на неполный рабочий день. На работе забывала о страхе, однако дома он тут же возвращался. Ночью снились кошмары. Искала помощи у подруг и матери, однако стеснялась рассказывать о всех своих переживаниях. Вынуждена была обратиться к врачу.

#### 1.4. Анамнез жизни

- \* среди ближайших родственников никто к психиатрам не обращался
- \* с 8 лет занималась легкой атлетикой, закончила институт физической культуры, невысокого роста, сухоощавая, с бледной кожей
- \* никогда не курила, алкоголь употребляет крайне редко
- \* менструации с 12 лет, имела только двух сексуальных партнеров, беременность одна, завершившаяся родами

#### 1.5. Объективный статус

Долго не может начать говорить, так как из глаз льются слёзы, и перехватывает дыхание. Предупреждает врача, что не сможет в деталях описать свои образные представления, так как это очень болезненно. Понимает, что это психическое расстройство, но не может справиться с ним усилием воли, постоянно думает о том, что она плохая мать, задает себе вопрос о том, правильно ли она поступила, родив ребенка. Видит в дочери источник и счастья, и страдания. Благодарна матери за поддержку, и в то же время не хотела бы зависеть от матери, мечтает о том, чтобы жить своей жизнью, отдельно от родителей. К мужу не испытывает ни любви, ни ненависти, говорит «у нас с ним всё кончено, я не буду жить с этим человеком»

### 1. Вариатив

## 1. Вопрос

Психиатрическое освидетельствование данной больной проводится

1. только при наличии согласия пациентки
2. при наличии письменного согласия близкого родственника
3. только при наличии санкции прокурора
4. даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно

**Правильный ответ: только при наличии согласия пациентки**

Больная контролирует своё поведение, она никогда не допускала каких-либо опасных действий, способна себя обслуживать, понимает болезненный характер своих переживаний

Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» № 3185-1 от 2 июля 1992 г. Статья 23.

## 2. Вопрос

Больная отказывается от госпитализации в психиатрический стационар, в этом случае следует

1. госпитализировать её недобровольно, и обратиться в суд для получения разрешения на удержание её в стационаре
2. предложить ей пройти лечение амбулаторно
3. госпитализировать её недобровольно, начать лечение, и через 2 дня вновь попросить дать письменное согласие
4. обратиться в суд, и госпитализировать больную только после получения решения суда

**Правильный ответ: предложить ей пройти лечение амбулаторно**

В данном случае нет законных оснований для госпитализации больной в недобровольном порядке.

Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» № 3185-1 от 2 июля 1992 г. Статья 29.

## 2. План обследования

### 3. Вопрос

Для установления диагноза психического расстройства необходимо провести

1. клиническую диагностическую беседу с врачом-психиатром
2. обследование психологом с применением тестовых методик
3. электроэнцефалографическое обследование
4. магниторезонансную или компьютерную томографию головы

**Правильный ответ: клиническую диагностическую беседу с врачом-психиатром**

Клиническая диагностическая беседа является базовым инструментом психиатрической диагностики

Психиатрия. Национальное руководство (2018), Глава 8

## 3. Диагноз

### 4. Вопрос

Продуктивные психические расстройства у больной

1. выражаются сверхценными и паранойяльными конструктами
2. достигают уровня псевдогаллюцинаций

3. отсутствуют

**4. проявляются навязчивыми мыслями и представлениями**

**Правильный ответ: проявляются навязчивыми мыслями и представлениями**

Больная переживает крайне болезненные страхи и представления, однако осознает их болезненность и относится к ним критически.

Психиатрия. Национальное руководство (2018), Раздел 8.10

**5. Вопрос**

Негативные психические расстройства у больной

1. представлены сглаженностью аффекта
2. проявляются нецеленаправленностью ассоциаций

**3. отсутствуют**

4. выражаются дефицитом воли

**Правильный ответ: отсутствуют**

Не выявлено признаков стойкой утраты психических функций.

Психиатрия. Национальное руководство (2018), Глава 8.

**6. Вопрос**

По этиологии данное расстройство, вероятнее всего, относится к

**1. психогенным**

2. эндогенным
3. соматогенным
4. экзогенным

**Правильный ответ: психогенным**

Заболевание возникло на фоне серьезных стрессовых событий

Психиатрия: Руководство для врачей. В двух томах/ Под ред. А.С.Тиганова – ОАО «Издательство «Медицина», 2012. – Глава 3.

**7. Вопрос**

В соответствии с критериями МКБ-10 больной следует выставить диагноз

1. F21.3 Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения
2. F60.5 Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности
3. F41.1 Генерализованное тревожное расстройство

**4. F42.2 Смешанные обсессивные мысли и действия**

**Правильный ответ: F42.2 Смешанные обсессивные мысли и действия**

Большую часть дней присутствуют идеи и образы, повторяющиеся в стереотипной форме, носящие субъективно тягостный характер.

**9. Диагноз**

**9.1. F42.2 Смешанные обсессивные мысли и действия**

**4. Лечение**

## 8. Вопрос

Правильнее всего начать лечение с назначения

1. солей лития
- 2. антидепрессантов**
3. нейролептиков
4. антиконвульсантов

**Правильный ответ: антидепрессантов**

Антидепрессанты являются базовым средством в лечении обсессивно-компульсивных расстройств  
Психиатрия. Национальное руководство (2018)

## 9. Вопрос

Есть основания назначить больной 50-100 мг

- 1. кломипрамина**
2. диазепама
3. эсциталопрама
4. оланзапина

**Правильный ответ: кломипрамина**

Кломипрамин в рекомендуемых дозах показал высокую эффективность при обсессивно-компульсивном расстройстве  
Психиатрия. Национальное руководство (2018)

## 10. Вопрос

Больная получает в сутки 100 мг кломипрамина, следует опасаться возникновения

- 1. запоров и задержки мочеиспускания**
2. гипергликемии и нарушения обмена веществ
3. тромбоцитопении и подкожных кровоизлияний
4. лекарственного паркинсонизма и акатизии

**Правильный ответ: запоров и задержки мочеиспускания**

У трициклических антидепрессантов отмечается выраженное холинолитическое действие.  
Официальная инструкция к препарату кломипрамин

## 11. Вопрос

Из-за острой задержки мочеиспускания кломипрамин пришлось отменить, вместо него можно назначить

- 1. флуоксетин или пароксетин**
2. клозапин или олазапин
3. сульпирид или амисульприд
4. флюанксол или клопиксол

**Правильный ответ: флуоксетин или пароксетин**

Антидепрессанты из группы СИОЗС часто используются для лечения обсессивно-компульсивного расстройства

## 12. Вопрос

Для повышения эффективности лечения прием антидепрессантов следует сочетать с

1. депривацией сна
- 2. психотерапией**
3. вегетарианской диетой
4. витаминами и общеукрепляющими средствами

**Правильный ответ: психотерапией**

В психотерапевтическом лечении нуждаются почти все больные с невротическими расстройствами

# Психиатрия - кейс 2

Образование: Высшее образование | Специализация: Психиатрия

## 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

### 1.1. Ситуация

Больная К., 1958 г.р.

### 1.2. Жалобы

Жалобы на постоянное ощущение тревоги, страха, неуверенности в себе.

### 1.3. Анамнез заболевания

Впервые суицидальную попытку совершает в новогоднюю ночь 1979 года. На тот момент К. проживала в общежитии. Планировала встречать Новый год вместе с семьей старшей сестры. Около 6 часов вечера внезапно в комнате перегорел свет. Так как подобное случалось и раньше, решила самостоятельно починить и в трансформаторной будке попыталась соединить два разорванных провода. В результате произошло короткое замыкание. Пациентка получила легкий удар током. Из-за замыкания обесточило все общежитие и несколько рядом стоящих домов. Вызванный электрик, который находился в нетрезвом состоянии, сообщил, что «теперь ее посадят в тюрьму». Дальше, со слов пациентки, действовала «как во сне». Возникло импульсивное желание: «как в детстве, захотелось куда-нибудь убежать». Подобно «озарению», смерть представилась единственным удовлетворительным выходом. Позвонила сестре и спросила, где хранятся снотворные таблетки (сестра медик), взяла их и выпила 2 упаковки родедорма. После этого возникли мысли, что «все кончилось», «теперь мне ничего не грозит». Страха смерти не было. Далее очнулась у себя в комнате – приехала сестра и сделала промывание желудка. К попытке относилась критически, была рада, что осталась жива.

В 2001 году К. совершает вторую суицидальную попытку – на работе создалась конфликтная ситуация, в результате которой К. грозило увольнение. Заранее суицид не планировала, записки не оставляла, «мысль о смерти возникла внезапно, когда на глаза попались таблетки, подумала, что так будет проще». Очнулась в терапевтическом отделении стационара. К попытке относилась критически, так как «напугала детей», однако смерть рассматривала как удовлетворительный выход из сложившейся ситуации.

### 1.4. Анамнез жизни

Родилась в семье рабочих в сельской местности, вторым ребенком от второй беременности. Психических заболеваний, алкоголизма, суицидов в семье не отмечалось. Сведений относительно беременности и родов не имеет. Семья была полной, отношения в семье характеризует, как «хорошие». Семью описывает, как патриархальную: отец всегда принимал решения, строго следил за их выполнением. Однако, отмечает, что, несмотря на авторитарный стиль воспитания, отец был человеком справедливым, принципиальным. Мать по характеру была доброй, мягкой, зависимой от отца. В развитии от сверстников не отставала. Училась хорошо, имела широкий круг увлечений, занималась спортом. Себя характеризует доброй, застенчивой, не склонной к конфликтам: «лучше уступить, чем спорить», романтичной, доверчивой, старательной, пунктуальной. После окончания 10 классов поступила в механический техникум заочно, однако, не закончила по семейным обстоятельствам. Далее занималась низкоквалифицированным трудом, на момент обследования работала сторожем в Доме культуры. В 19 лет вышла замуж. Имеет 4 детей, дети здоровы.

### 1.5. Объективный статус

\*Соматический статус.\* Жалоб нет. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Татуировки, неглубокие, разные по времени нанесения шрамы по поверхности рук, ног, живота. Аллергии отрицает. Дыхание свободное. Живот мягкий, безболезненный.

\*Неврологический статус.\* Без особенностей. Жалоб нет. Пробы выполняет удовлетворительно, рефлексы симметричные. ЧМТ отрицает.

\*Психический статус.\* Внешне спокойна. Настроение снижено. Ориентирована в полном объеме. Мышление упорядочено. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не выявляет.

## 1. Диагноз

### 1. Вопрос

Учитывая анамнез и статус больной, можно поставить диагноз

#### 1. Тревожное расстройство личности

2. Биполярное расстройство
3. Шизофрения
4. Шизотипическое расстройство

**Правильный ответ: Тревожное расстройство личности**

Расстройство личности, характеризующееся:

- а) постоянным общим чувством напряженности и тяжелыми предчувствиями;
- б) представления о своей социальной неспособности, личностной непривлекательности и приниженности по отношению к другим;
- в) повышенная озабоченность критикой в свой адрес или неприятием в социальных ситуациях;
- г) нежелание вступать во взаимоотношения без гарантий понравиться;
- д) ограниченность жизненного уклада из-за потребности в физической безопасности;
- е) уклонение от социальной или профессиональной деятельности, связанной со значимыми межличностными контактами из-за страха критицизма, неодобрения или отвержения.

Расстройства личности и акцентуированные личностные черты: Учебное пособие. Данилова С.В., Тальникова Е.С. – М.: ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2019.

(1)

## 3. Диагноз

### 3.1. Тревожное расстройство личности

### 3.2. Шизофрения

### 2. Вопрос

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

#### 1. клинико-психопатологический

2. эпидемиологический
3. лабораторный
4. экспериментально-психологический

**Правильный ответ: клинико-психопатологический**

Основным для постановки диагноза является тщательный сбор анамнеза с выяснением подробностей анамнеза.

Психиатрия: Научно-практический справочник / Под ред. академика РАН А.С. Тиганова. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. — 608 с.

(1)

## 3. Вопрос

У пациентки клинико-психологический тип суицида

1. витальный
2. амбивалентный
3. маскированный

**4. спонтанный**

**Правильный ответ: спонтанный**

В приведенном примере, анализируя анамнестические данные, можно четко выделить наличие в структуре личности пациентки таких черт как тревожность, сензитивность, импульсивность, склонность к реакциям избегания, ухода. Эти особенности накладывали отпечаток и на суицидальное поведение. Анализ первой суицидальной попытки, прежде всего, выявляет импульсивность его содержания. Суицид совершался с целью избежания наказания, не было этапа предварительного планирования, истинного желания смерти, суицид рассматривался как оптимальный выход из ситуации, содержащей угрозу. Сама суицидальная попытка совершалась по механизму «короткого замыкания».

Вторая суицидальная попытка совершается на фоне хронического стресса, когда от пациентки требовалась мобилизация волевых способностей, возможности бороться за свои права, то есть именно тех качеств, которые были слабо представлены в структуре личности. Суицид, как и в предыдущем случае, носил импульсивный характер, однако, здесь имел место хронический пресуицидальный период, суицидальная настроенность, сформировавшаяся и закрепившаяся после первой попытки. Все эти признаки позволили нам квалифицировать это суицид, как спонтанный.

Актуальные вопросы современной психотерапии: Учебное пособие. Бородин В.И., Данилова С.В., Панченко Е.А., Парпара М.А. – М.: ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2017

(1)

## 2. Лечение

### 4. Вопрос

При данном типе расстройств личности психотерапией первого выбора является

1. психоанализ
- 2. терапия, направленная на выработку навыков саморегуляции**
3. гипноз
4. экзистенциально-гуманистическая терапия

**Правильный ответ: терапия, направленная на выработку навыков саморегуляции**

Подобная терапия основана на применении мышечной релаксации, самовнушении и аутодидактике (самовоспитании).

Лечебный эффект обусловлен возникающей в результате релаксации трофотропной реакции, сопровождающейся повышением тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, что, в свою очередь, способствует нейтрализации негативной стрессовой реакции организма. Также эффект связан с ослаблением активности лимбической и гипоталамической областей головного мозга.

Актуальные вопросы современной психотерапии: Учебное пособие. Бородин В.И., Данилова С.В., Панченко Е.А., Парпара М.А. – М.: ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2017

(1)

### 5. Вопрос

Врач-психотерапевт поручит клиническому психологу в данном случае заниматься прежде всего

1. психоанализом



2. музыкотерапией

**3. психообразованием**

4. гипнозом

**Правильный ответ: психообразованием**

Психообразовательная работа необходима, так как это поэтапно осуществляемая система психотерапевтических воздействий, направленных на информирование пациента и его родственников о психических расстройствах и обучение их методам решения специфических проблемам, обусловленными проявлениями заболевания. Осуществляется обучение людей способам и стратегиям совладания с их психологическими проблемами, способным редуцировать стресс и предупреждать возможные рецидивы.

Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова ; отв. ред. Ю. А. Александровский. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-6175-4

(1)

**6. Вопрос**

Возможная форма лечения при данном состоянии пациента

**1. стационарная**

2. амбулаторная

3. дневной стационар

4. однократное консультирование

**Правильный ответ: стационарная**

Суицидальные пациенты в остром периоде представляют опасность для себя и нуждаются в постоянном наблюдении

Закон РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" от 02.07.1992 N 3185-1 (последняя редакция)

Управление и экономика фармации : учебник / под ред. И.А. Наркевича. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017.

(1)

**3. Диагноз**

**7. Вопрос**

У данной пациентки тип постсуицидального периода

1. аналитический

**2. критический**

3. манипулятивный

4. фиксированный суицид

**Правильный ответ: критический**

В этих случаях пресуицидальный период был недолгим, а попытка суицида являлась реакцией на внезапно возникшую острую стрессовую ситуацию. У большинства суицидентов данная попытка была первой. Они рассматривали свой поступок как «неразумный, нелепый, безответственный», испытывали чувство вины и стыда перед близкими родственниками, сообщали о наличии таких антисуицидальных факторов как дети, семья, профессиональные интересы. Запускались адаптационные механизмы эмоциональной и интеллектуальной переработки конфликта.

Кризис и кризисные расстройства : руководство для врачей / Н. Н. Петрова, В. Э. Пашковский. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 336 с.

(1)

## 8. Вопрос

У данной пациентки уровень риска последующих суицидальных действий

1. высокий
2. умеренный
3. средний

### 4. низкий

**Правильный ответ: низкий**

Конфликт быстро утратил свою актуальность, суицидальные действия как бы «разрядили» пресуицидальную напряжённость. Вероятность повторного суицида в этих случаях была минимальна.

Суицидальное поведение (детерминанты, клиническая динамика, типология, профилактика): Монография. Положий Б.С., Панченко Е.А. – М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2015

(1)

## 4. Лечение

## 9. Вопрос

Основной задачей антикризисной профилактики, осуществляемой в ближайший постсуицидальный период являются

1. анализ глубинного конфликта
2. наработка навыков межличностного общения
3. анализ травмы рода

### 4. предупреждение реализации суицидальных намерений (собственно суицидальных действий)

**Правильный ответ: предупреждение реализации суицидальных намерений (собственно суицидальных действий)**

Целью антикризисной профилактики в пресуицидальный период является предупреждение реализации суицидальных намерений через преодоление суицидальной настроенности пациента. Показанием для проведения коррекционных мероприятий является наличие антивитальных переживаний и суицидальных намерений. При выявлении психического заболевания необходимо проведение интенсивной психофармакотерапии в соответствии с имеющейся клинической симптоматикой.

Суицидальное поведение (детерминанты, клиническая динамика, типология, профилактика): Монография. Положий Б.С., Панченко Е.А. – М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2015

(1)

## 10. Вопрос

Что является противопоказанием для психотерапии в постсуицидальном периоде

1. депрессии и невротические расстройства
2. расстройства адаптации невротические расстройства
3. эпилепсия и органические расстройства

### 4. психозы и умственная отсталость

### **Правильный ответ: психозы и умственная отсталость**

Противопоказаниями для проведения психотерапии служат расстройства с психотической симптоматикой (вплоть до их стойкого купирования), а также умственная отсталость и деменция – состояния, при которых пациент утрачивает способность к правильной и адекватной оценке окружающего мира и собственной личности.

Суицидальное поведение (детерминанты, клиническая динамика, типология, профилактика): Монография. Положий Б.С., Панченко Е.А. – М.: ФГБУ "ФМИЦПН им. В.П. Сербского" Минздрава России, 2015

(1)

## **5. Вариатив**

### **11. Вопрос**

Назовите инструмент, эффективный при оценке суицидального риска

1. Шкала Бека
- 2. Колумбийская шкала оценки тяжести самоубийств**
3. Шкала Олпорта
4. Шкала Гамильтона

### **Правильный ответ: Колумбийская шкала оценки тяжести самоубийств**

Колумбийская шкала оценки тяжести самоубийств, или C-SSRS, представляет собой шкалу оценки суицидальных мыслей и поведения, созданную исследователями из Колумбийского университета, Университета Пенсильвании, Университета Питтсбурга и Нью-Йоркского университетов для оценки риска самоубийства. Она оценивает степень суицидальных мыслей индивида по шкале, варьирующейся от "желания быть мертвым" до "активных суицидальных мыслей с конкретным планом, намерением и поведением".

Клинические рекомендации Минздрава России. Депрессивный эпизод, Рекуррентное депрессивное расстройство, 2021 г.

(1)

### **12. Вопрос**

Что относят к внутриличностным факторам повышенного суицидального риска

1. ригидность мышления
2. волевое снижение
- 3. отсутствие или утрату установок, определяющих ценности жизни**
4. эмоциональную незрелость

### **Правильный ответ: отсутствие или утрату установок, определяющих ценности жизни**

К внутриличностным факторам повышенного суицидального риска авторы относят:

- 1) акцентуации характера, преимущественно эпилептоидного и циклоидного типа;
- 2) сниженную толерантность к эмоциональным нагрузкам;
- 3) неполноценность коммуникативной сферы;
- 4) неадекватность самооценки личностным возможностям;
- 5) отсутствие или утрату установок, определяющих ценности жизни.

Суицидология и кризисная психотерапия. Старшенбаум Г.В. – М.: «Когито-Центр». – 2005 г.

(1)