

Екзаменаційна задача № 6

Хворий Б., 48 років, технік-будівельник, знаходився на лікуванні в терапевтичному відділенні з 12 лютого по 25 березня 2004 р. з діагнозом: виразкова хвороба шлунка в стадії ремісії. Атеросклероз аорти і коронарних судин.

Себе вважає енергійним, наполегливим, хоча і збудливим, але добре лагодить з іншими. До стану свого здоров'я відноситься завжди уважно, часом з помисловістю. Про себе розповідає, що був пізньою дитиною в сім'ї. Окрім того, разом з ними проживала бабуся, яка постійно опікувалась ним. Всі члени родини намагались уберегти його від різних неприємностей, контролювали кожен крок. Батьки та особливо бабуся постійно розповідали про те, як потрібно себе поводити, повчали, присікали найменші прояви ініціативи та самостійності. У шкільні роки він відмічає, що нічим особливим від однолітків не відрізнявся, проте зауважує, що інколи він виснажувався та втомлювався від занять, особливо під кінець четверті, та батьки на кілька днів дозволяли не ходити йому до школи. Відчував постійну потребу в підтримці та любові, якої йому не вистачало в дорослому віці. Він був відповідальний, охайний, переживав за свої успіхи та траплялось, що надмірно хвилювався під час складання іспитів. У 2002 р. помер сусід по квартирі після операції з приводу раку шлунка. Незабаром після цього хворий звернувся, до лікаря зі скаргами на біль у епігастральній ділянці, дратівливість, стомлюваність, тривожний сон. З 11 січня по 17 лютого 2003 р. лікувався стаціонарно з діагнозом хронічний гіпоацидний гастрит. Виписаний зі значним поліпшенням, але через 6 місяців почав пред'являти колишні скарги.

При повторній госпіталізації в результаті додаткових досліджень була виявлена виразкова хвороба шлунку ("ніша"). У хворого наростали тривожність, дратівливість, швидка виснажливість, порушився сон, відмічав погіршення пам'яті. Уся його увага фіксувалася навколо можливих наслідків, особливо турбувала думка про рак шлунку. Переконавання в необґрунтованості побоювань досягали позитивного ефекту, але на нетривалий час.

1. Розлади яких психічних процесів спостерігаються у пацієнта?
2. Який психопатологічний синдром (симптомокомплекс) є ведучим? Назвіть ознаки, характерні для нього.
3. Які фактори виявились ведучими у формуванні даної патології? Обґрунтуйте відповідь.
4. Який тип акцентуації характеру можливо припустити у пацієнта? Обґрунтуйте відповідь.
5. Який стиль виховання спостерігався у сім'ї хворого?
6. Який блок тестів ви запропонували б для уточнення структури особистості пацієнта?
7. Який тип ВКХ наявний у даного пацієнта (за класифікацією А.Є. Личко і Н.Я.Іванова)?
8. Який вид психотерапевтичної допомоги можливо застосувати для полегшення симптоматики? Вкажіть кількість сеансів.

Екзаменаційна задача №7

Хвора Ф., 24 роки, лаборантка. Діагноз: вогнищевий туберкульоз легень у фазі інфільтрації. За характером стримана, у міру товариська, сором'язлива, надмірно вразлива, боязка, чуттєва до життєвих труднощів, надмірно уважна до стану свого здоров'я. Велике значення для неї мала думка оточуючих. При невдачах, утрудненнях у житті легко розгублюється, але завжди швидко знаходить найбільше оптимальний вихід зі ситуації. Захворювання виявлене зненацька для хворої при черговій диспансеризації, у зв'язку з чим незабаром була госпіталізована в спеціалізоване відділення. В глибині душі не вірила, що може захворіти таким захворюванням". Повідомлення, що вона хвора та потребує госпіталізації, виявилось раптовим. Настрій одразу ж понизився. Була повністю охоплена думками про хворобу. Її переслідували побоювання, страх залишитися однією в зв'язку з можливим нерозумінням чоловіка. Тривогу підсилювало наявність 3-місячної вагітності і побоювання за долю дитини. Вечорами довго не могла заснути, в уяві подовгу малювала картини постійного перебування у лікарні, погіршення стану та неминучої швидкої смерті. Інколи не могла втримати сліз. Хотілось тиші, самотності, пробувала чимось зайнятись, але все валилось із рук.

У стані хворої відзначалися явища туберкульозної інтоксикації. Відмічалась тривожність, плаксивість, спалахи роздратованості, Розсіяність уваги, виснажливість, швидка втомлюваність, погіршення сну, апетиту.

У процесі лікування наступило значне соматичне поліпшення, а слідом за ним і згладжування гостроти переживань. Стала спокійною. Виписана в задовільному стані.

Через кілька місяців хвора Ф. звернулась до лікаря туберкульозного диспансеру за порадою, чи можна їй поїхати з чоловіком в санаторій. При цьому вона посилювалась на добре самопочуття, помітне підвищення ваги, підтверджена аналізами відсутність мікобактерій туберкульозу в мокроті протягом останнього часу. Лікар заявив, що туберкульоз невиліковний і те, що пацієнтка себе добре почуває і немає мікобактерій, нічого доброго насправді не значить, тому їхати на відпочинок з родичами не радив. Після запевнення лікарем у безперспективності стану пацієнтки, у неї повернулася і посилювалась пригніченість, вона втратила апетит, інтерес до подальшого лікування, з'явилися думки про безглуздість життя в зв'язку з чим вчинила суїцидальну спробу.

1. Розлади яких психічних процесів спостерігаються у пацієнтки впродовж лікування?
2. Який психопатологічний синдром (симптомокомплекс) є ведучим? Назвіть ознаки, характерні для нього.
3. Які фактори виявились ведучими у виникненні розладів психіки? Обґрунтуйте відповідь.
4. Який тип акцентуації характеру можливо припустити у пацієнта? Обґрунтуйте відповідь.
5. Який тип психологічного захисту по відношенню до інформації про хворобу у хворої на початкових етапах захворювання?
6. Який блок тестів ви запропонували б для уточнення структури особистості пацієнта?
7. Який тип ВКХ наявний у даного пацієнта (за класифікацією А.Є. Личко і Н.Я.Іванова)?
8. Який вид психотерапевтичної допомоги можливо застосувати для полегшення симптоматики? Вкажіть кількість сеансів.

Екзаменаційна задача № 10

Хворий П., 43 роки. Скаржиться при поступленні на наявність нападів, які супроводжуються відчуттям нестачі повітря, внутрішнім тремтінням, занепокоєнням, страхом смерті.

Анамнез захворювання та життя.

Вперше вказані скарги виникли 3 роки тому, після ситуації, пов'язаної з значними витратами. Був встановлений діагноз бронхіальна астма. Отримував терапію сальбутамолом, але без ефекту. Напади не купувались медикаментозними засобами. У зв'язку з неприємними тілесними відчуттями повністю на них фіксований. Погіршення – протягом 4 місяців, у зв'язку переживаннями на роботі (виникла можливість підвищення).

В дитинстві від однолітків не відставав. Служив у Афганістані протягом 7 років. Після служби одружився. Має двох дітей – дочку 9 років та сина 12 років. У вихованні дітей участі практично не приймає. Дружина працює вчителем молодших класів. Пацієнт в теперішній час є військовозобов'язаним. Отримує другу освіту – вищу юридичну (навчається на 6-му курсі).

В соматичному та неврологічному статусах патологічних змін не виявлено.

При первинній консультації скаржиться на слабкість в ногах, втрату ваги, сухість в роті, спрагу, загальну слабкість, підвищену втомлюваність, знижений настрій, внутрішню тривогу, занепокоєння, порушення сну.

Після проблем, які вперше виникли 3 роки тому на роботі, почали виникати спогади про службу в Афганістані. Намагається не згадувати про це та не розповідати ні дружині, ні друзям. З'явилися кошмарні сновидіння, підвищена тривожність, став роздратованим. Сімейним життям не зовсім задоволений. Вважає, що не вистачає взаєморозуміння.

При бесіді контактний. Спостерігається тривожність, зосередженість на своїх хворобливих відчуттях. Фон настрою знижений. Дуже стурбований тим, що більш високооплачувану посаду віддали його колезі. Пам'ять не порушена.

1. Розлади яких психічних процесів відмічаються в клінічній картині хвороби у пацієнта?
2. Який можливий діагноз у пацієнта та які діагностичні критерії даного розладу?
3. Що призвело до виникнення даного розладу у пацієнта?
4. Які характерологічні зміни спостерігаються у хворого (обумовлені наявністю основного захворювання)?
5. Який тип ПТСР (за класифікацією Волошина В.М). спостерігається у даного пацієнта? Що характерно для даного типу ПТСР?
6. Який блок тестів ви запропонували б для уточнення структури особистості пацієнта?
7. Який тип ВКХ наявний у даного пацієнта (за класифікацією А.Є. Личко і Н.Я.Іванова)?
8. Які методи найбільш часто використовують для лікування ПТСР? Яка особливість психотерапевтичної роботи з даним пацієнтом?

Екзаменаційна задача № 11

Іван І., 15 років. Спадковість психічними захворюваннями не обтяжена. Був бажаною дитиною в сім'ї. До моменту його народження матері було 32 роки, батьку – 59 років. Вагітність у матері перебігала складно, був токсикоз вагітності, тривалий час знаходилась у лікарні. Народився з вагою 1,5 кг другим із двійні, першою народилась сестра. Батьки за характером спокійні, врівноважені. Сестра в теперішній час навчається в 10 класі., здорова. В ранньому дитинстві розвивався відповідно віку. Відвідував дитячий садок, у колективі адаптований задовільно.

Виховувався з раннього дитинства в умовах підвищеної уваги та опіки. Батьки контролювали кожен його крок, постійно нав'язували свою думку, намагались уберегти його від неприємностей. Взаємини в сім'ї були задовільні. Батько помер від інсульту, коли хлопчику було 9 років. Смерть батька переживав важко: було пониження настрою протягом місяця, але за допомогою з цього приводу не звертався. Незабаром мати захворіла на онкологічне захворювання, і їй була встановлена І група інвалідності. З цього часу його виховуванням майже не займались. До матері завжди відносився тепло, відмічалась надмірна прив'язаність. За характером м'який, добрий, легко підпадає під вплив оточуючих, проте прагне до лідерства, легко дає обіцянки, але не виконує їх.

З молодших класів школи захоплювався спортом: грав у баскетбол та великий теніс, приймав участь в змаганнях. Перестав займатись спортом після того, як ціна за оренду спортивного корту стала непомірно високою. Першу цигарку викури в у віці 7 років у колі товаришів. В цьому ж віці вперше спробував алкоголь (випадкове вживання – зробив ковток горілки замість води), сп'яніння на було. Вперше сп'янів у віці 11 років, коли друзі прийшли у гості із спиртним. Була нудота, сонливість та головний біль. Сп'яніння не сподобалось. В подальшому спиртне (міцні напої та самогон) вживав 1 раз на тиждень „для сміливості та підвищення спілкування”.

Вперше спробував курити коноплю у віці 12 років, пригостив старший товариш. Відчув приємні відчуття: було психомоторне збудження, веселість. Курив періодично в середньому з частотою 1 раз на місяць. Через пів року вперше спробував саморобний опій за власною ініціативою, хоча друзі його відмовляли. З 13 років став вживати героїн одразу ж внутрішньовенно. На фоні прийому наркотиків різко понизилась успішність, погано почав розуміти навчальний матеріал, став прогулювати заняття. Щоби дістати гроші на наркотики здійснював крадіжки, крав у незнайомих людей із автомобілів, із власної квартири нічого не виносив.

1. Розлади яких психічних процесів спостерігаються у пацієнта?
2. Який психопатологічний стан розвинувся у пацієнта? Назвіть ознаки, характерні для нього.
3. Які фактори могли обумовити розвиток даного стану у пацієнта? Обґрунтуйте відповідь.
4. Який тип акцентуації характеру можливо припустити у пацієнтки? Обґрунтуйте відповідь.
5. Які типи виховання використовувались в даній сім'ї?
6. Який блок тестів ви запропонували б для уточнення структури особистості пацієнта?
7. Який тип ВКХ наявний у пацієнта (за класифікацією А.Є. Личко і Н.Я.Іванова)?
8. Який вид психотерапевтичної допомоги можливо застосувати для полегшення симптоматики? Вкажіть кількість сеансів.

Екзаменаційна задача № 13

Хвора Л., 19 років. Клінічний діагноз: бронхіальна астма середнього ступеню важкості, змішаного генезу, загострення, ДН 0-1 ступеню.

Скарги при поступленні на наявність частих нападів ядухи, загальну слабкість, задишку при фізичних навантаженнях, погіршення сну, спалахи роздратованості, швидку втомлюваність, особливо при розумовій праці, виснажливості, страх смерті (при нападах), нав'язливі думки про можливість нового нападу.

Анамнез захворювання та життя. Вперше діагноз БА був поставлений у 15-ти річному віці; в той час відбулось розлучення батьків. Хвора в сім'ї постійно „відчувала власну непотрібність”. Мала потребу у відвертих довірливих відносинах. Погіршення стану пов'язано з особистісними проблемами – конфлікт з близьким знайомим.

В дитинстві у розвитку від однолітків не відставала. Після закінчення школи вступила до політехнічного університету, на даний час навчається на 3-му курсі. Навчається на 4 і 5; навчання подобається, навантажень, які пов'язані з навчанням не відмічає. Спадковість по БА не обтяжена. Має 10-ти річного брата.

У пацієнтки було досить виражене відчуття власної непотрібності близьким, знайомим, друзям, яке найбільш ймовірно пов'язане із ситуацією в сім'ї: була незапланованою дитиною, та мати хворої – на той час студентка – вирішила не продовжувати навчання у вузі. В дитинстві пацієнтки частими були конфлікти між батьками, що в подальшому призвело до їх розлучення. Батьки намагались контролювати та пригнічувати ініціативу своїх дітей, блокували несанкціоновані прояви емоцій. Батько був інженером, за характером власний, жорстокий, постійно контролював своїх дітей, мати – продавець у магазині, за характером товариська, завжди мала багато друзів. Стосовно дітей, завжди переживала та надмірно оберігала їх.

З дитячих років у дівчини виникали спалахи дратівливості, підвищена втомлюваність, виснажливості, особливо під час підготовки уроків. Вона відмічала наявність страху отримати погану оцінку, залишитись без подруг, втрата емоційних відносин із своїм другом, відчуття власної непотрібності.

1. Розлади яких психічних процесів спостерігаються у пацієнтки?
2. Який психопатологічний синдром (симптомокомплекс) можна діагностувати у пацієнтки? Назвіть ознаки, характерні для нього.
3. Які фактори могли обумовити розвиток БА у пацієнтки? Обґрунтуйте відповідь.
4. Який тип акцентуації характеру можливо припустити у пацієнтки? Обґрунтуйте відповідь.
5. Який внутрішньоособистісний конфлікт властивий хворим на БА?
6. Який блок тестів ви запропонували б для уточнення структури особистості пацієнтки?
7. Який тип ВКХ наявний у пацієнтки (за класифікацією А.Є. Личко і Н.Я.Іванова)?
8. Який вид психотерапевтичної допомоги можливо застосувати для полегшення симптоматики? Вкажіть кількість сеансів.

Екзаменаційна задача № 14

Хворий В., 34 роки. Клінічний діагноз: цукровий діабет типу I, важка форма, діабетична полінейропатія, діабетична проліферативна ретинопатія, діабетична нефропатія III-IV стадія, синдром артеріальної гіпертензії.

Скарги при поступленні на сухість у роті, спрагу, поліурію (до 5 л на добу), загальну слабкість, підвищену втомлюваність, емоційну лабільність, тягучі болі в ногах.

Анамнез хвороби та життя.

Цукровим діабетом страждає з 16 років. Хвороба виникла через 2 місяці після смерті матері. Погіршення самопочуття, підвищення АТ, зниження зору, часті декомпенсації відмічав протягом останніх 3 років. Вже 5 років має II групу інвалідності. Спадковість по цукровому діабету не обтяжена. Поява скарг психоемоційного характеру була обумовлена різким погіршенням зору, виходом на інвалідність та розпадом сім'ї.

При первинній консультації медичного психолога скаржитися на виражене зниження настрою, головні болі, періодичну апатію, „небажання жити”, внутрішню тривогу, занепокоєння, невпевненість у своїх силах, відчуття власної непотрібності.

Поведінка адекватна ситуації. До бесіди залучається з охотою, детально розповідає про свій стан. Фон настрою знижений. У хворого виявляється тривожність, помисловість, відчуття власної неповноцінності та непотрібності. Емоційно лабільний. Відношення до розмови зацікавлене, відверте. Мова емоційно забарвлена, звичайного темпу. Інтелектуально-мнестичні порушення не виявляються. Сон порушений, поверхневий з частими пробудженнями. Під час бесіди астенізується.

В сім'ї, де виховувався хворий відносини були складними. Батько зловживав алкоголем, були часті скандали. Неодноразово батько бив своїх дітей, яких було двоє (сестра на 2 роки старша пацієнта). Мати за характером тиха, не могла захистити дітей від батька. За характером хворий завжди був чутливим, вразливим, мало контактним. У собі завжди бачив безліч недоліків, особливо в області вольових якостей. Був замкнутим, боязким і сором'язливим. Надзвичайні труднощі у нього викликали ситуації негативного оцінювання або обвинувачення (тим більше несправедливого).

Відносини в сім'ї між батьками були емоційно холодними, до думки дітей ніколи не прислухались.

1. Розлади яких психічних процесів спостерігаються у пацієнта?
2. Прояви якого синдрому спостерігаються у хворого? Назвіть ознаки, характерні для нього.
3. Що послужило пусковим моментом у розвитку цукрового діабету у даного пацієнта?
4. Який тип акцентуації характеру можливо припустити у пацієнта? Обґрунтуйте відповідь.
5. Які основні типи особистісних реакцій виділяють у хворих на цукровий діабет?
6. Який блок тестів ви запропонували б для уточнення структури особистості пацієнта?
7. Який тип ВКХ наявний у пацієнта (за класифікацією А.Є. Личко і Н.Я.Іванова)?
8. Який вид психотерапевтичної допомоги можливо застосувати для полегшення симптоматики? Вкажіть кількість сеансів.

Екзаменаційна задача № 20

Хвора 23 років, студентка педагогічного інституту. Батько помер молодим під час нещасного випадку. Мати померла у віці 55 років від раку шлунку. Пацієнтка раніше нічим не хворіла, добре навчалась у школі, вступила в інститут, за характером замкнута, вразлива, схильна до сльозливості, любить самотність, часто виникають труднощі в ситуаціях оцінювання, але в інституті навчається добре, старанна, багато займається, живе в приватній квартирі. Декілька місяців тому перенесла грип з високою температурою тіла, три дні лежала в ліжку. Після цього довго не проходила слабкість, втома. На протязі останніх двох місяців мали місце неприємні події, господарка звинуватила її в крадіжці грошей. Пацієнтка була ображена, хотіла йти з дому, але злякалась, що її звинуватять в крадіжці. Відносини ускладнились, не розмовляла з господинею. В цей час багато займалась, готувалась до іспитів, недосипала, погано харчувалась. Напередодні останнього іспиту зовсім не спала, пішла здавати іспит з сильним головним болем. Взяла білет і вирішила, що нічого не знає та відмовилась відповідати. Їй запропонували прийти завтра. На наступний день перед дверима екзаменаційної кімнати в неї виник страх, серцебиття, думки, що вона може померти, боялась рухатись, не змогла переступити через поріг, тримаючись за серце пішла додому. Дома відчувала втому. Не давали спокою думки про тяжку хворобу серця, перевіряла пульс, здавалося що серце зупиняється. Декілька днів лежала в ліжку, не було сил, думала про хворобу. Жаліла себе. Не виходила на вулицю. Просила сусідку викликати лікаря, але лікарі не знаходили в неї хворобу серця.

Хвора правильно зорієнтована, охоче розповідає про свою хворобу та чітко описує її. Засмучена тим, що не здала іспит, хвилюється про те що не зможе більше навчатися, говорить про це з плачем. При читанні книги не може сконцентруватись, перечитує сторінку по 2-3 рази, не виносить яскравого світла в кімнаті, звуки радіо, втомлюється, не може себе заставити чимось зайнятись. Весь час розповідає про хворобу серця, скаржиться на серцебиття, пітливість, болі в області серця, вимагає проведення додаткових методів обстеження. Думає, що лікарі не досить уважні.

1. Розлади яких психічних процесів відмічаються в клінічній картині хвороби?
2. Який стан розвинувся у пацієнтки? Які симптоми свідчать про наявність даного психопатологічного стану?
3. Що призвело до виникнення даного розладу у пацієнтки?
4. Який тип акцентуації характеру можливо припустити у пацієнтки? Обґрунтуйте відповідь.
5. Розвиток якого захворювання можливий в даному випадку? Що вказує на появу даного захворювання?
6. Який блок тестів Ви запропонували б для уточнення структури особистості пацієнтки?
7. Який тип ВКХ наявний у даної пацієнтки (за класифікацією А.С. Личко і Н.Я.Іванова)?
8. У чому полягає складність лікування даних розладів? Який вид психотерапевтичної допомоги можливо застосувати для полегшення симптоматики? Вкажіть кількість сеансів.